



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN CUIDADOS INTENSIVOS**

**PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRITICO SOBRE EL
CUIDADO ESPIRITUAL QUE BRINDA EL ENFERMERO EN LA UCI
DE UN HOSPITAL DE ESSALUD, LIMA-2019**

AUTOR:

Lic. Raquel Morales Pantoja.

ASESOR:

Mg. Patricia Soledad Obando Castro.

Lima – Perú

2019

ASESOR DEL TRABAJO ACADÉMICO

**PERCEPCIÓN DEL FAMILIAR DEL PACIENTE CRITICO SOBRE EL
CUIDADO ESPIRITUAL QUE BRINDA EL ENFERMERO EN LA UCI
DE UN HOSPITAL DE ESSALUD, LIMA-2019**

Mg. Patricia Soledad Obando Castro.

DEDICATORIA

A Dios, por inspirarme cada día en pensar que puedo mejorar en el cuidado que brindo, basado en el amor al servicio, el respeto y el compromiso que tengo no sólo con los pacientes sino también con sus familias.

A los familiares de los pacientes, porque cada día enfrentar situaciones que los vulneran, y saber que necesitan de nuestro continuo apoyo durante el proceso de hospitalización o en la etapa final de la vida.

A mi familia, por existir y saber que tengo su respaldo en lo que emprenda, agradezco su paciencia y su gran amor.

AGRADECIMIENTO

A la docente Mg. Patricia Obando Castro, por su valioso apoyo en la asesoría del proyecto de investigación

A la Mg. Janet Arévalo Ipanaqué, por su motivación hacia la investigación en enfermería que sustenta el empoderamiento de la profesión.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado

DECLARACIÓN DEL AUTOR

El trabajo académico que se presenta es original, y ha mantenido los lineamientos referentes para respetar la ética en investigación, a su vez ha sido sometido al software de detección de similitud con otras fuentes (turnitin ®), con el que se obtendrá el título de segunda especialidad en cuidados intensivos adulto.

Tabla de contenido

1.	Introducción	1 – 19
2.	Objetivos	19
	2.1 Objetivo general	19
	2.2 Objetivo específico	19
3.	Material y Método	19 – 23
	3.1 Diseño del estudio	19 – 20
	3.2 Población	20
	3.3 Definición de términos operacionales	20
	3.4 Operacionalización de la variable	21– 22
	3.5 Procedimientos y técnicas de recolección de datos	23
	3.6 Aspectos éticos del estudio	23 - 24
	3.7 Plan de tabulación y análisis	24
4.	Referencias bibliográficas	25 – 28
5.	Presupuesto y cronograma	29
	5.1 Presupuesto	29
	5.2 Cronograma	29
6.	Anexos	30

Resumen estructurado

El trabajo de investigación, se sustenta en otros trabajos realizados con el familiar de paciente hospitalizado en UCI, se ha hallado 1 estudio a nivel internacional, 3 estudios a nivel nacional y 3 estudios a nivel local, tendrá como **objetivo general:** Determinar la percepción del familiar del paciente crítico sobre el cuidado espiritual que brinda el enfermero en la UCI 2C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2019. **material y método:** El diseño es no experimental de tipo transversal descriptivo. La población estará integrada por el familiar responsable de cada paciente hospitalizado en UCI 2C aproximadamente 36 familiares, que cumplen criterios de inclusión y exclusión. Para la **recolección de información:** Se aplicará “La escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual”, diseñada por McSherry, Draper y Kendrick desarrollado en (Reino Unido 2002), con validez y confiabilidad de su versión en español por Vargas Escobar Lina (Colombia 2015), los datos serán procesados con el programa SPSS versión 25, los resultados serán presentados en tablas y gráficos con frecuencias y porcentajes, haciendo uso de la estadística descriptiva.

Palabras claves: Percepción, cuidado espiritual, cuidado

1. Introducción.

La labor que se realiza en las unidades de cuidados intensivos, es reconocida como un trabajo delicado, especializado y de alta complejidad, dirigido a un objetivo netamente recuperativo, con poca participación de la familia, pero en los últimos años se apuesta por una UCI de puertas abiertas, integrando al familiar en el proceso de recuperación, fomentando su participación en actividades de cuidado que no representen un riesgo en el proceso recuperativo del paciente.

El enfermero que trabaja en una unidad de cuidados intensivos, se encuentra en vigilancia permanente al lado del paciente, brindándole los cuidados necesarios que contribuyan en su recuperación, comprometido con la vida de la persona que cuida. La atención brindada sigue un plan de atención individualizado, cada diagnóstico de enfermería planteado deviene en intervenciones centradas en objetivos a alcanzar en beneficio del paciente, sin embargo, ese cuidado deja de trascender cuando se llega a desatender al familiar, conociendo que del otro lado está el familiar directo, ávido de tener alguna información.

Aquel familiar que en su mayoría se traslada desde el interior del país cuando su paciente es referido de un hospital a otro, y a pesar de todas las dificultades que tienen que atravesar su preocupación está centrada en su paciente, el estar presente todos los días a la misma hora para el informe médico, pudiendo o no ser este favorable, el familiar permanece separado de su paciente 22 horas cada día y a nosotros profesionales de salud muchas veces nos cuesta aceptar que para ellos es tan primordial poder verlos, tocarlos y permanecer más tiempo de lo establecido, que puedan comprobar que está evolucionando favorablemente es lo más importante.

Sin embargo no para todos el reporte médico es favorable, el ser informados que a pesar que se han hecho todos los esfuerzos terapéuticos para estabilizarlo no han respondido favorablemente y se mantiene inestable con un pronóstico reservado a malo, aquí es en donde su preocupación se convierte en una gran aflicción, el ser

empáticos y tener la sensibilidad de identificarnos con su aflicción, al mostrar respeto por lo que les afecta demostrando interés, al brindarle la información que está dentro de nuestra competencia, el uso de los equipos biomédicos a los que se encuentra conectado su paciente, el aseo corporal, los cambios posturales, el cuidado de la piel, la alimentación, la eliminación, etc, explicándoles de la manera más sencilla para que no experimenten temor y sientan mayor confianza de poder tocar a su paciente.

Cuando la preocupación se transforma en una gran aflicción es porque saben que afrontaran la pérdida de su paciente, sin embargo, no pierden la esperanza de que se restablezca, es aquí donde se apoyan en su creencia religiosa, la fe que está en cada uno de ellos debe ser fortalecida, siendo el enfermero quien identifique la necesidad que este familiar precisa de ser acompañado espiritualmente en la creencia religiosa que profesen, coordinando con un representante religioso que pueda realizar un ritual religioso que fomente la congregación de los principales miembros de la familia, permitiendo el ingreso fuera del horario establecido y darles la oportunidad de estar presente en el último minuto de vida, teniendo la oportunidad de despedirse de su ser querido.

Como profesionales de la salud, nos centramos todo el tiempo en que debemos mejorar cognoscitivamente adquirir más conocimientos técnicos y olvidamos que lo técnico no ayuda cuando estamos frente al dolor no físico, estamos llamados a ser el soporte que cada familiar de paciente necesita, dándole algunos minutos de nuestro tiempo, brindándoles un palabra de aliento y acompañarlo espiritualmente acercándolo a su fe, solicitándole que nos informe, si siente que deban recibir el apoyo de un representante religioso en su creencia religiosa o la creencia religiosa del paciente, porque cuando ya no se puede hacer nada por restablecerle la salud o cuando ningún equipo biomédico, ninguna droga pueda mantenerlo con vida podamos propiciar que se halle fortalecido en su fe.

Carr (2008, p.691) comprobó que en la asistencia espiritual eran cruciales cuatro cualidades: La receptividad (mostrarse abierto y presente), la humanidad (ofrecer

al paciente una sensación de individualidad, apreciando su exclusividad), la competencia (atender adecuadamente al cuerpo de forma simultánea) y la positividad (emanar una cantidad equilibrada de energía optimista).

El proyecto que se presenta, permitirá identificar la percepción del familiar del paciente crítico sobre el cuidado espiritual brindado por el enfermero durante su estancia hospitalaria y en la etapa final de la vida, el que nos permitirá identificarnos con el dolor que el otro experimenta, todos poseemos la capacidad de desarrollar empatía, pero pocos poseemos las habilidades como exteriorizarlo, ser capaz de brindarle al familiar del paciente el apoyo emocional ese soporte que todos necesitamos cuando pasamos por situaciones difíciles, llevar una palabra de ánimo, manifestarle que nos sentimos identificados con su preocupación y aflicción.

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es una unidad de asistencia especializada, de alta complejidad que admiten pacientes en estado crítico, que presentan trastornos fisiopatológicos con un nivel de compromiso que atenta su vida y que tienen condiciones de recuperación, su objetivo es brindar cuidados continuos y de especialidad las 24 horas del día.(1) Según el ministerio de salud (MINSA) “es una unidad organizada que se fundamenta en brinda atención de salud especializada en medicina intensiva al paciente críticamente enfermo en condición de inestabilidad y gravedad persistente”.(2)

La UCI por sus características de complejidad en el manejo de pacientes críticamente enfermo y el nivel de exposición a las infecciones, establece horarios de informe médico y visita para los familiares, que de ninguna manera se adecuan a las condiciones de los familiares, permitiéndose en pocas ocasiones su ingreso fuera de este horario establecido.

El enfoque del profesional de salud enfermero que laboran en la UCI es el cuidado del paciente y su familia en el marco del cuidado humanizado, sin embargo, por las condiciones del paciente críticamente enfermo, el centro de atención es la parte

recuperativa del paciente, sin tener en cuenta la crisis situacional que experimenta el familiar al separarse de su paciente, y lo que significa para ellos no saber si evolucionaran favorablemente.

El enfrentar una enfermedad, experimentar una pérdida, vivenciar un duelo o cualquier cambio importante en la vida afectan la estabilidad de una persona, los recursos espirituales le ayudan a lograr la recuperación o dan inicio a necesidades o preocupaciones espirituales. (3)

Los sentimientos que experimenta el familiar pocas veces es conocido por el equipo de salud, la empatía que pocos de nosotros desarrollamos, la identificación con el sufrimiento del familiar, y el conocimiento de los aspectos emocionales que experimenta el familiar no siempre se consideran como parte de las prioridades en la atención del paciente, siendo lo primordial la estabilización hemodinámica, que en ocasiones puede tomar horas, esto a veces no es entendido por el familiar, que se encuentra a la espera del informe médico, y que puede percibir esta situación como un trato deshumanizado, y seres poco compasivos, como si la preocupación y el sufrimiento que experimentan hubiera dejado de importarnos, estabilizado el paciente, somos capaces de brindarles una palabra de aliento, solidarizarnos con el dolor que experimentan, más aún cuando tienen conocimiento que su paciente no está respondiendo al tratamiento instalado y probablemente experimenten su pérdida inminente, es una situación que percibimos en nuestro quehacer diario. Determinar en nuestro contexto como responde el enfermero de UCI 2C ante esta situación que experimenta el familiar nos lleva a plantearnos: ¿Cuál es la percepción del familiar del paciente crítico sobre el cuidado espiritual que brinda el enfermero en la UCI 2C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2019?

El estudio se realizará porque desde la práctica enfermero, la salud espiritual y el cuidado espiritual han tenido muy poca importancia, habiendo tomado cierta notoriedad en estos últimos años, la preocupación constante del quehacer enfermero al brindar cuidados desde un enfoque holístico nos motiva a investigar sobre el tema.

La investigación aportará información actualizada, si las necesidades espirituales del paciente y su familia vienen siendo atendidos y si dichos cuidados, satisfacen sus expectativas durante su estancia hospitalaria en la UCI 2C.

Los resultados del estudio servirán de sustento para proponer un programa de intervención dirigido a mejorar la calidad del cuidado espiritual.

El estudio beneficiara al paciente, familiar de paciente, al profesional de enfermería y al servicio de UCI 2C, contribuyendo a que sean atendidas sostenidamente las necesidades espirituales de la población en estudio, puesto que se busca que el servicio sea recodido como promotor del cuidado espiritual en el marco del enfoque holístico del cuidado.

El aporte metodológico del estudio radica en que servirá como antecedente para futuras investigaciones que podrán ser aplicadas a realidades similares o dé paso a un nivel de investigación aplicativo.

La ejecución de la investigación tendrá como finalidad, conocer la información que aporten los datos para desarrollar estrategias que mejoren la atención al brindar cuidados de soporte espiritual al familiar de los pacientes en UCI 2C, contribuyendo a la mejora continua de la calidad al brindar una atención con calidez.

A nivel internacional. Se encontró el siguiente trabajo entre este:

Martínez S, En España, año 2016, realizó un estudio que tuvo como objetivo la identificación de las principales destrezas de afrontamiento que utilizaban los familiares de los pacientes en UCI adultos, aplicó una revisión sistemática cualitativa, haciendo uso de las normas de la declaración PRISMA, constituido tanto por estudios cualitativos, cuantitativos y mixto de los cuales, se recopilaron nueve, ocho y uno respectivamente, llegando a la conclusión que en el grupo familiar el nivel de afrontamiento fue significativo y la destreza más utilizada fue la “Resolución de problemas”, a través de la “Presencia pasiva”, y la “Búsqueda de apoyo”. La

destreza nula fue la “Rumiación”, que se presenta más claro en los estudios cualitativos. Enfatiza que la destreza de “Resolución de problemas” no es efectiva en sí misma, porque va depender del entorno en el que se desarrolla, de la misma forma que la “Presencia” como destreza de afrontamiento consigue manifestar la pretensión de ayudar al paciente, debiéndose implementar más estrategias de intervención dirigidas a los familiares en el cuidado del paciente. (4)

A nivel nacional. Se encontraron las investigaciones de:

Baldárrago P, Rios L, En Arequipa, año 2017, realizaron un estudio que planteo como objetivo establecer la relación del cuidado espiritual con el sufrimiento del familiar en la unidad de cuidados intensivos neonatales del H.B.C.A.S. Essalud, fue un estudio descriptivo, transversal correlacional, la muestra fue de 95 familiares de UCI neonatal., aplicó una encuesta, obteniendo como resultado: que es deficiente el cuidado espiritual brindado por la enfermera a los familiares, en un 95.8%, óptimo en un 3.2% y regular con un 1.1%. En relación al sufrimiento del familiar un 52.6 % presento un nivel de sufrimiento máximo, 41.1% es mínimo y un 6.3% es normal. Concluyendo que el 51.6% de familiares con sufrimiento máximo consideran deficiente el cuidado espiritual por parte de las enfermeras, comprobando su hipótesis con la aplicación de Chi cuadrado ($X^2=15.84$) y ($P<0.05$ - $P=0.0032$). (5)

Siccha M, En Trujillo, año 2016, realizó un estudio que tuvo como objetivo establecer el cuidado espiritual de enfermería y la relación con el nivel de satisfacción del paciente en la asistencia de emergencia en el hospital Víctor Lazarte Echegaray, fue un estudio transversal y correlacional, cuya muestra fue de 171 pacientes, aplicó dos instrumentos tipo encuesta, “cuidado espiritual y nivel de satisfacción”. Halló que el 91.8% de los pacientes encuestados refirió que el cuidado espiritual ofrecido por la enfermera se muestra deficiente y apenas el 8.2% manifestó ser regular. El 70.8% de los pacientes manifestaron sentirse insatisfechos, y sólo el 29.2% manifestaron satisfacción. Del 100% de pacientes que asumen deficiente cuidado espiritual, el 66% refiere sentirse insatisfecho y apenas el 22%

manifiesta satisfacción. Concluyendo que existe correlación representativa entre el "cuidado espiritual y el nivel de satisfacción" del paciente en la asistencia de emergencia. (6)

Moya R, Rivera L, En Trujillo, año 2015, realizaron un estudio que tuvo como objetivo establecer la relación existente entre calidad del cuidado de enfermería con el nivel de satisfacción de las "necesidades emocionales y espirituales" en mujeres postaborto hospital Belén de Trujillo, fue un estudio descriptivo, correlacional y transversal, contó con una muestra representada por 51 mujeres, a las cuales se aplicó dos instrumentos, la "escala de calidad de cuidado" y la "escala de satisfacción de las necesidades emocionales y espirituales", resultando que la calidad de cuidado enfermería en mujeres postaborto, es buena en 27.45%, regular en 49.02%, y deficiente en 23.53%, y el nivel de satisfacción de las necesidades emocionales fue, satisfactorio en 56.86% e insatisfactorio en 43.14%, y el nivel de satisfacción de las necesidades espirituales en mujeres posaborto es satisfecho en 11.76% e insatisfecho en 88.24%. Las necesidades emocionales son satisfactorias en un mayor proporción, cuando la calidad del cuidado de la enfermera es buena en 25.49% y regular en un 27.45%; en cambio las necesidades espirituales son insatisfechas en un mayor proporción cuando la calidad de cuidado de enfermería es regular en 49.01% y deficiente en un 21.56%, concluyendo que existe una proporción evidente entre la calidad del cuidado de enfermería y el nivel de satisfacción de las "necesidades emocionales y espirituales" del grupo en estudio. (7)

A nivel local. Se encontraron las siguientes investigaciones de:

Ceras K, En Lima, año 2018, realizó un estudio que tuvo el objetivo de determinar la percepción del paciente sobre el cuidado espiritual de enfermería en el hospital San Juan de Lurigancho, fue un tipo de estudio descriptivo no experimental con corte transversal, en una población de 200 pacientes admitidos en los servicios de medicina y cirugía, a quienes se le aplicó un cuestionario, el resultado obtenido muestra que el 60.66% percibe un cuidado inadecuado y el 39.34% expresa un cuidado adecuado, llegando a la conclusión que el paciente hospitalizado no distinguía el cuidado espiritual de enfermería de modo adecuado, especificando que

sólo percibía el cuidado espiritual en la dimensión existencial en divergencia de la dimensión religiosa al que reconocieron como un cuidado inadecuado. (8)

Chilin N, En Lima, año 2017, realizó un estudio que tuvo como objetivo establecer la relación existente entre comunicación y apoyo emocional de enfermería según percepción del familiar del paciente internado en la UCI del hospital Naval, su enfoque fue cuantitativo, diseño no experimental con corte transversal, contó con una muestra representada con 62 personas, a quienes se les aplicó un instrumento tipo cuestionario para medir las variables de estudio, el resultado obtenido fue que el 46.7% manifestó una comunicación indiferente, el 40.3% como favorable y el 12.9% como desfavorable, en relación al apoyo emocional el 43.5% refirió indiferencia, el 35.4% favorable y el 20.9% fue desfavorable, concluyendo que el grado de indiferencia prevalece en las dos variables y que existe una dependencia representativa entre la comunicación y apoyo emocional de enfermería en la percepción del familiar del paciente internado en UCI, con un grado de significancia $p = 0.000 < 0.05$ y $\rho = 0.822$. (9)

Díaz V, En Lima, año 2017, realizó un estudio que tuvo como objetivo conocer la percepción del familiar de paciente en UCI-UCIN sobre al cuidado humanizado que brinda la enfermera en el hospital Nacional Arzobispo Loayza, fue un estudio descriptivo transversal, con una población que estuvo representada por familiares mayores de 18 años que tuvieron un paciente hospitalizado, el instrumento utilizado fue una escala modificada tipo Lickert, obteniendo como resultado en el nivel biológico el 60% moderadamente favorable, en el nivel sociocultural 23% fue favorable, en el nivel espiritual 20% fue desfavorable y en el nivel emocional 57% fue regularmente favorable. concluyendo que la percepción del familiar respecto al cuidado humanizado al paciente fue moderadamente favorable en el 63%. (10)

La percepción es considerada el primer proceso cognoscitivo, a través del cual la persona obtiene información procedente del exterior y, alcanza el sistema sensorial. (11) Para la psicología, la percepción se basa en organizar e interpretar los estímulos

que han sido percibidos por los sentidos, a este proceso se le atribuyen la etapa sensorial e intelectual. (12)

La psicología Gestalt, señala que el individuo distingue su realidad acorde a una estructura y, no de modo aislado o autónomo y, concibe a la percepción como una causa básica de la acción mental de la persona, de tal forma que parte de las actividades de entorno psíquico, que están representados por el pensamiento, el aprendizaje o la memoria, serían dependientes de la correcta función de los procesos de formación perceptual. (13)

La espiritualidad se reconoce como un componente importante que ayuda a alcanzar el equilibrio necesario para mantener la salud, preservar el bienestar y poder hacer frente a la enfermedad. Es así como también lo establece el enfoque holístico del cuidado que la persona depende de un equilibrio de factores físicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales. (14)

El término de espiritualidad procede del latín (spiritus) y hace alusión al aliento o a la respiración, y va estar subordinada a la doctrina, escuela filosófica o ideología que la aborde, así como la forma como lo utilice. (15) El espíritu proporciona vida o fortalece a una persona, lo que representa que se encuentre en el eje de todos los aspectos de la vida. (16)

Potter y Perry (2001), refieren que el cuidado enfermero práctico comprende ayudar a los pacientes a emplear sus propios recursos espirituales a través del cual puedan ir identificando y explorando lo que hay de significativo en sus vidas y mientras hallen modos de afrontar el impacto de la enfermedad y los factores estresantes que se van presentando en sus vidas.

Según Benner y Wrubel (1989), refieren que el cuidado espiritual apropiado alcanza presumir que el profesional enfermero demuestre verdadero interés por la persona cuidada el que a su vez posibilitaría la facilitación y la recepción de ayuda,

formando de este modo relaciones estables y de gran importancia con el ser cuidado. (17)

Potter y Perry (2001), definen la salud espiritual como “el equilibrio entre valores vitales, objetivos, sistemas de creencia y relaciones con ellos mismos y los demás”. También manifiesta que el individuo puede hacerse más espiritual durante el transcurso de su vida, al hacerse más consciente del significado de la vida, el propósito y los valores de la existencia.

El cuidado es un fenómeno universal que influye sobre la manera como la persona piensa, siente y en su relación con los demás, el desarrollo de varias teorías sobre el cuidado, ha cobrado gran importancia no sólo para la práctica de la profesión, sino también para la existencia de la humanidad. (18)

Según Remen (1998), citado por Potter y Perry, hace referencia que la curación no es una cuestión de mecanismos terapéuticos o medicación, sino más bien un trabajo del espíritu, asumiendo que la curación se da por la existencia de un espíritu intrínseco en el individuo, basándose en los estudios que han demostrado una conexión entre el espíritu, la mente y el cuerpo. (19)

Para poder brindar un cuidado espiritual significativo y de apoyo se hace primordial que la enfermera llegue a comprender el concepto de salud espiritual y la base del conocimiento en que estos se fundamentan, los conceptos que sirven de sustento para comprender la salud espiritual son: La fe, la esperanza, el bienestar espiritual y la religión, los que proporcionan pautas para comprender la idea que cada individuo tiene de la vida y el valor de este. (20)

La fe, se sostiene en la creencia y confianza que la persona tiene sobre algo de lo que no hay prueba alguna, siendo una aceptación independiente de lo que el razonamiento humano no puede alcanzar a comprender, el mismo que se manifiesta en la creencia de un ser superior.

La esperanza, radica en la antelación de un bien, la prosperidad o mengua de algo desagradable, manifestándose cuando la persona tiene la actitud de algo por lo que vivir o esperar, tener esperanza es la capacidad de transmitir energía, al proporcionarle a la persona una motivación para obtener logros y recursos que puedan emplearse para alcanzar esos logros, cada vez que alguien deba enfrentar una pérdida o un desafío que parezca difícil de soportar, su propósito y dirección es proveer más de una razón para la cual existir.

La espiritualidad, es un concepto mucho más amplio y unificador que la religión y su concepción llega a ser diferente para cada individuo, porque están influenciados por la cultura, el desarrollo, las experiencias vitales, y creencias e ideas sobre la vida, en su forma individual permite al ser humano amar, tener fe y esperanza, buscar el significado de la vida y cuidar de sus relaciones con los demás.

La religión, es la representación de creencias y cultos ya establecido que pone en práctica una persona para manifestar su espiritualidad, la que puede llegar a influir en la forma como demuestran su fe o creencia y acción, llegando a servir a más de un propósito en la vida, de tal manera que, para algunos, sea un conjunto de normas y rituales para adorar a un ser supremo, para otros es un filosofía de vida que le suministra alimento y vínculo a la totalidad de la vida.

Las necesidades espirituales surgen del anhelo y el significado de las interrelaciones con uno mismo y los demás, que se sustentan en el amor, la fe, la esperanza, la confianza, el perdón, y el propósito en la vida, así como de establecer o mantener una relación personal con Dios, e incluyen tener dirección y propósito, recibir amor, dar amor, tener esperanza y desarrollar tu creatividad, llegando a ser satisfechas mediante la relación con uno mismo, con los demás y con Dios. (21)

El bienestar espiritual, se conceptualiza como la condición frecuente de salud espiritual, que se manifiesta por la disposición de encontrar un significado, identificar un propósito y sentir plenitud en la vida, el deseo de sentirse vivo, creer y tener fe en sí mismo, en los demás y en Dios (ser divino), llegando a ser aceptado

como un estado de sentimientos, comportamientos y conocimientos positivos, dándole a la persona una impresión de identificación, cualidades positivas, paz interior, y propósito en la vida, su ausencia se ha denominado distrés espiritual. (22)

El distrés espiritual, revela en la persona la interrupción de un “principio vital” al trascender su naturaleza biológica o psicosocial, al sentirse sola o incluso abandonada por aquellos recursos que en un tiempo fueron gratificantes, lo que hace cuestionar sus propios valores, formulándose preguntas sobre su vida, la finalidad y su significado. (23)

Es conocido que la enfermedad brusca e inesperada representa una amenaza inmediata y a largo plazo para la vida, la salud y/o el bienestar, provocando un distrés espiritual significativo, una forma auténtica de hacer frente a ello incurre en seguir siendo fiel a sus creencias y sistema de valores, el rezar, asistir a celebraciones de culto con mayor frecuencia o reflexionando sobre los aspectos positivos de la vida, pero es más frecuente que se desarrollen conflictos relacionados a las creencias personales y el sentido de la vida, la ira es frecuente en el que recibe el cuidado y suele expresarlo contra Dios, el familiar, la enfermera y el mismos. (24)

Se hace necesario conocer y respetar en el paciente algunas prácticas religiosas que lo reconforten, siendo la oración la estrategia más importante para afrontar la enfermedad, como así también llegan a ser las fiestas religiosas, los escritos sagrados, los símbolos sagrados, la meditación y las que se asocian a su testimonio de vida, como la alimentación, la curación, el vestido, el nacimiento y la muerte. (25)

Es fundamental que la enfermera mantenga ciertas reglas de conducta ética cuando brinda cuidados espirituales. Winslow y Wehtje-Winslow (2007) propusieron las siguientes normas para los profesionales de enfermería: 1) Tener conocimiento de las necesidades espirituales, recursos y preferencias de los pacientes. 2) Respetar los deseos o preferencias expresados por el paciente en relación con la atención

espiritual. 3) No ordenar a los pacientes a adoptar ciertas creencias o prácticas espirituales, o sugerir que renuncien a sus propias creencias o prácticas. 4) Comprender la espiritualidad del paciente y valorar cómo influye en su salud. 5) Proporcionar asistencia espiritual de acuerdo con las creencias personales del paciente. (26)

En la conferencia “Mejora de la dimensión espiritual del cuidado de toda la persona” realizado en Ginebra 2013, “La espiritualidad es una orientación dinámica e intrínseca de la humanidad mediante el cual las personas hallan un significado, identifican un propósito y establecen una transcendencia al experimentar una relación consigo mismos, con la familia, con los demás, con la comunidad, la sociedad, la naturaleza, con lo significativo y con lo sagrado”. La espiritualidad se exterioriza mediante nuestras creencias, los valores que poseemos, la cultura que trasciende nuestras generaciones y las prácticas religiosas de acuerdo a nuestra fe. (27)

La Joint Commission (2015) establece que se deben valorar las creencias y prácticas espirituales de todos los pacientes que son admitidos en una de sus instituciones acreditadas. Obteniéndose información sobre las creencias y prácticas espirituales del paciente a través de su historia clínica (orientación o preferencias religiosas); de la anamnesis de enfermería y de la observación clínica del comportamiento, verbalización, estado de ánimo y otros aspectos del paciente. (28)

El colegio de enfermeros del Perú como órgano rector, establece en el código de ética y deontología las normas, obligaciones y líneas para el ejercicio de la profesión de enfermería peruana, en el capítulo I y artículo 8 se hace mención: “El profesional enfermero (a) a de guardar respeto de las doctrinas religiosas y propiciar una estrecha comunicación de la persona a su cuidado, con el representante de su credo para la asistencia espiritual según sea necesaria”. (29)

El trabajo de investigación se sustenta en la ciencia del cuidado de Jean Watson, con una orientación humanística de los procesos, fenómenos y experiencias del

cuidado humano, que abarca las expresiones artísticas, la búsqueda del conocimiento, las humanidades y la espiritualidad, cuya filosofía se fundamenta de estar en relación con uno mismo y los demás, tener una visión del mundo y establecer una conexión con todo. Específicamente se apoyará en el cuidado transpersonal, el que identifica la vida como una unidad y los enlaces que se conducen en discos concéntricos de cuidado, desde el individuo a los demás, a la colectividad, al mundo, al planeta tierra, y al universo.

El cuidado transpersonal es la base del conocimiento y compromiso que transmite una inquietud por el mundo, la vida interior y el significado subjetivo del otro, que va más allá del ego, más allá del momento dado, estableciendo vínculos más profundos con el espíritu y con el universo más amplio, en ese sentido la relación de cuidado transpersonal se trasfiere a preocupaciones y conexiones espirituales, incluso cósmicas que facultan las posibilidades y potencialidades de curación, su filosofía es establecer conexiones que abrasen el espíritu o alma del otro mediante el proceso del cuidado y curación estableciendo una conexión legítima en un momento dado. (30)

Establecer una relación transpersonal con el ser cuidado, involucra el dominio del conocimiento del cuidado y la buena disposición de la enfermera cuando ingresa en el ámbito vital o espacio fenomenal de la otra persona en el que pueda descubrir el ser de la otra persona (nivel espiritual), su orientación se establece en el Yo y el otro y el instante en que se da la conexión mutua, involucrado plenamente en el momento que es capaz de trascender, abriendo otras nuevas oportunidades. Es la asociación espiritual entre dos personas que trasciende “persona, tiempo, espacio e historia de vida significativa para cada uno, permitiendo que ambos tanto el paciente como la enfermera entren en el espacio fenomenológico del otro”. En ese sentido, el cuidado transpersonal se identifica por el alto compromiso ético y moral de la enfermera de defender, conservar y enaltecer el honor de la persona, su integridad y su armonía interior, así como de toda la humanidad, de igual manera el conocimiento del cuidado enfermero está dado en función de conservar y

dignificar el espíritu que le ha sido incorporado y no someterlo a un destino moral de un objeto. (31)

El enfoque teórico de Jean Watson citado por Marriner y Raile (2011, p 93), nos refiere el *Caring Science as Sacred Science* (2005), en el que sustenta la influencia de su viaje personal en la mejora del conocimiento sobre la ciencia del cuidado, su experiencia espiritual, la concepción y la habilidad de los cuidados y el compromiso en el cuidado y la curación, establecieron una reflexión interna en el desarrollo personal, las competencias de comunicación, el uso del desarrollo autotranspersonal y la atención en la ciencia del cuidado y la curación mediante la acción de perdonar, brindar gratitud y dar entrega. (32)

La ciencia y las humanidades sobre lo que se fundamente el cuidado de Watson, tiene una disposición fenomenológica, existencial y espiritual, basándose en 10 factores de cuidado, que desarrolló hacia una concepción “caritas” palabra del latín que expresa “valorar, apreciar, prestar atención especial, y brindar una atención de afecto”, su representación ampliada, el progreso de sus ideas y valores han influido en el proceso del cuidado a una orientación definitivamente espiritual y una remembranza revelada en el amor y el cuidado. Al formarse un sistema humanista y altruista de valores, inculcados en tener fe y mantener la esperanza, fomentando el desarrollo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás, estableciendo una relación de ayuda y confianza, mediante el impulso y tolerancia de expresiones de sentimientos que puedan influir positivamente o negativamente en la vida de la persona. (33)

Por otro lado, también nos proporciona herramientas para la toma de decisión y resolución de problema haciendo uso constante del método científico en el proceso de cuidado y la resolución de problemas de forma creativa, así como el desarrollo de la enseñanza y aprendizaje transpersonal, propiciando un ambiente de apoyo, protección y/o correctivo mental, físico, social y espiritual, mediante la administración de cuidados humanizados principales, que fomenten la alineación de la mente-cuerpo-espíritu, salud y unidad del ser en todos los contextos del

cuidado, permitiendo que fuerzas-existenciales y fenomenológicas se conviertan en la consecución de fuerzas existenciales fenomenológicas-espirituales. (34)

Raile y Marriner (2011) citando el metaparadigma en la teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson nos da a conocer: Enfermería es una concepción de “conocimiento, pensamientos, valores, filosofía, compromiso y acción, con cierto grado de pasión” (1988, p.53), e insta a la enfermera a ir más allá de las acciones procedimentales, tareas y técnicas utilizadas en la práctica, que se vea reflejado en enaltecer la “esencia” de enfermería. Persona es “la unión de mente/cuerpo/espíritu/naturaleza” (1996, p. 147), describiendo que la persona se une a las doctrinas de que el alma posee. Salud es “unidad y armonía en la mente, el cuerpo y el alma” que se relaciona al “grado de congruencia entre el yo percibido y el yo experimentado” (1998, p.48). Entorno, en su concepción ampliada nos refiere que “la ciencia del cuidado no es sólo para mantener a la humanidad, sino principalmente para preservar el planeta y conectarse a un mundo de espiritualidad infinita, de naturaleza y de todas las cosas vivas, representa el vínculo fundamental entre la humanidad y la propia vida, que trasciende el tiempo y el espacio, así como fronteras y nacionalidades”. (2003, p.305). (35)

Un mecanismo de la calidad del cuidado es demostrar interés por el paciente y su familia de tal modo que se establezca una relación de confianza, que es reforzada cuando la enfermera reconoce y apoya el bienestar espiritual del ser cuidado, poder identificar las necesidades espirituales del paciente y su familia no parece ser una tarea simple, ya que iría más allá de valorar las prácticas y rituales religiosos, implicaría realmente comprender su espiritualidad y la posterior identificación adecuada de apoyo y recursos necesarios, que sólo se alcanza cuando la enfermera se faculta de tener una visión más amplia de su propia espiritualidad y pone interés en la espiritualidad del ser cuidado.

Que la enfermera establezca un nivel de confianza con el paciente y su familia implica tiempo, paciencia e interés, al centrarse en reconocer como la enfermedad llega a limitar al paciente de continuar desarrollando las actividades de la vida

diaria, que le pueden llevar a quebrantar de valorar el verdadero significado de la vida y su propósito en ella, de la misma forma en que vulnera el estado emocional del familiar, se hace necesario que la enfermera vea más allá de su visión personal, el trabajo en una UCI por su complejidad puede llevarle a generar un grado de estrés que hasta cierto punto llega a ser comprensible, por el nivel de responsabilidad que enfrenta en cada situación, pero que ello no sea una limitante de mostrar interés, establecer un nivel de confianza que le permita identificar los recursos espirituales con que cuenta el paciente y familiar, que les ayude asumir el proceso de la enfermedad, la recuperación o enfrentar una muerte inminente.

McSherry, W et al (Reino Unido, 2002), desarrollaron la “escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual” (SSCRS, por su sigla en inglés), diseñaron un instrumento que mide la concepción y actitudes de la profesional de enfermería, así como la percepción de los pacientes frente a la espiritualidad y el cuidado espiritual que brinda la enfermera, la que llegó a ser validada por Vargas L (Colombia, 2015) su versión en español.

Vargas, L (2015), citando a McSherry, W et al (2002) hace referencia que el concepto de espiritualidad en la ciencia de enfermería alcanza dos representaciones: una con base religiosa y otra con base existencial, la base religiosa se deriva de una experiencia histórica y está basada en descriptos religiosos y teocéntricos, siendo esta representación de espiritualidad la forma más perceptible y visible de evaluarse, establecido por la creencia en un dios o la experiencia de una actividad religiosa llevada a la práctica. Por otro lado, la representación con base existencial viene siendo catalogada como una forma de posmodernidad de espiritualidad, es bastante relativa y manifiesta la inquietud que tiene la persona por los matices de la sociedad materialista y de las circunstancias de la vida, se le atribuye descriptos de tipo fenomenológico o existencial. (36)

McSherry, W et al (2002), centraron su interés en el estudio de las percepciones de la espiritualidad y el cuidado espiritual, en el profesional de enfermería estableciendo cuatro componentes o subescalas que establecen uniones entre ellas

y sustentan la comprensión de estas percepciones, en las que se considera a la “espiritualidad, el cuidado espiritual, la religiosidad y el cuidado personalizado”, a través del cual puede llegar a ser medido el cuidado espiritual brindado por el profesional de enfermería. (37)

Vargas, L (2015) citando a McSherry, W et al (2002), conceptualiza la espiritualidad como aspectos tanto existenciales como religiosos, el primero hace referencia a la posición del ser humano en su búsqueda personal y vivir su vida de forma significativa, determinando su propósito, y el segundo indica que la espiritualidad no es sólo una idea unido a la religión, práctica de fe o doctrina de culto, sino que acentúa la representación global de la espiritualidad a través de la búsqueda y desarrollo de áreas que impulsan la creatividad, las expresiones artísticas y el desenvolvimiento mismo ser en la disciplina que lo haga sentirse útil. En efecto, la espiritualidad es un concepto mucho más amplio que meramente establecer concepciones de índole religioso. (38)

El cuidado espiritual es el conjunto de acciones y conductas de cuidado que promueve la profesional de enfermería en su práctica diaria, que alcanzan a tener una orientación con base religiosa y existencial. Las enfermeras deben estar dispuestas a escuchar, dedicar más tiempo al otro, proteger la intimidad y la dignidad, así también respetar las creencias o cultos religiosos del paciente y su familia, promoviendo el encuentro y estableciendo el significado y propósito, deberá también mostrar condiciones de benevolencia, preocupación, gentileza, apertura y empatía. (39)

La religiosidad, se expresa en un sentido de mayor amplitud que la religión, siendo visto por algunos como el mecanismo más importante de alcanzar la espiritualidad, sin embargo, la persona puede llegar a manifestar o no su espiritualidad mediante ella, como lo presentan McSherry, W et al (2002), lo que significaría, que la persona que pertenecer a una religión no necesariamente puede ser vista como espiritual o viceversa, en ese sentido la religión no necesariamente determina nuestra

espiritualidad tal es así que la persona no religiosa igualmente pueda ser vista como espiritual.

El cuidado personalizado, va asentar la perspectiva de la espiritualidad llegando a ser exclusivo, específico y distinto para cada persona, (creyente o no creyente), basado en el respeto de sus creencias, preservando siempre los valores y la moral, así como también las relaciones personales. McSherry, W et al (2002), hacen referencia que todas las orientaciones de alcanzar la espiritualidad y la búsqueda del significado de la vida son distintas para cada persona y manifiestan la existencia de una inspiración secundaria a una fuerza religiosa o una ideológica abstracta.

2. Objetivos.

2.1 Objetivo general:

Determinar la percepción del familiar del paciente crítico sobre el cuidado espiritual que brinda el enfermero en la UCI – 2C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2019.

2.2 Objetivo específico:

- Identificar la percepción del familiar del paciente crítico sobre la dimensión religiosa del cuidado espiritual brindado por el enfermero en la UCI – 2C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2019.
- Identificar la percepción del familiar del paciente crítico sobre la dimensión existencial del cuidado espiritual brindado por el enfermero en la UCI – 2C del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – 2019.

3. Material y método.

3.1 Diseño del estudio.

El diseño es no experimenta, porque no se manipulará la variable, de corte transversal, porque recogerá la información en un solo momento y en un tiempo

único, descriptivo porque describirá el comportamiento de las variables en un momento dado.

3.2 Población.

La población sujeta de estudio serán los familiares responsables de cada paciente hospitalizado en UCI 2C. que hacen un total de 36 familiares.

Para determinar la población se seguirá los siguientes criterios de inclusión:

- Familiar responsable del paciente en UCI 2C.
- Familiar que acepte participar en el proyecto de investigación y firme el consentimiento informado.
- Familiar cuyo paciente tenga ingresado a la UCI 2C como mínimo 24 horas.

Criterio de exclusión:

- Familiar de paciente del personal de salud de la UCI 2C.
- Familiar de paciente del personal de salud de la institución.

3.3 Definición de términos operacionales.

Percepción del familiar. Es la impresión consciente de la realidad objetiva del entorno que el familiar del paciente hospitalizado en UCI 2C interpreta, de acuerdo a los estímulos, pensamientos, sentimientos y/o experiencias previas.

Cuidado espiritual. Es el cuidado personalizado que brinda el enfermero de UCI 2C en su relación con el familiar del paciente crítico durante la estancia hospitalaria y en la etapa final de la vida, manifestado en escuchar, pasar tiempo con el familiar, mantener la privacidad y la dignidad, así como conocer y respetar sus prácticas religiosas, al mostrar disposición y apertura con gesto de bondad, preocupación, amabilidad y empatía.

Enfermero de UCI. Es el profesional de salud con especialidad en cuidados intensivos que brinda atención de alta complejidad a los pacientes hospitalizados en la UCI 2C. incluyendo aspectos bio-psicosociales, espirituales, y la inclusión participativa del grupo familiar.

3.4 Operacionalización de la variable

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	VALOR FINAL
Cuidado espiritual	El cuidado espiritual es el conjunto de acciones y conductas de cuidado que promueve la enfermera en la práctica y que alcanzan a tener una orientación religiosa o existencial. La enfermera a de escuchar, dedicar más tiempo al otro, proteger la	Religiosa. Derivar de una experiencia histórica y está basado en descriptores religiosos y teocéntricos, siendo esta representación de espiritualidad la manera más perceptible y visible en indicadores tales como la creencia en un dios o la práctica de una actividad religiosa formal, la espiritualidad no sólo es una idea unido a una religión, sistema de fe o de culto, sino que acentúa la representación universal de	Es el cuidado personalizado que brinda el enfermero de UCI 2C en su relación con el familiar del paciente crítico durante la estancia hospitalaria y en la etapa final de la vida, manifestado en escuchar, pasar tiempo con el familiar, mantener la privacidad y la dignidad, así como conocer y respetar sus prácticas religiosas, al mostrar disposición y apertura con gesto de	Cuidado La enfermera escucha. (ítem K) Pasa tiempo con el otro. (ítem G) Mantiene la privacidad y dignidad. (ítem M) Promueve el encuentro de significado y propósito. (ítem H) Respeto las prácticas religiosas. (ítems A) Muestras condiciones de benevolencia, preocupación y gentileza apertura y empatía. (ítem B) Religioso: La creencia en un dios. (ítem E)	Totalmente en desacuerdo. (1) En desacuerdo. (2) No estoy seguro. (3) De acuerdo. (4) Totalmente de acuerdo. (5)

	<p>privacidad y la dignidad, así como respetar las prácticas religiosas del paciente y su familia, promoviendo el encuentro y estableciendo el significado y propósito, deberá también mostrar condiciones de benevolencia, preocupación, gentileza, apertura y empatía. (39)</p>	<p>la espiritualidad a través de la búsqueda y desarrollo de áreas como la creatividad, el arte y la expresión de sí mismo.</p> <p>Existencial.</p> <p>Ha sido catalogada en una forma “posmoderna” de espiritualidad, es bastante relativa y manifiesta la inquietud que tiene el individuo por los matices de la sociedad material y de las situaciones de la vida, se le atribuye descriptores de tipo fenomenológico o existencial, y hace referencia a la posición del individuo de encontrar y vivir su vida con significado y propósito.</p>	<p>bondad, preocupación, amabilidad y empatía.</p>	<p>Práctica de una actividad religiosa. (ítem C, D)</p> <p>Sistema de fe o de culto. (ítem L)</p> <p>Expresión y reconocimiento en áreas como la creatividad, el arte y la expresión de sí mismo. (ítem M)</p> <p>Existencial: Matices de la sociedad. (ítem Q)</p> <p>Situaciones de la vida. (ítem J, O)</p> <p>Significado de la existencia. (ítem F, P)</p> <p>Necesidad de vivir la vida con significado y propósito. (ítem I)</p>	
--	---	--	--	--	--

3.5 Procedimientos y técnicas de recolección de datos.

La recolección de información será posible mediante la “Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual”, (ver anexo 2 instrumento), desarrollada por McSherry, Draper y Kendrick (Reino Unido 2002), con validez y confiabilidad de su versión en español por Vargas Escobar Lina (Colombia 2015). El instrumento es tipo escala Likert y consta de diecisiete ítems con 5 alternativas, que van del totalmente de acuerdo, de acuerdo, no estoy seguro, desacuerdo y totalmente en desacuerdo. Dichos ítems están distribuidos en dos dimensiones existencial y religioso, representado en 4 sub escalas: Percepción de la espiritualidad (4) F, I, J, E. Percepción del cuidado espiritual (7) A, B, G, K, N, H, L. Percepción de la religiosidad (3) D, M, P. Percepción del cuidado personalizado (3) C, Q, O.

La aplicación del instrumento “Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual” se hará mediante la técnica de la encuesta y será de responsabilidad única del investigador. Se entregará el instrumento a cada familiar del paciente responsable hospitalizado en UCI 2C, captado en las salas de espera previo al reporte médico y hora de visita. Se aplicará el instrumento una única vez. Se iniciará con la explicación del motivo de la encuesta, solicitando su consentimiento. Luego se procederá a detallar la forma de llenado del cuestionario. Se proporcionará un tiempo aproximado de 30 minutos para que proceda con las respuestas de forma confidencial y privada. Luego se procederá a recoger el instrumento y agradecer por la participación.

3.6 Aspectos éticos del estudio

El proyecto de investigación antes de su ejecución será aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

El proyecto de investigación se rige por los principios y lineamientos de la Declaración de Helsinki al contar con un consentimiento informado.

Se respeta el derecho a autonomía al respetar el derecho del familiar para decidir si participa o no en el estudio, por ello se estimó conveniente contar con un consentimiento informado. (ver anexo 1).

Se respeta el principio de no maleficencia, puesto que el estudio no representa ningún daño a la población de estudio. A su vez, el instrumento que se aplicará al familiar del paciente de UCI 2C es de carácter anónimo. La información personal obtenida será de conocimiento único del investigador.

El estudio representa consideración del principio de beneficencia puesto que está diseñado con la finalidad de obtener información necesaria para mejorar los procesos y calidad del cuidado y en consecuencia la satisfacción del usuario y su familia.

El principio de justicia será aplicado en cuanto el investigador respetará la negativa del familiar para participar en el estudio, o si desea retirarse en cualquier momento del proceso de recolección de información; sin ningún tipo de acción punitiva.

3.7 Plan de tabulación y análisis.

La información recolectada será revisada y codificada de forma manual. Los datos serán procesados con el programa SPSS versión 25. Para interpretar la percepción del familiar se establecerán niveles de percepción (favorable y desfavorable) con puntajes a partir del cálculo de medias por dimensión y por la variable.

Una vez sumados los puntajes e interpretados como favorables y desfavorables, serán presentados en tablas y gráficos con frecuencias y porcentajes de acuerdo a los objetivos del estudio, haciendo uso de la estadística descriptiva.

4. Referencias bibliográficas.

1. Aguilar C, Martínez C La Realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. Med Crit [Internet]. 2017;31(3):171–3. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medcri/ti-2017/ti173k.pdf>
2. Norma técnica de los servicios de cuidados intensivos e intermedios [Internet]. 2006. p. 57. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3372.pdf>
3. Potter P, Perry A. Fundamentos de enfermería. 5ta ed. Madrid España: Ediciones Harcourt S.A; 2002. Vol 1 Salud espiritual. p. 603.
4. Martínez Villamea S. Estilos de afrontamiento de los familiares de pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos. [Tesis maestría]. España: Repositorio de la Universidad de Leon; 2016. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10612/7116>
5. Baldárrago P, Rios L. Cuidado espiritual y sufrimiento del familiar, unidad de cuidados intensivos, servicio de neonatología H.B.C.A.S.E Essalud Arequipa, 2017. [Tesis pregrado]. Perú: Repositorio de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2018. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5099>
6. Siccha Martinez M. Cuidado espiritual y nivel de satisfacción del paciente servicio de emergencia hospital Victor Lazarte Echegaray Trujillo, 2016. [Tesis postgrado]. Perú: Disponible en: <https://es.scribd.com/document/335527830/Tesis-Cuidado-Espiritual-Def-1>
7. Moya R, Rivera L. Calidad del cuidado y grado de satisfacción en las necesidades emocionales y espirituales en mujeres postaborto hospital belén Trujillo, 2015. [Tesis pregrado]. Perú : Repositorio de la Universidad Privada Antenor Orrego; 2015. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/1697>
8. Ceras Chávez K. Cuidado espiritual de enfermería percibido por el paciente internado en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2018. [Tesis pregrado]. Perú Universidad Cesar Vallejo; 2018. Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/17463>
9. Chilin Rojas N. Comunicación y apoyo emocional de enfermería en percepción del familiar del paciente crítico internado en el Hospital Naval, 2017 [Tesis maestría]. Perú Universidad Cesar Vallejo; 2018. Disponible en: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/12480/Chilin_RNG.pdf?sequence=1&isAllowed=y

10. Díaz Rivera V. Percepción del familiar respecto al cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente en la UCI - UCIN del Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima, 2017 [Tesis postgrado]. Perú Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/7102>
11. Pérez J, Gardey A. Definición de percepción Publicado: 2008. Actualizado: 2012. [fecha de acceso 02 Mayo 2019]. Disponible en: <https://definicion.de/percepcion/>
12. Fierro C. La relevancia de William James en la enseñanza de la historia de la Psicología. Asunción (Paraguay) [Internet]. 2013;10(1):96–104. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/eureka/v10n1/a11.pdf>
13. La teoría de la Gestalt y la percepción Publicado: 201. Buenos Aires Argentina [fecha de acceso 02 Mayo 2019]. Disponible en: <http://graformar.com.ar/la-teoria-de-la-gestalt-y-la-percepcion/>
14. [Berman A Snyder S. Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y práctica. 9a ed. Madrid España: Pearson educación S.A; 2013. Vol 2 Espiritualidad. p. 1059.](#)
15. Wikipedia La Espiritualidad. Fundación Wikimedia, Inc [fecha de acceso 21 Abril 2019]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Espiritualidad#cite_ref-4
16. Dombeck MT. Dream Telling a means of spiritual awareness. Publicado: Holist Nurs Pract 9(2):37, 1995. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7836480>
17. Benner P, Wrubel J. La primacía del cuidado: el estrés y el afrontamiento en la salud y la enfermedad. California. De Menlo park : Addison -Wesley. 1989 Disponible en: <https://iucats.iu.edu/iuk/3773507>
18. Morales-Ramón F, Ojeda-Vargas G. El cuidado espiritual como una oportunidad de cuidado y trascendencia en la atención de enfermería. Salud en Tabasco [Internet]. 2014;20, núm. 3,:94–7. Disponible en: <http://salud.tabasco.gob.mx/content/revista>
19. Potter P, Perry A. Fundamentos de enfermería. 5ta ed. Madrid España: Ediciones Harcourt S.A; 2002. Vol 1 Curación y cuidados enfermeros. p. 112.
20. Muñoz A, Morales I, Bermejo JC, Galán JM. La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. Index de Enfermería [Internet]. 2014;23(3):153–6.

Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v23n3/teorizacion1.pdf>

21. Sánchez Herrera B. Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. [Internet]. 2004. 147 p. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2050/1925/9789587611335.pdf>
22. Mesquita AC, Costa Valcanti Avelino C, Neves Barreto M, Alves Nogueira D, De Souza Terra F, De Cássia Lopes Chaves E. El bienestar espiritual. Index de Enfermería [Internet]. 2014;23(4):219–23. Disponible en: <https://login.liboff.ohsu.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=101437195&site=ehost-live>
23. Potter P, Perry A. Fundamentos de enfermería. 5ta ed. Madrid España: Ediciones Harcourt S.A; 2002. Vol 1 Salud espiritual. p. 606.
24. Babero Gutiérrez J, Gomez-Batiste X, Maté Méndez J, Mateo Ortega D. Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas: intervención psicológica y espiritual. 2016;271–5. Disponible en: <https://www.cop-cv.org/db/docu/161024144856kmPH8sA4OPaD.pdf>
25. [Berman A Snyder S. Fundamentos de enfermería conceptos, proceso y práctica. 9a ed. Madrid España: Pearson educación S.A; 2013. Vol 2 Espiritualidad. p. 1061.](#)
26. Winslow R, Wehtje-Winslow, J Límites éticos del cuidado espiritual “Ethical boundaries of spiritual care”. Medical Journal of Australia; 2007 186 (10 suppl), S63-66. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/6315519Ethical_boundaries_of_spiritual_care.
27. Benito E, Dones M, Babero J. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Psicooncología. 2016;13(2–3):367–84. Disponible en: [file:///C:/Users/sistema/Downloads/54442-Texto%20del%20art%C3%ADculo-104624-3-10-20170718%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/sistema/Downloads/54442-Texto%20del%20art%C3%ADculo-104624-3-10-20170718%20(1).pdf)
28. The Joint Commission Comprehensive accreditation manual for hospitals; 2015 Disponible en: http://www.mitsstools.org/uploads/3/7/7/6/3776466/psc_for_web.pdf
29. Código de ética y deontología colegio de enfermeros del Perú DL. 22315 su modificatoria ley 28512 y ley del trabajo de la enfermera (o) 27669 y sus correspondientes reglamentos. 200. p. 8

30. Watson caring science institute. Jean Watson's Theory of Human Caring/Caring Science (apply to sacred teaching). 2010;1-7. Disponible en: www.humancaring.org
31. Teoría del cuidado humano de Jean Watson. [Consultado: 9 de junio del 2019]. Disponible en: <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/>
32. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7a ed. Barcelona España: Elseiver; 2011. Jean Watson. p. 93.
33. Rivera Álvarez L, Triana A. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la Clínica del Country. Rev Actual en Enfermería [Internet]. 2007;10(4):15-21. Disponible en: https://www.u-cursos.cl/medicina/2011/0/ENFENFCO24/1/novedades/r/CUIDADO_HUMANIZADO_DE_ENFERMERIA_VISIBILIZANDO_LA_TEORIA_Y_LA_INVESTIGACION_EN_LA_PRACTICA.pdf
34. Urra E, Jana A, García M. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transculturales. Cienc y Enfermería [Internet]. 2011;XVII(3):11-22. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v17n3/art02.pdf>
35. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7a ed. Barcelona España: Elseiver; 2011. Jean Watson. p. 98-99.
36. Vargas Escobar LM. Validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual. Rev Colomb Enfermería [Internet]. 2016;11(10):34. Disponible en : [file:///C:/Users/sistema/Downloads/Dialnet-ValidezYConfiabilidadDeLaVersionEnEspanolDeLaEscal-6547179 \(4\).pdf](file:///C:/Users/sistema/Downloads/Dialnet-ValidezYConfiabilidadDeLaVersionEnEspanolDeLaEscal-6547179%20(4).pdf)
37. McSherry W, Draper P, Kendrick D. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. Int J Nurs Stud. 2002; 39(7): 723-34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12231029>
38. Dhamani KA, Paul P, Olson JK. Tanzanian nurses understanding and practice of spiritual care. ISRN Nursing. 2011: 1-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22007322>
39. Monareng LV. Spiritual nursing care: a concept analysis. Curationis. 2012; 35(1): 1-9. Disponible en: <https://curationis.org.za/index.php/curationis/article/view/28/1061>

5. Presupuesto y cronograma.

5.1 Presupuesto.

Recursos propios del investigador.

Descripción	Dedicación	Cantidad	Valor unitario	Total
Personal				
Autor	4h/semana	16 semanas	---	---
Asesor	2h/semana	16 horas	S/ 118.75	S/. 1900
Equipos				
Computador	3h/semana	1	---	---
Internet	3h/semana	48 horas	S/. 1.00	S/. 48.00
Materiales				
Impresiones de proyecto para corrección.	---	5 ejemplares	S/ 3.00	S/ 15.00
Fotocopias de textos.	1h/semana	150 copias	S/ 0.10	S/. 15.00
Fotocopia de instrumento	---	72 copias	S/ 0.10	S/ 7.20
Lapicero	---	36 unidades	S/ 0.50	S/ 18.00
Otros				
Transporte	---	25 veces	S/ 3.00	S/ 75.00
Visitas de campo	---	15 veces	S/ 3.00	S/.45.00
Total				S/ 2 129.2

5.2 Cronograma.

Actividades	2019							
	M	A	M	J	J	A	S	O
Determinación del problema.	X	X						
Acopio de bibliografía.	X	X						
Selección de bibliografía.	X	X						
Elaboración de la matriz de consistencia.	X							
Redacción preliminar del proyecto de investigación.			X					
Búsqueda de instrumento validado			X					
Revisión y aprobación del proyecto de investigación.				X	X	X		
Toma de encuestas.							X	X
Codificación.								X
Tabulación								X
Análisis e interpretación de datos.								X

INSTRUMENTO

Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual de McSherry y colaboradores (Reino Unido, 2002), validado en su versión en español por Varga Escobar María (Colombia, 2015)

Distinguido familiar me presento ante usted; Soy Raquel Morales Pantoja Lic. de enfermería en cuidados intensivos, y le agradezco que pueda compartir su experiencia personal que nos permitirá mejorar en la atención que le brindamos, la encuesta que usted va a responder es de carácter anónima.

En cada pregunta, marque con una (x) la respuesta que mejor refleje la medida en que usted está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación.

Nº	CUIDADO ESPIRITUAL	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NO ESTOY SEGURO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
A	Creo que las enfermeras(os) pueden brindar cuidado espiritual acordando reuniones con el capellán del hospital, sacerdote, pastor, rabino o líder espiritual del paciente, si así lo requiere.					
B	Creo que las enfermeras(os) pueden dar apertura para brindar cuidado espiritual demostrando amabilidad, preocupación y empatía.					
C	Creo que la espiritualidad tiene que ver con la necesidad de perdonar y ser perdonada(o).					
D	Creo que la espiritualidad solo incluye ir a la iglesia o un lugar de culto religioso.					
E	No creo que la espiritualidad esté relacionada con la creencia y fe en Dios o ser superior.					
F	Creo que la espiritualidad tiene que ver con la búsqueda de significado en las situaciones buenas y malas de la vida.					
G	Creo que las enfermeras(os) pueden brindar cuidado espiritual pasando tiempo con un paciente dándole apoyo, ánimo y					

	fortaleza, especialmente en momentos de necesidad.					
H	Creo que las enfermeras(os) pueden proporcionar cuidado espiritual al promover en el paciente el encontrar significado y propósito a su enfermedad.					
I	Creo que la espiritualidad se relaciona con tener una sensación de esperanza y propósito en la vida.					
J	Creo que la espiritualidad tiene que ver con la manera en que uno enfrenta su propia vida en el aquí y ahora.					
K	Creo que las enfermeras(os) pueden brindar cuidado espiritual al escuchar a los pacientes y darles tiempo para discutir, explorar sus temores, ansiedades y problemas.					
L	Creo que la espiritualidad es una fuerza unificadora que le permite a una(o) estar en paz consigo mismo y con el mundo.					
M	No creo que la espiritualidad incluya aspectos como el arte, la creatividad y la expresión de sí mismo.					
N	Creo que las enfermeras(os) pueden brindar cuidado espiritual respetando la privacidad, dignidad y creencias religiosas y culturales del paciente.					
O	Creo que la espiritualidad involucra las amistades y relaciones interpersonales.					
P	No creo que la espiritualidad aplique para ateos o para quienes tienen duda sobre la existencia de Dios (agnósticos).					
Q	Creo que la espiritualidad incluye la moral de las personas, es decir las normas o reglas que rigen la conducta de las personas.					