

Universidad Nacional del Comahue
Centro Universitario Regional Zona Atlántica
Carrera Licenciatura en Enfermería



TESIS

**“Cuidados del profesional de Enfermería ante las Necesidades Espirituales
de los usuarios internados del Hospital Artemides Zatti.**

Viedma, Río Negro.”

Tesis presentada como uno de los requisitos para obtener el título de Licenciada en Enfermería

Alumna: Enf. Solano Emma Mónica

Legajo:115801

Directora: Lic. Cañon Silvia

Co-directora: Lic. Richert Sabina

Viedma, octubre del 2013

AGRADECIMIENTOS

Al finalizar un trabajo tan arduo y lleno de dificultades, no hubiese sido posible sin la participación de personas que han facilitado las cosas para que este estudio llegue a un feliz término. Por ello, es para mí un verdadero placer utilizar este espacio para, expresar mis agradecimientos:

Debo agradecer de manera especial y sincera al aceptarme para realizar esta tesis a la Licenciada Silvia Cañón, por su apoyo, confianza y participación activa en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable, dado que para ella al no ser de la disciplina su esmero fue doble.

También le agradezco a la Licenciada Norma Casselli, por su siempre atenta y rápidas respuestas a las diferentes inquietudes surgidas durante el desarrollo de este trabajo.

Muchas gracias, Licenciada Sabina Richrer quien, por el tiempo que ha estado con nosotras, su aporte fue de gran ayuda.

Quiero expresar mi agradecimiento especial a la Licenciada Marta Junín de la provincia de Buenos Aires, que a través del correo electrónico hizo su aporte para este trabajo. Muchas Gracias.

Por supuesto, el agradecimiento más profundo y sentido va para mi familia, mi esposo Mario, y mis tres hermosos hijos, Mariana, Emiliano y Federico.

¡Gracias!

INDICE

Resumen-----	3
Introducción-----	5
CAPITULO I	
Planteamiento del problema-----	8
Objetivos-----	10
Fundamentación-----	11
Justificación-----	13
CAPITULO II	
Marco Teórico-----	15
Consideraciones éticas-----	29
Estado de la Cuestión-----	30
CAPITULO III	
Diseño Metodológico-----	35
CAPITULO IV	
Análisis de los Datos-----	40
Resultados-----	42
CAPITULO V	
Conclusiones-----	84
Recomendaciones-----	89
Bibliografía-----	90
Anexo-----	96

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo general conocer con qué frecuencia dicen brindar los profesionales de enfermería, cuidados acerca de las necesidades espirituales de los usuarios internados en el sector de Cuidados Mínimos e Intermedios del adulto, del hospital Artémidez Zatti, de la ciudad de Viedma, Río Negro en desde el 1° de agosto hasta el 31 de octubre del año 2012.

Para este trabajo, se realizó un estudio de alcance descriptivo, no experimental, de corte transversal, con dos variables, la población fue integrada por 21 profesionales de enfermería.

El instrumento aplicado fue un cuestionario autoadministrado, basado en la escala de Lickert con cinco alternativas “Siempre”, “Frecuentemente”, “Ocasionalmente”, “Nunca” y “No Contesta”.

Los resultados se analizaron mediante cuadros estadísticos de frecuencia absoluta, porcentajes y gráficos. Se analizaron las respuestas ofrecidas a cada pregunta y se definió un rango numérico para poder dar cuenta del perfil de respuesta por cada profesional.

Los resultados por perfil de cada profesional demostraron que el 15% de los profesionales encuestados, dice cumplir “casi siempre” con el cuidado en relación a las necesidades espirituales; el 65 % dice cumplir “frecuentemente”; obteniéndose como resultado global un 80 % de “acuerdo positivo” respecto a este cuidado. Mientras que el 20 % dice cumplir “ocasionalmente”, correspondiendo a la categoría de “negativo”.

ABSTRACT

This research was oriented to assess the frequency professional nurses express that they offer health care related to spiritual needs to adult patients admitted in the progressive care unit at the public hospital "Artémides Zatti" located in Viedma, Río Negro Province, Argentina from the first of August till 31st of October, 2012.

A descriptive, transversal, not experimental study analyzing two variables was carried out addressed to 21 professional nurses.

The data were collected using a self-administrated questionnaire based on the Likert scale using 5 parameters: "always" "frequently" "occasionally" "never" and "doesn't answer".

Results were analyzed using frequency and percentage data as well as graphics, studying the answers given for each item of the questionnaire. In addition a numerical scale was defined permitting the analysis of a profile for each nurse considering all his answers to the questionnaire.

Los resultados por perfil de cada profesional demostraron que el 15% de los profesionales encuestados, dic

Accounting to the professionals' profile, 15% of the nurses express that they practice "almost always" care related to spiritual needs and 65% "frequently"; this means that 80% of the interrogated professionals express positive agreement related to that care aspect, meanwhile 20% of the nurses express that they offer "occasionally" care related to spiritual needs, being considered a negative agreement.

INTRODUCCIÓN

El profesional de enfermería, cumple dentro de sus funciones, la de ayudar a los seres humanos a enfrentar el proceso de enfermedad y a acompañar a los seres queridos que lo rodean; se espera una actitud cálida, favorable y de apoyo con el necesitado, pero surge la inquietud de conocer cuán preparado está este profesional acerca de las Necesidades Espirituales y de las actitudes que adopta. Siguiendo en esta línea, algunos autores señalan que los profesionales de enfermería no están exentos de la influencia de la sociedad ni de la vivencia de emociones que les genera. La institucionalización de la enfermedad hace que el profesional de enfermería tenga una importante participación en este proceso, tanto con el usuario crítico como con menos gravedad dentro del contexto hospitalario.

La espiritualidad es parte de la totalidad del ser, tanto así que la integridad espiritual ha sido descrita como una necesidad básica humana. En la vida cotidiana, y a pesar de tener muchas manifestaciones de la espiritualidad, resulta evidente cuando se siente la vida amenazada. Quizás por ello se le ha dado atención al tema de la espiritualidad en personas que tienen afecciones crónicas de salud, en especial en aquellas condiciones que generan discapacidad y requieren de un proceso integral de rehabilitación. Si realizamos un análisis en la literatura sanitaria sobre la espiritualidad, encontramos que en la literatura específica de enfermería ésta se encuentra más desarrollada que en otras disciplinas de la salud. De hecho, hay un corpus de literatura enfermera sobre la espiritualidad y la salud, al menos en la bibliografía internacional, de extensa amplitud.

Aunque con frecuencia se utilizan los conceptos “religión” y “espiritualidad” como sinónimos, no tienen exactamente los mismos significados.

La religión se puede considerar como un conjunto de convicciones, creencias y prácticas relacionadas con un grupo organizado que responde a un credo o denominación reconocida. La religión está determinada en gran medida por el entorno sociocultural en que vive el individuo.

La espiritualidad representa el significado personal de paz interior, propósito y relación con los demás y consigo mismo. Es una capacidad humana universal que en muchas ocasiones se relaciona con las prácticas religiosas y se expresa a través de ella, pero no es así necesariamente pudiendo expresarse de otra forma.

Si bien todo el equipo de salud interviene en la atención de los internados, son los enfermeros quienes tienen una participación más directa, ya que son ellos, quienes satisfacen las necesidades inmediatas de los usuarios y son los que permanecen durante todo el proceso de internación en contacto directo.

El hospital de Viedma, cito en la capital de la provincia de Río Negro, es referente de la Tercera Zona Sanitaria por su complejidad (VI). Recibe todas las urgencias de la zona como San Antonio Oeste, Valcheta, Sierra Grande, Guardia Mitre, Conesa, y Río Colorado.

El hospital adopta la modalidad de cuidados progresivos desde el año 1.999, Esta modalidad implica organizar los recursos de acuerdo con las necesidades de cada población, y no sólo con las necesidades de la población enferma, sino también con las necesidades del mantenimiento de la salud de la población sana o aparentemente sana.

Este modelo ha incorporado innovaciones estructurando el proceso de atención médica sanitaria a partir de las necesidades de atención del usuario, de tal forma que el enfermo reciba los servicios en el grado que lo requiera, en el momento más oportuno y en el sitio o área del hospital más apropiado a su estado clínico, independientemente de la especialidad. En base a este concepto de organización hospitalaria se definió unificar los servicios de clínica médica y clínica quirúrgica, hoy llamado Cuidados Mínimos e Intermedios.

El mencionado servicio cuenta con 32 camas, distribuidas en habitaciones de 2 camas, a lo largo de 2 pasillos que se comunican entre sí. Se atiende a toda la población adulta, femenina y masculina, de las siguientes especialidades médicas: Cirugía, Neurocirugía, Cirugía Plástica, Traumatología, Ginecología, Urología, Oftalmología, Oncología, Clínica Médica, Infectología, Endocrinología, Gastroenterología, Otorrinolaringología, Neurología, Salud

Mental y Cardiología. La población adulta es la que puede expresarse conscientemente acerca de sus necesidades espirituales, por lo que se eligió este servicio para esta investigación con el propósito de conocer si el profesional de enfermería brinda cuidados en relación a las Necesidades Espirituales, la frecuencia con la que se realizan y factores relacionados con características personales que puedan influir en el cuidado de enfermería respecto a las necesidades espirituales.

El servicio cuenta con 26 agentes de enfermería, 5 auxiliares y 21 profesionales. El estudio se realizó con el personal de enfermería con formación profesional, considerando que éstos debieran tener conocimientos acerca de la valoración y planificación de cuidados relacionados con el bienestar espiritual. La recolección de los datos se concretó en el Servicio de Cuidados Mínimos e Intermedios del Hospital Artémides Zatti, durante el período Agosto –Octubre del año 2012. Se utilizaron dos variables: cuidados de enfermería y necesidades espirituales.

Por consiguiente, el desarrollo del estudio se ha organizado en cinco (5) capítulos.

El Capítulo I: Problema, Objetivos, fundamentación y justificación del mismo.

El Capítulo II: Marco teórico: se desarrollan los antecedentes del estudio, las bases teóricas que sustentan la investigación, los fundamentos conceptuales que describe como los profesionales de enfermería deben ayudar a los usuarios internados y la descripción de las necesidades espirituales y Consideraciones Éticas.

El Capítulo III: Diseño metodológico: este capítulo se relaciona con la metodología aplicada para los pasos realizados en el diseño y tipo de estudio, población y muestra a utilizadas con las técnicas e instrumentos aplicados para la recolección de datos.

Capítulo IV: Análisis de los datos, Resultados y Discusión.

Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones. Finalmente, se presenta el material bibliográfico consultado para la realización del presente estudio y los anexos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La enfermería se define básicamente como un servicio profesional orientado a la identificación de las necesidades del sujeto para realizar el cuidado y ayuda en aquellas situaciones en las que el usuario no sabe o no puede o no tiene la voluntad para satisfacerlas por sí mismo.

Desde una mirada holística el enfermero tiene la función de identificar todas las necesidades del usuario, entre ellas las necesidades espirituales.

Históricamente los cuidados espirituales fueron realizados por un sacerdote por considerar a la espiritualidad en una dimensión vertical hacia un Dios, en desmedro de su dimensión horizontal de vinculación consigo mismo, con los demás y con el entorno. Pese a que todos los modelos conceptuales de la enfermería desarrollan la dimensión espiritual del cuidado, este tema ha sido poco investigado en la práctica de la profesión posiblemente, por su intangibilidad, y también por ser la espiritualidad un aspecto del hombre reservado a lo privado.

La espiritualidad asume gran importancia en situación de enfermedad y en momentos trascendentales en la vida del usuario. Ésta ayuda al usuario a aceptar su enfermedad y compartir con otras personas su condición de salud.

Todo ser humano que presente modificaciones en el estado de salud y pase de ser un individuo sano a enfermo presenta cambios en el estilo de vida, es por ello que en el mismo las necesidades no se crean: existen.

Lo anteriormente citado lleva a preguntarse:

- ¿Cuáles son las intervenciones que realiza el enfermero para satisfacer las necesidades espirituales del usuario internados del sector de Cuidados Mínimos e Intermedios, del hospital Artémidez Zatti, en la ciudad de Viedma, Río Negro?.
- ¿Qué cuidados pertinentes a comunicación brindan los enfermeros, a los usuarios internados del sector de Cuidados Mínimos e Intermedios, del hospital Artémidez Zatti, en la ciudad de Viedma, Río Negro?.

- ¿Con qué frecuencia brindan cuidados los profesionales de enfermería, acerca de las necesidades espirituales de los usuarios internados del sector de Cuidados Mínimos e Intermedios, del hospital Artémidez Zatti, en la ciudad de Viedma, Río Negro?.
- ¿Qué relación existe entre los cuidados brindados por el enfermero relacionados a comunicación, con las necesidades espirituales a los usuarios internados del sector de Cuidados Mínimos e Intermedios, del hospital Artémidez Zatti, en la ciudad de Viedma, Río Negro?
- ¿Cuáles son los factores que influyen en los cuidados enfermeros en relación a las necesidades de comunicación y necesidades espirituales específicamente, de los usuarios internados, en el sector de Cuidados Mínimos e Intermedios, del hospital Artémidez Zatti, en la ciudad de Viedma, Río Negro?.

En el Servicio de Cuidados mínimos intermedios del Hospital Artémides Zatti no se evidencia en los registros que haya una planificación de cuidados.

Abordar el tema constituiría parte del fundamento de nuestra identidad profesional y la definición de nuestro papel dentro del equipo de salud y del contexto general de los cuidados. En base a lo enunciado se plantea como problema a ser investigado si el personal de enfermería formado profesionalmente presta cuidados de enfermería respondiendo a la satisfacción de las necesidades espirituales. Los cuidados referidos a la satisfacción de las necesidades espirituales están directamente relacionados con cuidados de aspectos psicosociales y en menor medida a los fisiológicos. Según la clasificación de Henderson serán abordadas preguntas relacionadas con comunicación que facilitan la satisfacción de las necesidades espirituales

Para conocer si el enfermero brinda cuidados relacionados con las necesidades espirituales se puede interrogar al mismo personal, observar los registros, interrogar al usuario en cuanto al cuidado recibido y observar la rutina cotidiana del enfermero. Esto último resulta poco viable, ya que implica mucho tiempo para obtener una muestra significativa. En este estudio se aborda los cuidados que el personal dice que brinda a los usuarios, partiendo de que la conciencia del personal acerca de lo que hace es el fundamento para seguir trabajando el tema.

OBJETIVO GENERAL

Conocer con qué frecuencia dicen brindar los profesionales de enfermería, cuidados acerca de las necesidades espirituales de los usuarios internados en el sector de Cuidados Mínimos e Intermedios del adulto, del hospital Artémidez Zatti; en el período agosto-octubre, año 2012.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer con qué frecuencia dicen brindar los profesionales de enfermería cuidados acerca de las necesidades comunicación.
- Conocer con qué frecuencia dicen brindar los profesionales de enfermería cuidados acerca de las necesidades espirituales, específicamente.
- Determinar qué relación existe entre los cuidados brindados de las necesidades de comunicación y las necesidades espirituales específicamente.
- Analizar la relación entre los factores sociodemográficos del profesional de enfermería y los cuidados que brinda respecto a las necesidades espirituales específicamente y de comunicación

FUNDAMENTACIÓN

Para comprender la importancia que tienen los cuidados del profesional de enfermería en relación a las necesidades espirituales, se realizó una revisión bibliográfica de distintas investigaciones.

Diversos autores entre ellos A. Maslow han estudiado la necesidad de las personas, han determinado su tipología y las han jerarquizado. La multiplicidad de las mismas está en relación con todas las dimensiones del ser humano: psicológicas, espirituales, sociales y físicas; y se afectan unas a otros tanto en estado de salud como de enfermedad ya que interactúan entre sí de forma integrada desde el enfoque holístico. Por otra parte, *Patricia Iyer*¹, ha escrito que: "La enfermería se ocupa de los aspectos psicológicos, espirituales, sociales y físicos de la persona y no sólo del proceso médico, por ende se centra en las respuestas globales de la persona que interactúa con el entorno".

Esta visión holística de la persona en su integridad está presente en todas las teorías de Enfermería, independientemente de los distintos modelos que propongan. Por otra parte, algunos autores argumentan que la separación de las dimensiones física, psicosocial y espiritual falta a la ética a la luz del abordaje holístico puesto que su eje es la unidad².

En el marco de filosofías y modelos conceptuales de la enfermería cabe destacar los principios planteados por Florence Nightingale³ y que han sido acogidos por muchas enfermeras durante décadas. Esta pionera de la enfermería moderna establece que el componente espiritual en la enfermería ha tenido gran importancia en relación con el bienestar, la salud y la vida. De hecho la palabra "*Nurse*", enfermera en inglés, viene del griego y significa "nutrir al espíritu humano". Nightingale ha influido a lo largo de la historia en la

¹ Iyer, P.W. "Proceso y diagnóstico de enfermería". México DF: Mac Graw Hill Interamericana; 3^{ra}. ed. 1997.

² Levine, Myra E., "On the Humanities in Nursing". Canadian Journal of Nursing Research, 30 (4), 1999 pp. 213-217.

³ Tomey, Marriner A. "Modelos y teorías en enfermería". España: Harcourt. 4ta. Ed.; 2000

formación de las enfermeras y como así a todas las teóricas que surgieron a partir del siglo XX, quienes de una forma u otra han desarrollado esta dimensión del cuidado. Abordar al ser humano de manera integral, identificar sus necesidades y ayudar a satisfacerlas es un aspecto fundamental del cuidado enfermero.

JUSTIFICACIÓN

Una profesión que nace de una necesidad social tan fundamental para la persona como es su derecho a la salud y que se ejerce bajo una amplia perspectiva como la de cuidar del individuo, familia y comunidad desde una consideración expresa de los valores y creencias, tanto de la persona que cuida como de la que es cuidada, en interacción con el medio y su entorno. Por ello ésta profesión se consolida y se legitima desde la ayuda a las necesidades más básicas del ser humano, individuo, familia o comunidad.

Ignorar la dimensión espiritual en el cuidado de los usuarios, es como ignorar el componente biológico, el social o el psicológico. La desatención de la espiritualidad deja un vacío cuando se busca velar por la persona integralmente. La espiritualidad se ha incorporado en el paradigma holístico y está contemplada en muchas teorías de enfermería, aunque existe cierta tendencia por parte de las enfermeras clínicas y comunitarias a obviar dimensiones de la persona en las que no se sienten cómodas. Una de estas dimensiones, tal y como afirma Marjorie Gordon, es la espiritualidad además de la sexualidad. A menudo se argumenta que esta omisión se encuentra muy relacionada con la adopción profunda del modelo biomédico.

Junto con el progreso en los conocimientos biomédicos sobre el origen, el desarrollo, el cuidado y la naturaleza de la vida humana, se han perfeccionado técnicas, ha habido avances científicos y tecnológicos, que bombardean el quehacer del profesional de enfermería olvidando, en algunos momentos, que la esencia de éste no es otra cosa que el respeto a la vida y el cuidado del ser humano.

El motivo para realizar esta investigación surge a partir de la experiencia personal vivida durante un período de internación de 6 días a causa de una fuerte lumbalgia en la sala de cuidados intermedios. Desde los cuidados recibidos sentí que se diera poca importancia a mi sentir espiritual.

Además es de destacar que con la ampliación y mejoramiento del edificio, concluido en el año 1999, se fueron retirando elementos, tales como vírgenes,

con el argumento de que no respondían a las exigencias de las normas de bioseguridad. Por otro lado existió una capilla y en varios servicios lugares destinados a que los usuarios pudieran practicar algún rito de espiritualidad, como así también compartir sus sentimientos con otros desde un lugar de intimidad. Estos últimos se fueron refuncionalizando para la internación de usuarios y otros destinos.

Otro aspecto fundamentado con el cumplimiento de las normas de bioseguridad esta relacionado con la estricta reglamentación respecto al horario de visitas, lo que limita e interrumpe las necesidades de acompañamiento de los usuarios.

En general el ofrecimiento de las personas significativas, (pastor sacerdote, amigo, familiares) para los usuarios son ofrecidos en el momento de criticidad o ante la muerte inminente, no como parte de la atención diaria.

Se conocen pocos estudios de esta naturaleza en el país y son pocos los que enfermería aporta de la literatura universal.

Dicha investigación fortalece la respuesta de cuidado holístico, con un aporte para investigaciones posteriores para ser debatida en la enfermería.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

A nivel teórico, nadie cuestiona que los cuidados de Enfermería deben ser integrales, es decir que deben ofrecerse y planificarse desde la consideración de todas las dimensiones del ser humano. Esta idea, evidente y reiterada en el discurso enfermero desde hace décadas, ha sido planteada, discutida y confirmada repetidamente en foros profesionales cualificados, tanto nacionales como internacionales, existiendo un claro consenso profesional sobre la misión, los fines y las funciones de la Enfermería.

Florence Nightingale y Virginia Henderson han tenido y tienen actualmente gran influencia en la formación del personal de enfermería y también en la del grupo en estudio por tratarse de un modelo ampliamente aceptado en las escuelas de enfermería en nuestro país.

Gordon Marjory

La espiritualidad se identifica como una necesidad que se relaciona con la pertenencia (comunicación y creencias). Para M. Gordon⁴ la vida requiere de la toma de decisiones, así los seres humanos a medida que se desarrollan construyen un sistema de creencias y valores que constituyen su filosofía de vida. Este sistema los guía para tomar decisiones importantes y puede estar o no estar ligado a creencias y valores teológicos y religiosos.

La actividad de enfermería es el acto básico de cuidar la salud, podemos considerarla tan antigua como la propia historia de la vida humana. Si bien es cierto que a lo largo del tiempo y de las diferentes civilizaciones o sociedades quedan claramente recogidas personas que desde sus conocimientos o habilidades se encargaban, en sus respectivas sociedades, de esta

⁴ Gordon, Marjory. Diagnostico enfermero. 3^{ra}.edición. España Mosby/Doyma 1998 Pág. 103, 104.

responsabilidad. No es hasta principios del siglo XIX cuando comienzan enseñanzas regladas dirigidas a profesionalizar la actividad de cuidar.

Florence Nithingale

Es entonces cuando Florence Nithingale aporta un referente indiscutible a lo que a partir de ahí serán las primeras escuelas de enfermeras. Desde entonces hasta la actualidad un camino de largo recorrido y abundante trabajo ha consolidado académicamente lo que hoy son los estudios universitarios de la profesión enfermera.

Así a través del tiempo y del estudio, la disciplina enfermera ha quedado configurada en un cuerpo propio de conocimientos en los que se basa y fundamenta el adecuado y complejo ejercicio de esta profesión, que no es otro que el cuidado de la salud de las personas.

Ello ha hecho de esta acción básica toda una profesión, precisamente por la consideración tan valiosa del significado que tiene en la vida humana, la salud, la integridad, la dignidad, la autonomía, todo ello desde una consideración holística e integral del ser humano. Una profesión que nace de una necesidad social tan fundamental para la persona como es su derecho a la salud y que se ejerce bajo una amplia perspectiva como la de cuidar del individuo, familia y comunidad desde una consideración expresa de los valores y creencias, tanto de la persona que cuida como de la que es cuidada, en interacción con el medio y su entorno⁵.

Jean Watson

Watson expone⁶ “los supuestos principales de la ciencia del cuidado de enfermería: El cuidado sólo se puede demostrar y practicar eficazmente de forma interpersonal. El cuidado está constituido por elementos asistenciales que satisfacen determinadas necesidades humanas. El cuidado efectivo promueve la salud y el desarrollo individual o de la familia. Las respuestas del

⁵ Información extraída - Humanismo en el arte de cuidar. Libro de ponencias: XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológico. Vitoria, 2004.

⁶ Watson J. "Nursing Human science and Human Care: A Theory of Nursing New York". National League of Nursing, 1988. 158 p.

cuidado aceptan a las personas no sólo por lo que son sino por lo que pueden llegar a ser. Un entorno de cuidado posibilita el desarrollo de aptitudes a la vez que permite a la persona elegir la mejor opción para sí misma en un momento dado. El cuidado genera más salud que curación. El cuidado integra el conocimiento biofísico y el de la conducta humana para producir o promover la salud y para ofrecer ayuda a quienes están enfermos.

¿Qué entendemos por cuidado de enfermería? "Cuidar con Cuidado"⁷, nos recuerda que la palabra cuidado proviene del latín *cogitatus*, que significa (pensamiento).

De acuerdo a ello, cuidar implica:

- pensar en,
- prestar atención a,
- preocuparse por,
- tener alguna intención.

"Por supuesto, significa también actuar, haciéndolo con solicitud, con atención, tratando de hacer bien algo (tratar de no dañar, por ejemplo). Lo notable de cuidado o cuidar entraña una actividad intelectual y, al mismo tiempo, una actitud básica de valoración de algo o alguien, una totalidad afectiva positiva"

"Cuidar, una conducta unitaria: Pensar- Sentir-Hacer".

Cuidados de enfermería: Los cuidados involucran una serie de actividades que tienden a mantener la vida. El cuidado es un acto individual que cada persona se brinda a sí mismo después de lograr independencia, pero también es un acto recíproco que se ofrece entre las personas que tienen necesidad de ayudar y de recibir ayuda. El cuidado es la base fundamental del servicio de enfermería y se brinda a personas tanto enfermas como sanas, en función de las necesidades humanas, aplicando un método que consiste en una etapa de planificación a partir de la valoración de la situación actual, ejecución de actividades para dar respuestas a las mismas y finalmente una etapa de evaluación".

⁷ Sosa, A. Ciro. "Enfermería y cuidado de enfermería: algunos elementos par ensayar sus definiciones". Notas de clase. Red. Fen. Sur. Abril 99. (Versión modificada febrero 2001)

La Canadian Nurses Association

La Canadian Nurses Association (CNA), fundada en 1908, se dirige a las enfermeras en activo de las provincias canadienses. Su *definition of Nursing and Standards of Practice*: La profesión enfermera existe como respuesta a una necesidad de la sociedad y hace suyos los valores relacionados con la salud del hombre a lo largo de su existencia. La enfermera orienta sus esfuerzos hacia la promoción, mantenimiento y la recuperación de la salud; prevención de enfermedades; el consuelo del sufrimiento, y la garantía de una muerte en paz cuando la vida ya no puede prolongarse. También tiene una visión integral y considera al individuo como un ser biopsicosocial con capacidad para fijar objetivos y tomar decisiones, y que tiene el derecho y la responsabilidad de elegir de acuerdo con creencias y valores personales tras haber sido informado. La enfermera, como profesión dinámica y de apoyo, orientada por su código ético, tiene su esencia en los cuidados, un concepto claro desde sus cuatro campos de actividad: práctica, formación, administración e investigación.

Las teorías para la práctica enfermera consideran cuatro elementos fundamentales para su desarrollo: concepto de persona – salud – entorno – actividades enfermeras.

“Las necesidades revelan lo más apremiante del ser de las personas ya que éstas se hacen palpables en su doble condición existencial: como carencia y potencialidad. Comprendidas en un amplio sentido, y no limitadas a la mera subsistencia, las necesidades patentizan la tensión constante entre carencia y potencia tan propia de los seres humanos.

Concebir las necesidades tan sólo como carencia implica restringir su espectro a lo puramente fisiológico, que es precisamente el ámbito en que una necesidad asume con mayor fuerza y claridad la sensación de “falta de algo”. Sin embargo, en la medida en que las necesidades comprometen, motivan y

movilizan a las personas, son también potencialidad y, más aún, pueden llegar a ser recursos⁸.

Las necesidades humanas son las mismas a través de todo el ciclo vital.

Todos los seres humanos tienen unas necesidades básicas que se tratan de satisfacer a lo largo de la vida. Estas necesidades abarcan los distintos aspectos del hombre, que son: Necesidades físicas - Necesidades psicológicas
Necesidades sociales - Necesidades espirituales.

La persona que se identifica como enferma en general hace referencia a un sentimiento en particular, por lo que consulta. Pero en general este malestar conlleva a alterar otras necesidades en menor o mayor medida. Esta situación se acentúa cuando la persona es internada, ya que es rotulada como enferma por algo. Esta es la particularidad del cuidado enfermero que debe tener en cuenta la persona como un todo, dinámico, que requiere ser valorado en su totalidad. Esto diferencia a la enfermería de las demás profesiones de la salud que buscan resolver problemas específicos de las personas (la psicóloga va a resolver el problema de ansiedad, la nutricionista el de dieta adecuada, el médico el órgano afectado, etc.)

Virginia Henderson

La teoría de enfermería de Virginia Henderson, entiende al cuidado enfermero como ayudar al individuo enfermo o sano al desarrollo de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a la recuperación (o a una muerte pacífica) que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fortaleza, voluntad, o conocimientos necesarios. Y hacerlo de tal forma que se le ayude a alcanzar la independencia lo antes posible. Para la valoración de la situación de salud de la persona contempla 14 necesidades respirar normalmente, alimentarse, eliminar, moverse y conservar la postura, dormir y descansar, vestirse, comunicarse, mantenerse limpio, temperatura corporal, evitar el peligro, trabajar, jugar, rendir culto y aprender⁹.

⁸ MAX-NEEF, Manfred; ELIZALDE, Antonio; Hopenhayn, Martín y cols. (1986). Desarrollo a Escala Humana: Una opción para el futuro. Development Dialogue, Número especial 1986 (págs. 23- 49). Cepaur, Fundación Dag Hammarskjöld, Santiago de Chile.

⁹ Fundamentos de Enfermería. Teoría y práctica. PATRICIA A. POTTER, RN, MSN-ANNE GRIFFIN PERRY, RN, MSN, EdD. Tercera Edición, con 607 ilustraciones. HARCOURT BRACE. Madrid-

Las Necesidades Fisiológicas

Son primera prioridad ya que estarían asociadas con la supervivencia del organismo. Son elementos como: alimentos, equilibrio de líquidos, oxígeno, excreción urinaria, intestinal.

Necesidades Psicológicas y Sociales

Muchas de las reacciones emocionales que aparecen en esta situación de enfermedad e internación son normales, la ansiedad, la tristeza, la rabia, la agresividad, el aislamiento, los sentimientos de culpa, etc.; son generadas por la situación que se está viviendo.

La enfermedad produce una crisis no sólo familiar, sino también social, que obliga a un reajuste del entorno social de la familia y del usuario.

El tener muchos amigos y familiares no implica contar con el apoyo necesario, ya que el recibir o no dicho apoyo, es un factor de calidad más que de cantidad. En circunstancia de crisis familiar, un apoyo social adecuado puede determinar la superación de la situación estresante.

Necesidades Espirituales

El ser humano tiene una dimensión que lo diferencia de los otros seres vivos, la dimensión espiritual, es la que lo hace ir más allá de sí mismo, es la capacidad de trascendencia, tener esperanza, pensar en el futuro, tener conciencia de su propia finitud. Es el mundo de los valores más nobles, de las creencias religiosas.

Si esta dimensión envuelve la vida del ser humano, en este período de enfermedad, su importancia es indiscutible, por ello debemos ser sensibles a la necesidad de hablar de estos aspectos.

Todos los programas de formación avanzada de medicina paliativa insisten en la importancia de saber reconocer las necesidades espirituales del enfermo y se refieren a la presencia del agente pastoral como ayuda fundamental para situar el dolor y la enfermedad en un marco de referencia amplio y lleno de significado.

A lo largo de la vida de todas las personas, lo espiritual se hace presente, según las circunstancias del momento, en mayor o menor medida.

El término espiritual es muy amplio y necesita ser explicado. Realidades espirituales se reconocen en obras de arte, en la poesía, en la interpretación de las experiencias vitales... El hombre es capaz de conocerse de poseerse y de darse libremente. No es solamente algo, sino alguien. También la relación con Dios (religión), o el convencimiento de que la vida trasciende, son manifestaciones de la dimensión espiritual del hombre.

Por religiosidad suele entenderse el conjunto de prácticas de los que profesan una religión; y el término espiritualidad representa en esencia la búsqueda de un significado existencial a la vida.

Las cuestiones espirituales llegan a ser tremendamente importantes en la mayoría de la gente cuando se enfrenta a una enfermedad terminal. Esto ocurre porque la enfermedad afecta a todo el hombre y al enfermar se resiente todo él¹⁰.

La toma de conciencia del hombre frente a su propia muerte origina una peculiar angustia frente al propio destino, ante lo desconocido, lo que no se puede abarcar y entender. De allí surgieron los primeros intentos de elaborar explicaciones globales de toda la naturaleza y con ello el fundamento, primero de la magia, de las explicaciones religiosas más tarde, y de los sistemas filosóficos en un período posterior¹¹.

Organización Mundial de la Salud

La espiritualidad es un área que impacta de manera profunda a lo largo del proceso salud – enfermedad. De acuerdo a la OMS, el documento titulado “Estrategia global para la salud para todos en el año 2.000”, incluía también la dimensión espiritual, definida como un fenómeno cuya naturaleza no es material sino que pertenece al conjunto de ideas que ennoblecen”¹².

En 1969, Virginia Henderson en un documento de la OMS (Organización Mundial de la Salud), afirma: “respetar las necesidades espirituales de los

¹⁰ Medicina Paliativa en Cultura Latina. Marco Gomez Sancho. Prólogo. Eduardo Brueda. Impreso en España. Mastelló,128,1º-28006. Madrid

¹¹ El Proceso de Investigación. Carlos Sabino. Noviembre de 1.999. LIBRIS S.R.L. Mendoza 1523.(1823) LANÚS OESTE. BUENOS AIRES. REPÚBLICA ARGENTINA.

¹² Card, Javier; Lozano, Barragán. "Espiritualidad de la Salud". pp: 171-196. Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud. Madrid, 1981.

enfermos y asegurar que puedan satisfacerlas en todas las circunstancias hace parte de los cuidados de enfermería de base. El sentido de la palabra espiritual está aún cerca de lo religioso. No obstante, la instrucción de la obra, sin hablar explícitamente de las necesidades espirituales, vuelve a situar el cuidado de enfermería en el más vasto cuadro de las necesidades fundamentales de todo hombre: todos conocen que la enfermería toma su fuente en las necesidades fundamentales del hombre. La enfermera no debe dejar jamás de vista que todo hombre está animado por un deseo innato de seguridad, nutrición, de albergue”¹³.

NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)

Se abordan los diagnósticos como parte central del método enfermero para el cuidado. Para este trabajo se toma la lista de diagnósticos NANDA, siendo aceptada ampliamente como marco para el lenguaje compartido.

Los diagnósticos descritos tienen su definición, características definitorias y en algunos los factores relacionados.

Relacionado con la espiritualidad directamente se encuentran tres diagnósticos a saber:

- Bienestar espiritual
- Sufrimiento espiritual
- Riesgo de sufrimiento espiritual

Esta taxonomía permite establecer los criterios para valorar el estado de esta necesidad, como así también definir las intervenciones una vez definido el diagnóstico.

Los planes de cuidados estandarizados de enfermería dirigidos a los usuarios y familia en proceso avanzados y terminales; suponen una herramienta muy útil para la práctica asistencial. Reflejan la línea de decisión y actuación de las enfermeras, reduciendo la variabilidad en la práctica profesional, determinando el nivel adecuado de los resultados esperados y estableciendo guías de actuación para la continuidad de cuidados.

¹³ Marriner-Tomey. Modelos y Teorías en enfermería. Mosby/Doyma Libros. R.N,F.A.A.N. Tercera edición.

Para ello es importante utilizar los tres lenguajes estandarizados reconocidos por la *American Nurses Association* (ANA): los diagnósticos desarrollados por la NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*). La relación entre estas clasificaciones es el principal paso para facilitar el uso de estos lenguajes en la práctica, la formación y la investigación.

Evitar el sufrimiento espiritual, forma parte del cuidado enfermero, entendido como “deterioro de la capacidad para experimentar e integrar 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 y/o un poder superior a uno mismo”. NANDA

Sufrimiento espiritual

Definición: Alteración del principio vital que satura todo el ser de la persona e integra y trasciende la naturaleza biológica y psicosocial del ser humano.

El sufrimiento espiritual está vinculado al sistema de valores y creencias de la persona, no sólo a los de carácter religioso. Por lo tanto, esta categoría diagnóstica es aplicable tanto a las personas practicantes como a las que se manifiestan ateas o agnósticas¹⁴.

Características definitorias:

Conexión con el yo

Expresiones de falta de:

- Esperanza
- Significado y propósito de la vida.
- Paz o severidad
- Aceptación
- Amor
- Perdón para sí mismo
- Valor

Conexión con otros

- Rechaza las interacciones con los líderes espirituales.
- Rechaza las interacciones con los amigos, la familia.
- Manifiesta estar alejado de sus sistemas de soporte.
- Expresa alienación.

¹⁴ Diagnósticos Enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Tercera edición. M.^a Teresa Luis Rodrigo. 1998. Harcourt. Brace de España, S.A. Juan Álvarez Mendizábal, 3,2º 28008 Madrid. España.

Conexión con un poder superior al propio yo

- Incapacidad para orar.
- Incapacidad para participar en actividades religiosas.
- Manifiesta sentirse abandonado o sentir cólera hacia Dios.
- Incapacidad para experimentar la trascendencia.
- Solicitud de ver un líder religioso.
- Cambios súbitos en las prácticas espirituales.
- Incapacidad para la introspección, para mirar dentro de sí.
- Manifiesta que sufre, que no tiene esperanza.

Riesgo del Sufrimiento Espiritual

Definición: riesgo de deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión de la persona con el yo, con otras personas, el arte, la música, la literatura, la naturaleza y/o a un ser superior a uno mismo.

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), define la **salud espiritual** (NOC), como:

Definición: 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.¹⁵ NANDA

Bienestar espiritual es el proceso personal de desarrollo, revelación del misterio mediante una interconexión armoniosa que procede de los recursos internos.

Características definitorias: Interconexión armoniosa: relación, conexión, armonía con el yo, los otros, un ente superior/Dios, y el entorno. pag 114

Conexión con el yo

Deseo de reforzar

- esperanza.
- el significado y propósito de la vida.

¹⁵ NANDA DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN. 2005-2006. NANDA Internacional. Elsevier

- el de amor.
- Paz y serenidad
- La aceptación
- La filosofía de vida
- La alegría

Conexión con otros

- Proporciona servicio a los demás.
- Solicita interacciones con los líderes espirituales
- Solicita perdón de los demás.
- Demanda interacciones con los amigos y familiares

Conexión con un poder superior a propio yo

- Reza
- Informa de experiencias místicas
- Participa en actividades religiosas.
- Expresa reverencia y respeto.
-

Variable: Necesidades espirituales según Virginia Henderson¹⁶

Necesidad de observar el culto de acuerdo con la propia fe y de actuar según sus creencias y valores.

Justificación. Las personas piensan, actúan y toman decisiones en función de sus propios valores, creencias y fé.

Pretende conocer los hábitos del paciente en cuanto a creencias, valores y cultura para valorar su posible influencia en la salud.

Incluye:

Sentido de su vida.

Actitud ante la muerte.

Conflicto con los valores/creencias.

Indicadores

- Animar al usuario a compartir sus preocupaciones en materia espiritual con las personas de referencia, pero estar dispuesto a escucharlo cuando lo precise.

¹⁶ Necesidades de Salud de Virginia Henderson-Observatorio- Metodología Enfermera. FUDEN.

- Fomentar y estimular la asistencia de los servicios religiosos.
- Proporcionar la intimidad requerida para practicar sus ritos.
- Ofrecerle la posibilidad de contactar con las personas que le sirvan de soporte espiritual.
- En la medida en que su estado lo permita, facilitar un lugar reservado y tranquilo para sus prácticas religiosas.
- Organizar los cuidados de forma que dejen tiempo libre para la meditación, la oración o la relajación.
- Ayudar al usuario a identificar los hechos que le sirvan de soporte espiritual.
- Potenciar la continuación con aquellas prácticas, compatibles con el estado de salud, que aumentan el bienestar espiritual de la persona y que se han mostrado útiles en otras ocasiones.

Variable: Cuidados de Enfermería

Definición conceptual: “Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud, recuperación o a lograr una muerte digna. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Hacerle que ayude a lograr su independencia a la mayor brevedad posible”.Virginia Henderson¹⁷.

Necesidad de comunicarse para expresar emociones, necesidades, miedos y opiniones

- **Justificación.** Para el ser humano es fundamental expresar sus pensamientos, sentimientos y emociones, interaccionando con el resto de personas y con su entorno. Las emociones están íntimamente ligadas a las alteraciones de salud tanto física como psicológicamente. La enfermería promueve el bienestar del paciente, fomentando las relaciones y la aceptación de la propia persona. En este sentido el personal enfermero debe valorar el equilibrio entre la soledad-interacción social, estado de los órganos de los sentidos, capacidad de expresión, relaciones con familia, amigos y pareja.

¹⁷ Marriner-Tomey. Modelos y Teorías en enfermería. Mosby/Doyma Libros. R.N,F.A.A.N. Tercera edición.

- **Pretende** conocer la efectividad de la interacción social de la persona.
- **Incluye:**
- Relaciones sociales
- Familiares y de la pareja.
- Equilibrio soledad- interacción social.
- Estado de los órganos de los sentidos.
- Capacidad para expresión

Indicadores de comunicación

1. Ayudar a identificar las técnicas de comunicación más adecuadas a la limitación y recursos existentes.
2. Animar y ayudar a la persona/familia a identificar los recursos intelectuales y físicos que pueden ayudar a compensar su limitación.
3. Establecer (o validar) conjuntamente las necesidades de aprendizaje identificadas.
4. Permitir y fomentar la formulación de preguntas y la expresión de dudas y preocupaciones respecto a la situación.
5. Demuestra y enseña técnicas de comunicación eficaces, (por ej. Escucha activa)
6. utilizar técnicas de resolución de problema.

Aspectos sociodemográficos

Para el trabajo se tiene en cuenta las características sociodemográfico del /personal de enfermería, del servicio de Cuidados Mínimos e Intermedios.

Como se refirió en el marco, las necesidades espirituales están relacionadas con la visión que tiene la persona de su vida. Es un aspecto que afecta tanto al usuario como al enfermero, dependerá de la madurez y capacidad de conocerse. Por ello se considera posible que haya variaciones en cuanto a la prestación de cuidados relacionados con las necesidades espirituales teniendo en cuenta la formación, la edad, los años de experiencia profesional y sexo del cuidador.

Según Carper¹⁸ el conocimiento enfermero se construye a partir de cuatro patrones: el empírico, el ético-legal, el estético y el personal.

Estos conocimientos debieran ser desarrollados durante la formación, pero en general se hace hincapié en los primeros, quedando el estético y personal a cargo de cada uno. Estos se van modificando con la experiencia, la formación continúa, y la disposición para el desarrollo personal. Se incluye en la diferenciación por sexo porque la inclusión del hombre en esta profesión es relativamente reciente, por lo que se toma solamente como punto de observación por la diferencia de género.

¹⁸ “La Ciencia, la Ética y Arte de Enfermería a partir del Conocimiento Personal”. María Mercedes Durán de Villalobos, REVISTA AQUICHAN - ISSN 1657-5997- AÑO 5 - VOL. 5 N° 1 (5) · CHÍA, COLOMBIA.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para las consideraciones éticas respecto esta investigación se toma en cuenta el informe Belmont “Principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos en investigaciones biomédicas y de comportamiento”.

Este documento es considerado básico cuando se requiere analizar aspectos éticos implicados en un proyecto de investigación que incluye seres humanos. Los tres principios éticos discutidos en este reporte son: el respeto por la persona, beneficencia y justicia.

El respeto a la persona exige que sea informado adecuadamente de tal modo que pueda decidir libremente su participación voluntaria. En esta investigación se solicita a los profesionales de enfermería la participación completando un cuestionario. Previo a la entrega del mismo, se les informa el propósito de la investigación y se garantiza la participación voluntaria, manteniéndose el anonimato en cuanto a la identificación personal. La encuesta es autoadministrada, por lo que cada participante decide si la entrega o no.

En relación al principio de beneficencia, el estudio aporta conocimientos para mejorar la práctica enfermera y no conlleva ningún riesgo ni ocasiona daño en las personas.

Respecto al criterio de justicia, no hay ninguna selección que pueda ser interpretada como injusta o discriminatoria, ya que se elige el total de una población teniendo como único criterio de selección la formación alcanzada, criterio coherente con el propósito de la investigación.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

- Beatriz Sánchez –Herrera en su investigación “Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad” Chía. Colombia. Aquichan -ISSN 1657-5997. Vol 9 N° 1- Abril 2009. Reconoce la importancia del bienestar espiritual en dichas personas. El cuidado de las personas en situación de discapacidad, que puede resultar frustrante para muchos cuidadores, puede enriquecerse al considerar aspectos espirituales, donde se den espacios de reconciliación con Dios, un ser, o fuerza superior, compañía de los demás, consideración del entorno y reflexión de la propia vida como parte fundamental de la misma. Este aspecto no debe limitarse a las personas con creencias religiosas específicas. La presencia auténtica de la enfermera en relación a los cuidados para los usuarios permite asegurar la totalidad e integridad que requieren. Conocer el bienestar espiritual permite promover la salud holística de los usuarios.
- Whetsell, Martha V. “Niveles de bienestar espiritual y fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores”. Bogotá, Colombia. 2005. Se ha hecho énfasis en la importancia de establecer los aspectos espirituales como esenciales para la curación de enfermedades y el manejo de la salud, en el proceso de envejecimiento. Este estudio mostró una relación positiva entre los niveles de bienestar espiritual y los de la fortaleza relacionada con la salud en una población de personas en edad avanzada que vivían en la zona urbana de la República Mexicana. Esta relación coincide con los estudios mencionados en la literatura que mostraron cómo la fortaleza relacionada con la salud y el bienestar espiritual, actuando en conjunto, tuvieron efectos positivos en los individuos que estaban afrontando diferentes situaciones de estrés. El análisis de esta relación puede ayudar a comprender mejor el impacto que tienen estas dos características de la personalidad en la vida de los ancianos y puede ser usado para guiar el desarrollo de intervenciones de enfermería.
- Cardozo Castillo y otros en la investigación “Participación del profesional de enfermería en la satisfacción de las necesidades emocionales y

espirituales del enfermo con SIDA hospitalizado en la Unidad de medicina del Hospital Central de Maracay”. Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Escuela Experimental de Enfermería. 1992., revelaron la falta de incumbencia del personal de enfermería en lo que se refiere a la satisfacción de las necesidades espirituales. Estos profesionales se encuadrarían en los del perfil que cumple órdenes médicas delegadas y obedecen a una rutina. Los enfermos de SIDA hospitalizados padecen una serie de conflictos (depresión, cólera, temor, inseguridad, angustia, vacío espiritual, desánimo, falta de fe, y afecto) que podrían evitarse si sus necesidades espirituales estuvieran satisfechas.

- Gómez Ramírez, Juan F. “La dimensión espiritual en los niños”: Su desarrollo y fortalecimiento". /medicina.udea.edu.co/publicaciones/crianzahumanizada/antiores-rodolfo/Publicaciones/crianzahumanizada/ V.6-Nº 5. Año 2010; hace referencia a la importancia del desarrollo espiritual en la niñez y de cómo la formación en valores espirituales colabora en la resiliencia, entendiéndose por ésta a la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive ser transformados por ellas. Esto aporta a que la atención de las necesidades espirituales abarca a toda la población de enfermos y durante todo el ciclo vital del hombre.
- Caro de Pallares, Sarita. “Abordaje de la Necesidad Espiritual en la relación de Ayuda”. Revista científica: Salud Uninorte. Barranquilla (Col.). Julio 2004. hace referencia a la necesidad de que los estudiantes incorporen en su formación académica, habilidades para poder abordar aspectos espirituales del paciente en la relación terapéutica que se establece con ellos. La relación terapéutica implica, más allá del diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, reconocer la interrelación que mantienen los síntomas con el estado psicológico y afectivo del paciente. La comunicación con el paciente redundará en beneficios para su recuperación y la atención se prestará en forma más humana y en términos de calidad. Así la profesión enfermera tiene como acción y valor centrales el cuidado de la salud de las personas, en sus propias

circunstancias y a lo largo de toda la vida.

- Luz Nelly, Rivera Álvarez, Álvaro Triana en “Cuidado Humanizado de Enfermería: Visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country, sostiene que “ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería”. La meta de enfermería en sí es brindar cuidado, pero esto no tiene sentido sino se comprende en esencia el significado de Cuidar”. (Nelly Rivera).El profesional de enfermería ha de mantener una actitud crítica y reflexiva frente a la realidad social del ser humano y sus derechos y, hacer de su práctica diaria, un medio para la visibilidad de dicha actitud, mediante la investigación y aplicación de modelos teóricos, que alimenten un cuidado con calidad y sensibilidad humana, que le permita un crecimiento como persona y profesional, generando un impacto transformador en el sistema de salud, brindando así cuidado de calidad.
- Aleix i Vilalta, “Evaluación de las Necesidades Espirituales de Pacientes Diagnosticados de Cáncer Avanzado y Terminal”. Universitat de Lleida.Facultat de Medicina, Departament de Cirurgia. Año 2010, el estudio muestra que existen pacientes con necesidades espirituales y que el cuestionario utilizado es funcional para la detección de las necesidades espirituales. El objetivo fue trabajar los problemas emocionales y espirituales a partir de la búsqueda de significado o sentido de la vida, así como la religiosidad y la fé, para mejorar en lo posible la calidad de vida en éstos usuarios. Como aporte bibliográfico para los profesionales sanitarios hace referencia de la importancia de contar con una Taxonomía NANDA, reconocida por la *American Nurses Association* (ANA): los diagnósticos desarrollados por la NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), la Clasificación de las Intervenciones de las Enfermería -NIC-, y los de la Clasificación de Resultados de Enfermería -NOC-.
- Claudia de Souza Tomasso, Ideraldo Luiz Beltrame , Giancarlo Lucchetti

“Comparación de conocimientos y actitudes de los profesores y estudiantes de enfermería frente a las relaciones entre espiritualidad, religión y salud”. Rev. Latino-Am. Enfermagem 19(5): [08 pantallas] sep.-oct. 2011. Se hace mención que algunos autores apuntan que la espiritualidad “es una dimensión humana en la cual existen fenómenos, como la angustia espiritual que cabe a la enfermera diagnosticar y tratar de forma autónoma”. Con relación al semestre en el cual el asunto fue abordado, se notó que cerca del 60% de los participantes declararon que nunca habían tenido ese abordaje. De cierta forma, la espiritualidad todavía es poco abordada en el currículo de formación en enfermería, así como por ejemplo la tanatología que, a pesar de su profunda importancia, todavía es poco incluida en el currículo. Esa falta de entrenamiento acaba colocando barreras en la propia asistencia de esa dimensión por el enfermero que no se juzga preparado para abordar la espiritualidad del paciente.

- Beatriz Sánchez –Herrera. Avances en enfermería V. XXVI-Nº1 .2008. “Comparación *entre el Bienestar Espiritual de Pacientes del Programa de Enfermería Cardiovascular y el de personas Aparentemente Sanas*”. La espiritualidad llega a tener importancia terapéutica en personas para mejorar su estilo de vida. Esta temática debe estudiarse de manera prioritaria para comprender mejor si ella respalda una práctica enfocada en la promoción de la salud.
- Canovas Tomás, Miguel Ángel. Universidad de Murcia. 2009. “La *relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión*”. Atendiendo a la competencia relacional en Enfermería, junto al saber teórico y práctico, se encuentra el saber ser profesional: actitudes y habilidades que se despliegan como intervención y cuidado enfermero. A partir de un marco teórico multidisciplinar (Antropología, Filosofía, Enfermería, Psicología y Pedagogía) y una metodología de corte cualitativo, se da voz a los profesionales de enfermería que trabajan diariamente con la vulnerabilidad y la fragilidad del ser humano. Las creencias, dificultades, la perspectiva de significado y las lecciones vivas de estos

profesionales, ponen de manifiesto la disonancia existente entre su formación inicial en relación de ayuda, y lo que la sociedad les demanda en la práctica. Esto nos lleva a inferir la necesidad emergente de rediseñar el curriculum formativo de estos profesionales, así como de humanizar la salud y los cuidados que prestan a la comunidad a la que sirven. La enfermedad tiene un profundo valor antropológico - filosófico, en cuanto que no es cambio meramente somático, sino que se altera globalmente al ser y su estructura externa e interna. Esto permite entender los misterios del ser humano.

- Sánchez Rubio Lorena, Fernández Olivella Madeleine. “Análisis Teórico de una Experiencia Cotidiana. Un Nuevo Abordaje en el Cuidado de Enfermería”. Biblioteca Las Casas-Fundación Index. 2004, Tolima (Colombia). Mediante el análisis de la intervención de enfermería se comprendió la importancia de la influencia de lo filosófico en el avance del conocimiento de la profesión. El compartir experiencias nos permite revalorar nuestra cotidianidad en el ejercicio profesional, al comprender que todas las intervenciones que hacemos como enfermeras deben tener un sustento científico. Esto será el punto de partida que permita propiciar el anhelado cambio en Enfermería, desde el compromiso que cada una de nosotras ha adquirido y en el cual intentará involucrar a otras compañeras y colegas. El nuevo orden social, nos induce a fortalecer estrategias que permitan establecer alianzas interinstitucionales e intersectoriales, de tal manera que se compartan experiencias y vivencias sustentadas desde el conocimiento teórico y práctico, propiciando espacios de reflexión filosófica y científica entre el equipo de salud.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

El problema se abordó mediante una investigación cuantitativa, de alcance descriptivo, no experimental. Este enfoque permite observar, describir y comprobar diferentes aspectos de una situación en un momento dado, por lo que su diseño es de carácter transversal, ya que el tiempo no es importante en relación a la forma en que se da el fenómeno en estudio. Por otra parte, puede ser el punto inicial de otros de carácter explicativo del Fenómeno en estudio.

Las variables en estudio son: cuidados espirituales y cuidados de enfermería, las que serán estudiadas en las siguientes dimensiones: cuidados propiamente espirituales y cuidados de comunicación.

Población y Muestra

Arnau (citado por Hurtado, 2000) dice que la población se refiere: "Al conjunto de elementos series o eventos, concordantes entre sí en cuanto a una serie de características, de las cuales se desea obtener una información". (Pág. 152).

Para definir la población bajo estudio de esta investigación se partió de todos los agentes de enfermería que trabajan en la sala de "Cuidados Mínimos e Intermedios del Hospital Artémides Zatti", Viedma, Río Negro, de los cuales 21 son profesionales y 5 auxiliares de enfermería.

Para este estudio se incluyó solamente a los profesionales de enfermería, porque desde su formación se supone que tienen conocimientos para abordar los cuidados planteados.

Diseño de la muestra: la muestra no se calcula debido a que se toma el total de los enfermeros/as profesionales, población en estudio. N=21, es decir el 100% de los profesionales del sector, 5 licenciados y 16 enfermeros.

Unidad de análisis: cada uno de los agentes profesionales que trabaja en el Servicio de Cuidados Mínimos e Intermedios del hospital de Viedma, provincia de Río Negro.

Criterios de inclusión: todo el personal profesional de enfermería que trabaja en el servicio de Cuidados Mínimos e Intermedios, del Hospital Artémides Zatti y que aceptó participar del estudio al conocer los objetivos del mismo y responder el cuestionario.

Criterios de exclusión: El auxiliar de enfermería, el personal profesional de enfermería del servicio mencionado que por algún motivo no se encontró trabajando al momento de recolectar los datos, por ejemplo licencias anuales reglamentarias, licencias por estudio, licencias por maternidad/paternidad, ausentismo por enfermedad o atención familiar, etc. o que no aceptó participar en el estudio.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Para realizar la formulación de las preguntas que conforman el cuestionario de la presente investigación, se tomó en cuenta que las mismas guardaran relación entre los objetivos planteados y las variables del estudio.

Carlos Sabino en su libro de "Proceso de Investigación", pág.175 dice: el cuestionario autoadministrado tiene como ventaja principal la gran economía de tiempo, poco personal, y otra ventaja es que la calidad de los datos obtenidos se incrementa pues, al desaparecer la situación de interacción, se eliminan las posibles distorsiones que la presencia del entrevistador puede traer, ya sea por la forma de hablar, de enfatizar palabras u oraciones, de dirigir inconscientemente la respuesta , ya sea por su presencia física.

Por estas ventajas se decidió utilizar la encuesta autoadministrada.

Procedimientos para la recolección de los datos

Para la aplicación del instrumento se fijó un plazo de una semana y la modalidad de recepción fue mediante una persona que en ese momento no trabaja en el servicio y que tenía acceso a los distintos horarios del personal,

en conjunto con la jefa, quien previamente fue informada para su participación. El tiempo otorgado para responder y entregar el cuestionario fue pensado en función de los horarios rotativos además para que los sujetos dispongan de un plazo suficiente para la reflexión antes de responder a las preguntas.

El formulario se entregó personalmente a través de la persona asignada en un sobre cerrado en el lugar de trabajo y se le informó a cada participante sobre el plazo para responder a la encuesta y de la persona que recepcionaría dicha encuesta.

Finalizado el período de recepción, se registró cada formulario, se corroboró su utilidad para la investigación y se numeró con el propósito de identificarlo. En **Anexo I** se presenta el instrumento.

Para conocer el grado general de cumplimiento de los cuidados relacionados con las necesidades espirituales, se aplicará la escala Lickert, según Sampieri (1998) “método que consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos”. (p.180).

La escala esta diseñada con una estructura de cinco (5) alternativas:

Para cada ítem se definió un número a modo de identificación para la construcción de la matriz general:

Cumple siempre:	5
Cumple frecuentemente:	4
Cumple ocasionalmente:	3
Cumple nunca:	2
No contesta:	1

A cada una de estas alternativas, se le asignó un valor numérico del 1 al 5 para el análisis cuantitativo de los ítems redactados, para las Positivas su puntaje será: (CS= 5), (CF=4), y las Negativas (CO=3), (CN=2), (NC=1).

Para responder a los objetivos se analizará por pregunta la frecuencia en número y porcentaje de cada grado de acuerdo.

El cuestionario interrogó acerca del cumplimiento de 9 actividades relacionadas con las necesidades espirituales y 7 actividades relacionadas con las necesidades de comunicación, un total de 16 actividades.

Para obtener información acerca del grado de cumplimiento de todos los cuidados relacionados con la espiritualidad por cada agente, se elaboró una escala de categoría de análisis, la cual se clasificó con valores del 16 al 80, se presenta a continuación:

ESCALA	CATEGORIA
80 – 65	Siempre
64 – 49	Frecuentemente
48 – 33	Ocasionalmente
32 – 16	Escasamente

Este mismo método se aplicó para conocer el grado de cumplimiento de las actividades relacionadas con las necesidades espirituales específicamente, se elaboró una escala de categoría de análisis, la cual se clasificó con valores del 9 al 45, se presenta a continuación:

ESCALA	CATEGORIA
45 – 37	Siempre
36 – 28	Frecuentemente
27 – 19	Ocasionalmente
18 – 09	Escasamente

Para conocer el grado de cumplimiento de las actividades relacionadas con las necesidades de comunicación, se elaboró una escala de categoría de análisis, la cual se clasificó con valores del 7 al 35, se presenta a continuación:

ESCALA	CATEGORIA
35 – 29	Siempre
28 – 22	Frecuentemente
21 – 15	Ocasionalmente
14 – 07	Escasamente

Estas escalas continuas permitirán decir con qué grado de acuerdo dicen actuar los enfermeros respecto a los cuidados enunciados a diferencia del análisis previo, donde se analiza el grado de acuerdo por cuidado enfermero.

Prueba preliminar del instrumento

Para demostrar la confiabilidad del presente estudio se aplicó una prueba piloto o preliminar, en un grupo de 6 personas seleccionadas al azar en el servicio de guardia y neonatología. Ello permitió determinar qué preguntas estaban mal formuladas, confusas, incomprensibles; cuyo resultado condujo a la reformulación y modificación respecto al cuestionario original.

CAPITULO IV

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se emplearon técnicas estadísticas para analizar los datos. Según Pólit en *Investigación en Ciencias de la Salud*, estas técnicas permiten reducir, resumir, organizar, evaluar, interpretar y comunicar la información numérica. En este estudio se empleó la técnica estadística descriptiva.

Para el análisis de los datos se agruparon siete preguntas que respondían a las prácticas esperadas por el profesional en su actividad diaria, o que dan respuestas a las necesidades de **Comunicación** según la clasificación de Henderson. Se formularon las siguientes preguntas, el n° que les precede corresponde al lugar que cada una ocupó en el cuestionario autoadministrado:

5. Ayuda al usuario activamente en sus propios cuidados.
6. Está dispuesto a escuchar los sentimientos del usuario.
7. Ayuda al usuario a expresar y liberar la ira de forma adecuada.
8. Amplia el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del usuario.
10. Ante situaciones de agresión o tristeza del usuario, llama al personal del servicio de salud mental.
11. Observa la conducta del usuario como: Rabia
14. Fomenta las relaciones terapéuticas con los seres queridos del usuario.

El resto de las preguntas respondían al cuidado de las **Necesidades Espirituales, específicamente:**

1. Crea un ambiente que facilite al usuario la práctica de su religión, cuando es posible.
2. Anima al usuario a participar en interacciones con miembros de la familia, amigos y demás.
3. Proporciona privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.

4. Facilita el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del usuario.
9. Utiliza técnicas para ayudar a la persona a clarificar sus creencias y valores, si procede.
12. Destaca el mantenimiento de relaciones, como mencionar los nombres de los seres queridos al usuario.
13. Ayuda al usuario /familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.
15. Asegura al usuario que el cuidador estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.
16. Anima al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espiritual.

El total de las respuestas indica las frecuencias del grado de acuerdo respecto a las actividades que brindan los profesionales del servicio de Cuidados Mínimos e Intermedios relacionados con las necesidades espirituales.

En síntesis, los datos se organizaron y fueron analizados por distribución de frecuencias en tablas para una mejor comprensión de los distintos indicadores en estudio, que reflejaron los porcentajes correspondientes junto con los respectivos gráficos para su análisis visual.

Para analizar si hay alguna relación entre el grado de acuerdo y los aspectos sociodemográficos, se relacionó la respuesta de cada ítem con los indicadores de sexo, edad y antigüedad en el servicio.

Para la realización del análisis de los datos se compararon los resultados obtenidos con los objetivos planteados al inicio de la investigación mediante un análisis descriptivo.

RESULTADOS y DISCUSIÓN

Para el análisis de los datos recogidos con el instrumento utilizado (ver Anexo), se utilizaron gráficos de barras y gráficos circulares en sectores para significar la frecuencia y/o el porcentaje del grado de acuerdo de los agentes que comprendieron la muestra = 20 agentes (el n° 21 quedó excluido por encontrarse de licencia el día que se entregó el cuestionario autoadministrado).

Se describe a continuación el perfil de las características Sociodemográficas de la población en cuestión.

Como se observa en la Fig. 1, la mayoría de la población en estudio se encuentra en el rango de 39 a 46 años, 7 profesionales que representan el 35% de la totalidad de la población encuestada. La edad promedio 43,4.

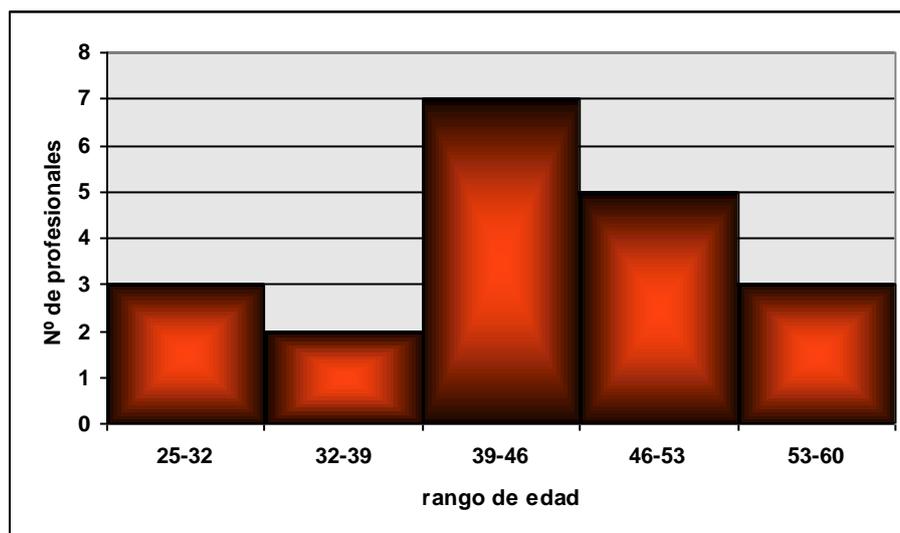


Fig. 1: Distribución de la población según las edades (años) de los encuestados

En la Fig. 2 se muestra como se distribuye la antigüedad en el cargo siendo el rango comprendido entre 8 y 14 años el que arroja la mayor frecuencia (6 agentes)

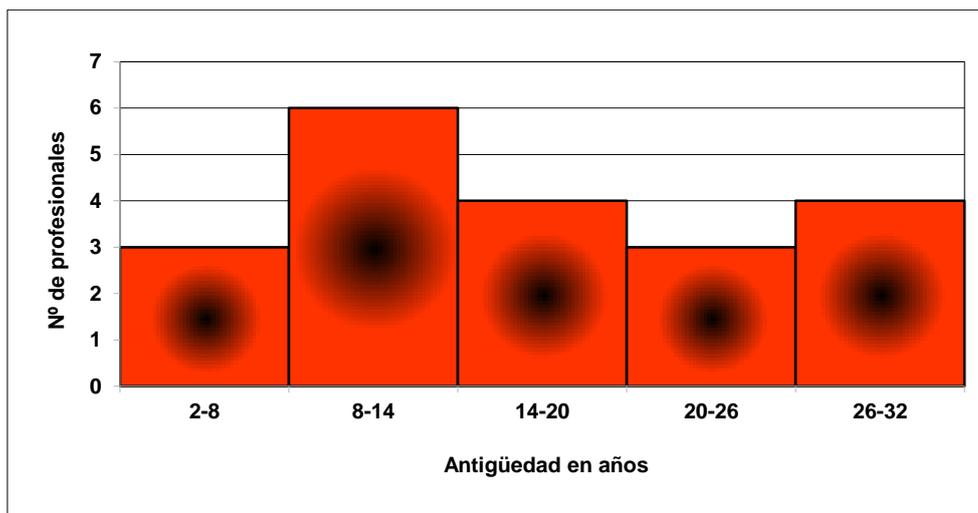


Fig. 2: Distribución de la muestra según la antigüedad

Respecto al sexo el 75 % de los profesionales entrevistados corresponden al sexo femenino, lo que es la composición habitual de los equipos de enfermería. En cuanto a la formación, el 75 % son enfermeros y el 25% licenciados. Considerando el cuidado de las necesidades espirituales, no se esperan mayores competencias del licenciado.

Todos los datos son tomados de la única fuente: cuestionario autoadministrado dirigido a los profesionales de enfermería del servicio de Cuidados Mínimos e Intermedios del Hospital Artémides Zatti, Viedma (R. N), durante los meses agosto-octubre de 2012.

Respecto a las cuestiones planteadas en el Instrumento, se describe a continuación el análisis realizado de la frecuencia con la que respondieron los actores involucrados en la encuesta, todos ellos realizados en gráficos de torta donde cada sector representa un valor de la escala de Lickert.

La escala diseñada tiene una estructura de cinco alternativas:

- “siempre”
- “frecuentemente”
- “ocasionalmente”
- “nunca”
- “No Contesta”

Para el análisis de los datos se agruparon siete preguntas que respondían a las prácticas esperadas por el profesional en su actividad diaria, o que dan respuestas a las necesidades de comunicación según la clasificación de Henderson, y nueve que responden a las Necesidades Espirituales, específicamente.

A continuación se presentan la representación y el análisis referido a las Necesidades Espirituales-

1. Crea un ambiente que facilite al usuario la práctica de su religión, cuando es posible.

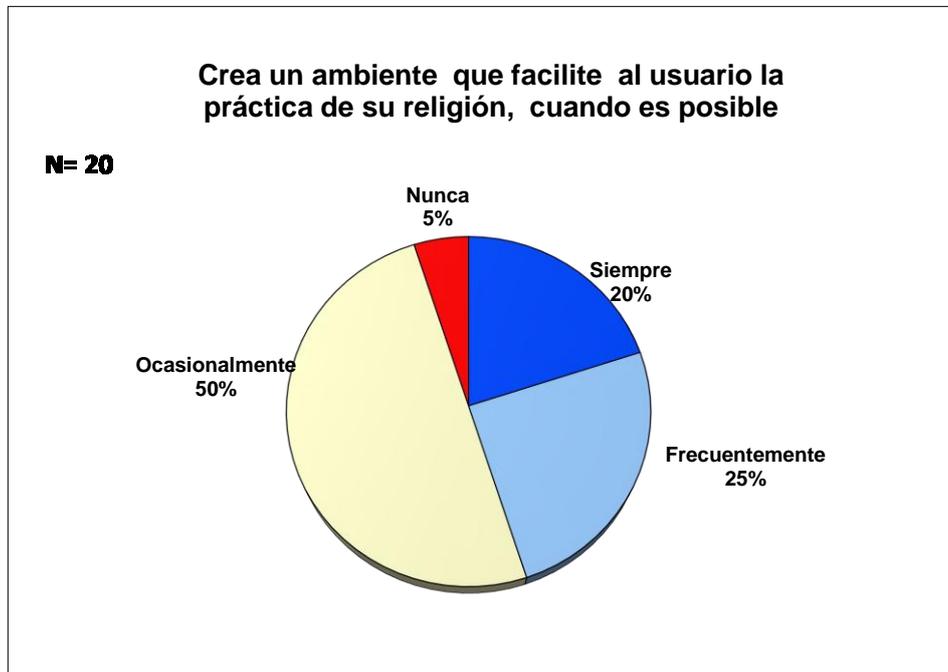


Fig. 3: Porcentaje de profesionales que facilitan un ambiente adecuado para la práctica de la religión del usuario

En la Fig. 1: se observa la respuesta referida a si el enfermero/licenciado, facilita el ambiente para la práctica de su religión. El 50 % dice hacerlo "ocasionalmente", un 20% "siempre", el 25 % "frecuentemente" y el 5% "nunca".

2. Anima al usuario a participar en interacciones con miembros de la familia, amigos y demás.

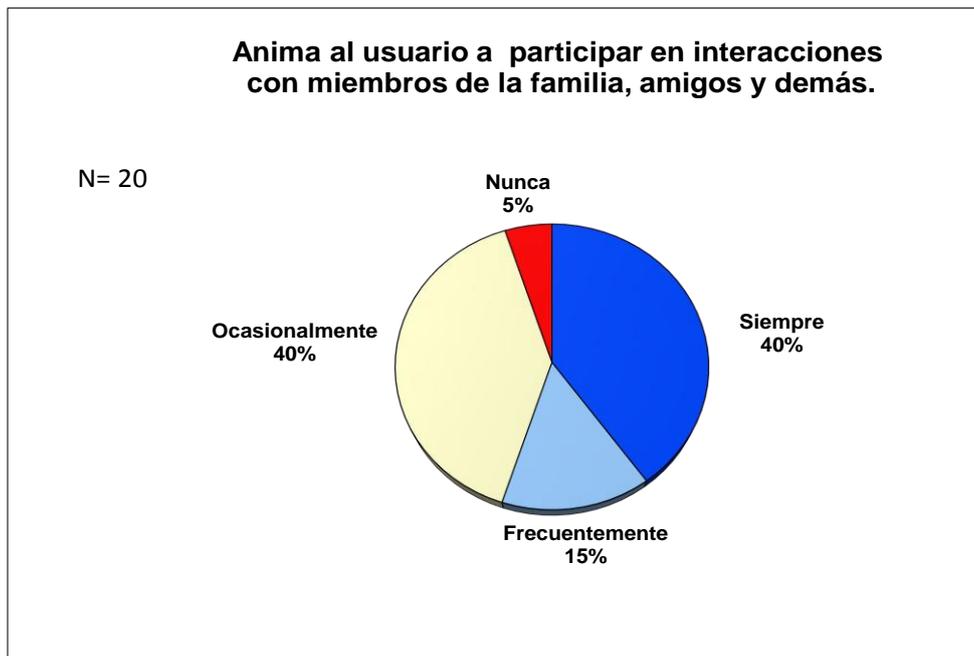


Fig N° 4: Porcentaje de profesionales que animan al usuario en sus relaciones interpersonales

Para el ítem 2º, se observa en la Fig. N° 4 que el 55% cumplen entre “siempre” y “frecuentemente” con este cuidado.

3. Proporciona privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.

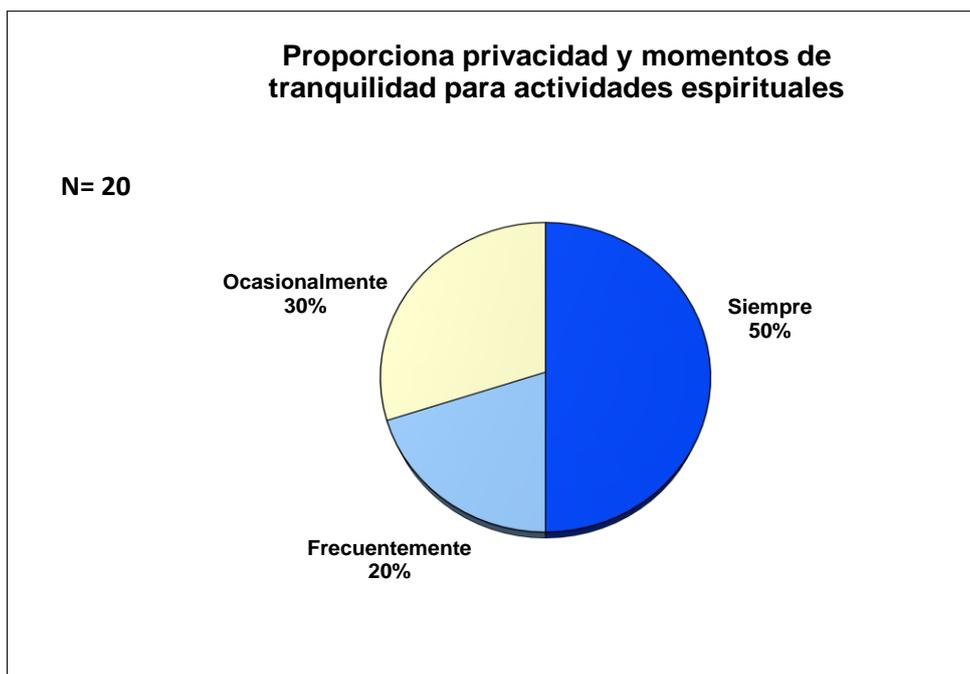


Fig. 5: Porcentaje de profesionales que favorecen actividades espirituales

Para el ítem 3º, se observa en la Fig. N° 5 que el 50% responde “siempre” y el 20% “frecuentemente”, lo que representa el 70% de la población ejerciendo esta actividad asiduamente.

4. Facilita el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del usuario.

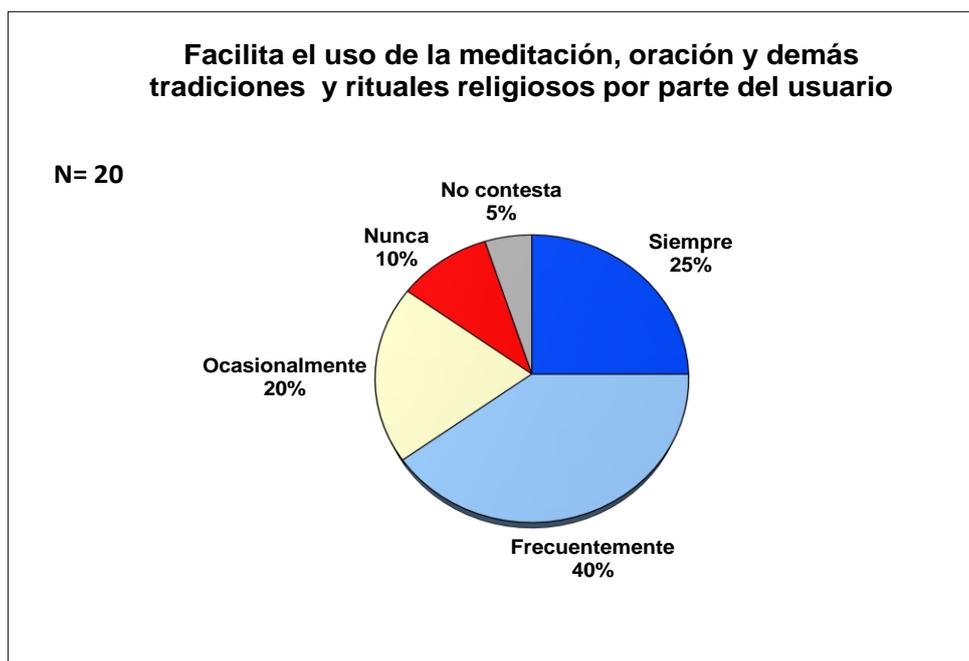


Fig. N° 6: Porcentaje de profesionales que facilitan las prácticas religiosas

Para el ítem 4º, se observa en la Fig. N° 6 que el 25% responde “siempre”, el 40% “frecuentemente”; el 20% “ocasionalmente”; el 10% “nunca” y el 5% “no contesta”. El 65% de los agentes dice adherir a esta actividad.

9. Utiliza técnicas para ayudar a la persona a clarificar sus creencias y valores, si procede.

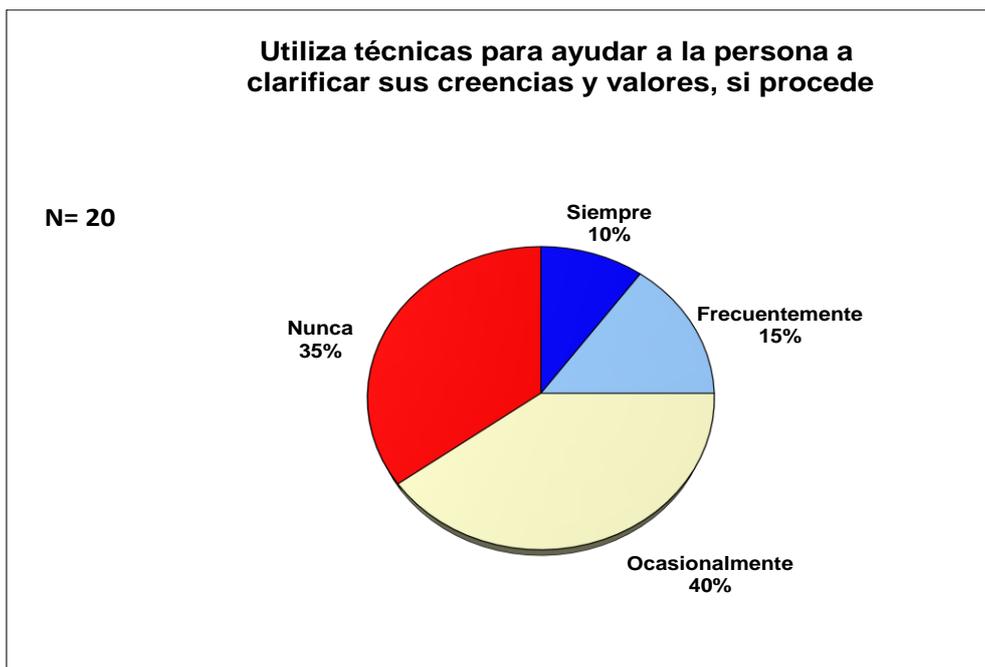


Fig. 7: Porcentaje de profesionales que utilizan técnicas con los usuarios para que puedan clarificar sus creencias y valores

Para el ítem 9º, se observa en la Fig. N° 7 que el 40% responde “ocasionalmente” y el 35% “nunca”. Ello implica que el 75% del personal de enfermería no incorpora esta práctica en sus cuidados cotidianos.

12. Destaca el mantenimiento de relaciones, como mencionar los nombres de los seres queridos al usuario.

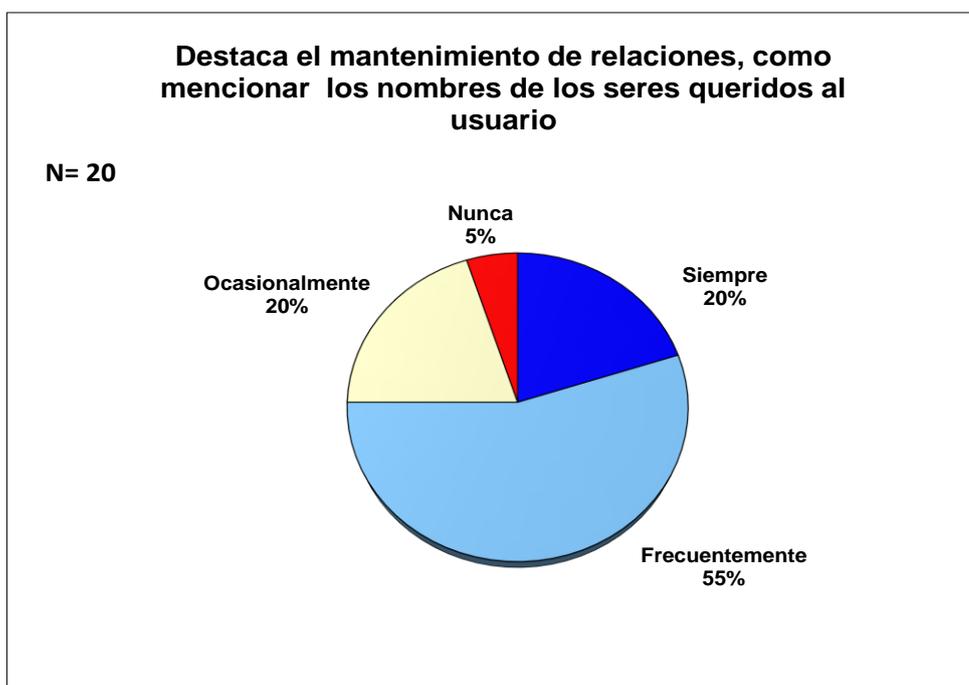


Fig. 8: Porcentaje de profesionales que colabora en el mantenimiento de las relaciones del usuario

Para el ítem 12º, se observa en la Fig. N° 8 que el 75% responde entre “siempre” (20%) y “frecuentemente” (55%); este enunciado responde a un principio del cuidado enfermero.

13. Ayuda al usuario /familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.

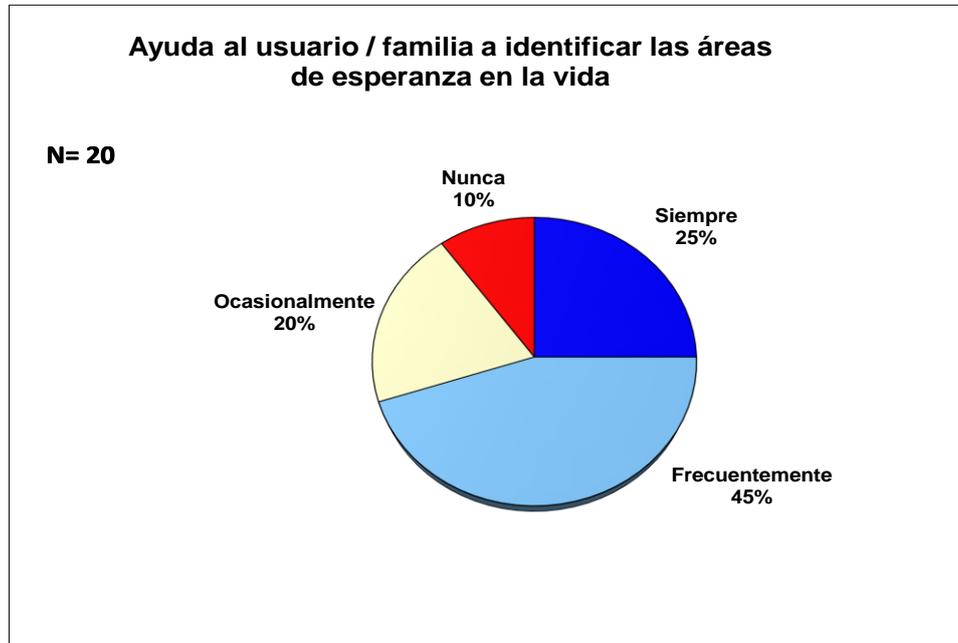


Fig. 9: Porcentaje de profesionales que colabora con el usuario y familia para encontrar esperanza

Para el ítem 13º, en la Fig. N° 9 se evidencia que un 45% responde “frecuentemente” y el 25% “siempre”. Ello implica que el 70% del personal de enfermería incorpora esta práctica en sus cuidados cotidianos.

15. Asegura al usuario que el cuidador estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.

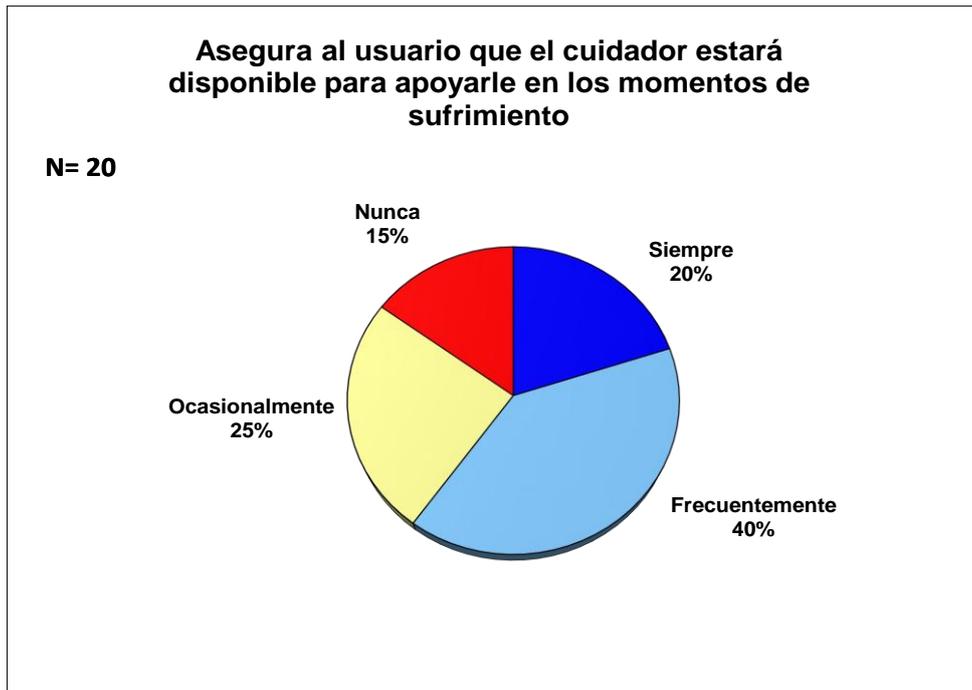


Fig. 10: Porcentaje de profesionales que compromete su permanencia en el momento de sufrimiento

Para el ítem 15º, en la Fig. N° 10, se observa que el 20% cumple “siempre” y “frecuentemente” el 40 %, implica que un 60% cumple con este cuidado.

16. Anima al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espiritual.



Fig. 11: Porcentaje de profesionales que animan al usuario en cuestiones espirituales

Para el ítem 16º, la Fig. N° 11 muestra que el 45% cumple “ocasionalmente” y “nunca” el 25 %, se interpreta que un 70% no cumple con esta intervención.

Con respecto a las Necesidades de Comunicación, se muestra a continuación la representación y análisis de los ítems que componen este “cuidado”.

5. Ayuda al usuario activamente en sus propios cuidados.

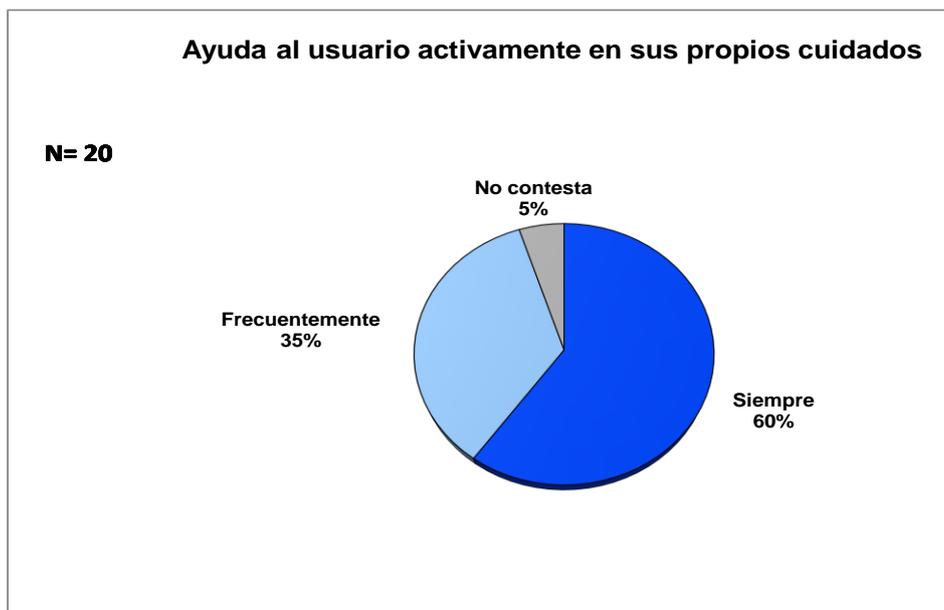


Fig. 12: Porcentaje de profesionales que colabora en los cuidados generales del usuario

Para el ítem 5º, se observa en la Fig. N° 12, que el 60% cumple “siempre” y “frecuentemente” el 35 %. Se evidencia que un 95 % cumple con este cuidado, siendo el mismo propio de la profesión.

6. Está dispuesto a escuchar los sentimientos del usuario.

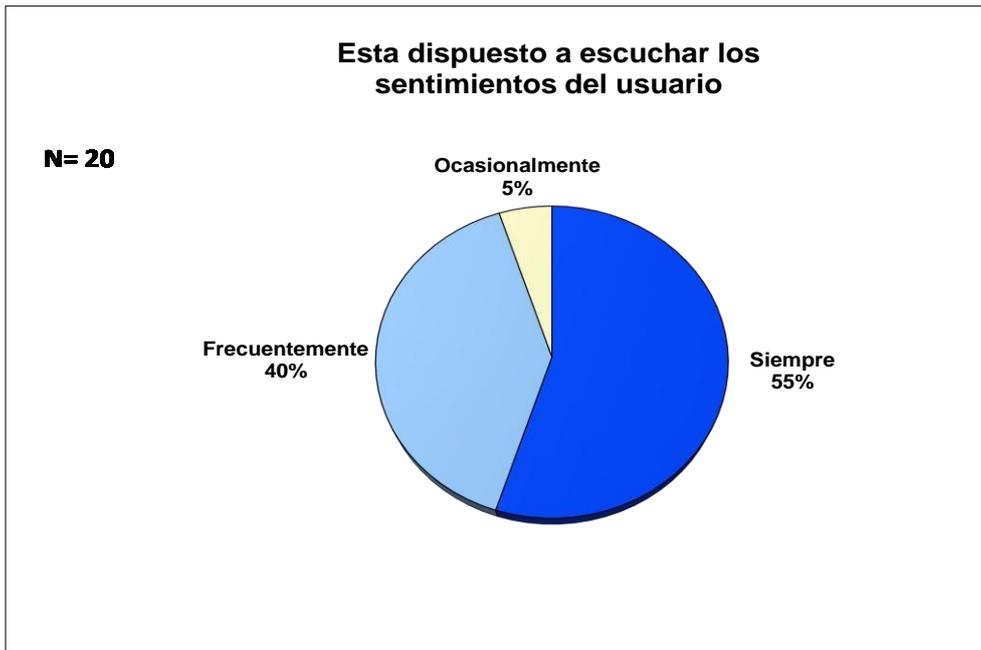


Fig. 13: Porcentaje de profesionales que escucha los sentimientos dle usuario

Para el ítem 6º, se observa en la Fig. N° 13, que el 55 % cumple “siempre” y “frecuentemente” el 40 %, muestra que un 95% cumple con esta intervención.

7. Ayuda al usuario a expresar y liberar la ira de forma adecuada.

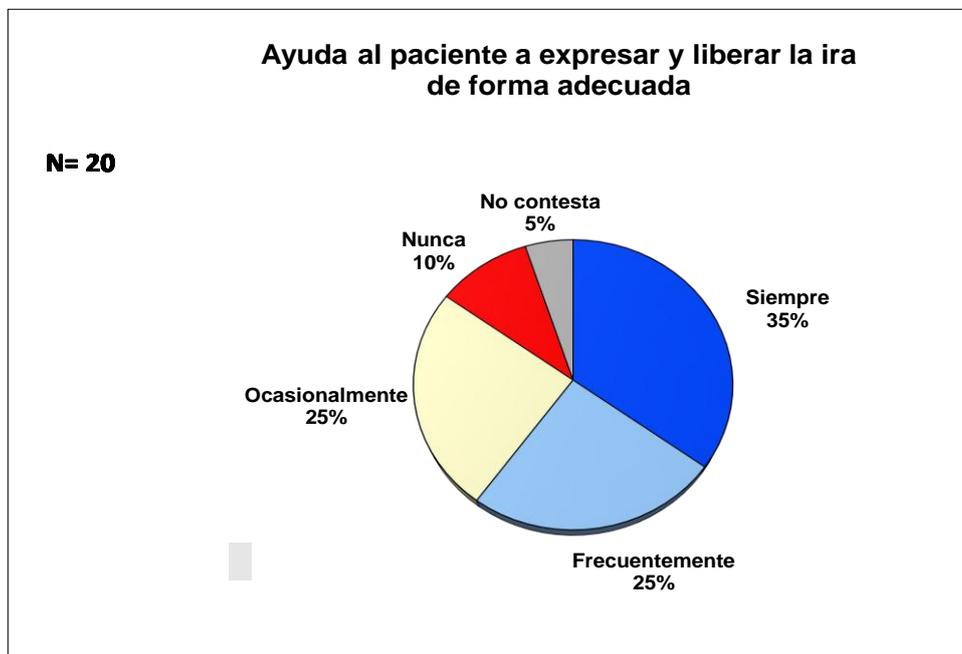


Fig. 14: Porcentaje de profesionales que ayudan al usuario a expresar la ira

Para el ítem 7º, se observa en la Fig. N° 14, que el 35% cumple “siempre” y “frecuentemente” el 25 %; es decir, un 60% de los profesionales cumple con este cuidado.

7. Amplia el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del usuario.

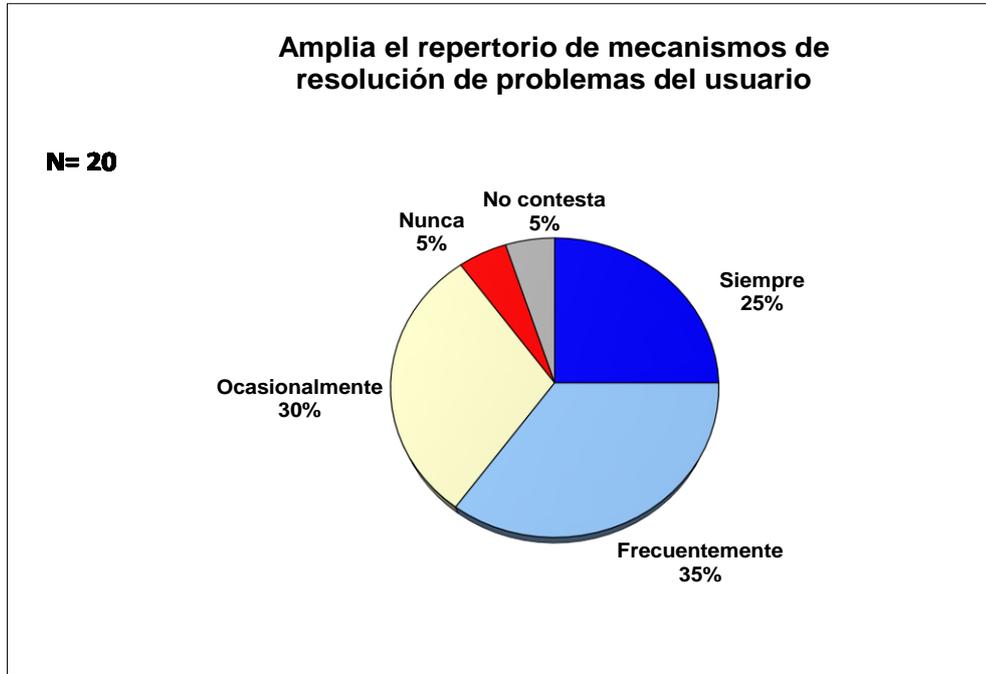


Fig. 15: Porcentaje de profesionales que amplía el repertorio de resolución de problemas

Para el ítem 8º, se observa en la Fig. Nº 15, que el 25% cumple “siempre” y “frecuentemente” el 35 % , implica que un 60% cumple con este cuidado, se esperaría mayor porcentaje de cumplimiento ya que en la formación se cuenta con herramientas para tal resolución.

10. Ante situaciones de agresión o tristeza del usuario, llama al personal del servicio de salud mental.

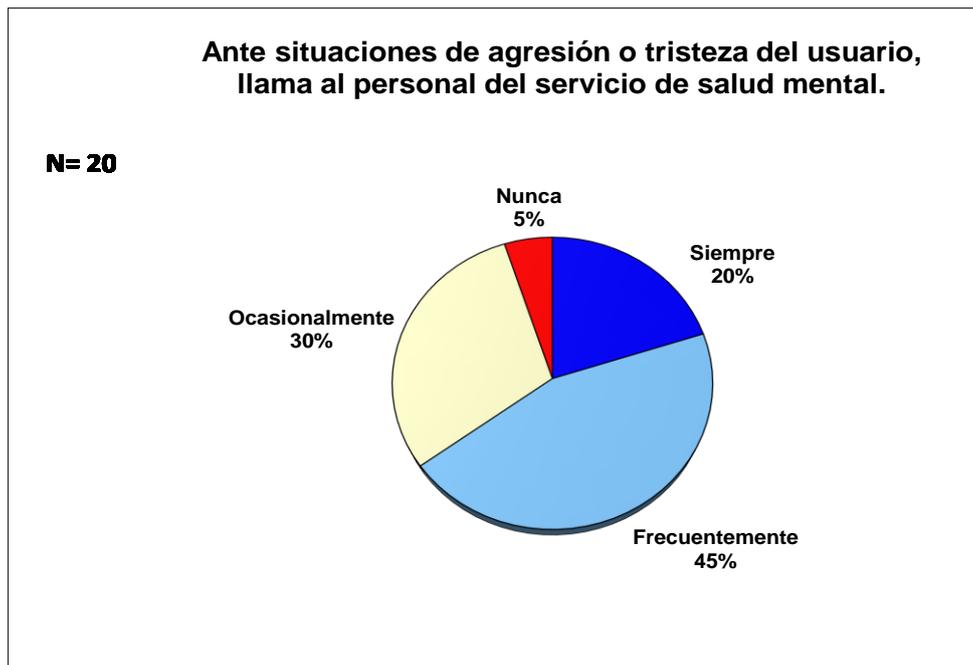


Fig. 16: Porcentaje de profesionales que llaman al personal de salud mental en caso de agresión o tristeza.

Para el ítem 10º, se observa en la Fig. N° 16, que el 20% cumple “siempre” y “frecuentemente” el 45 %, implica que un 65% cumple con esta solicitud.

11. Observa la conducta del usuario como: Rabia.

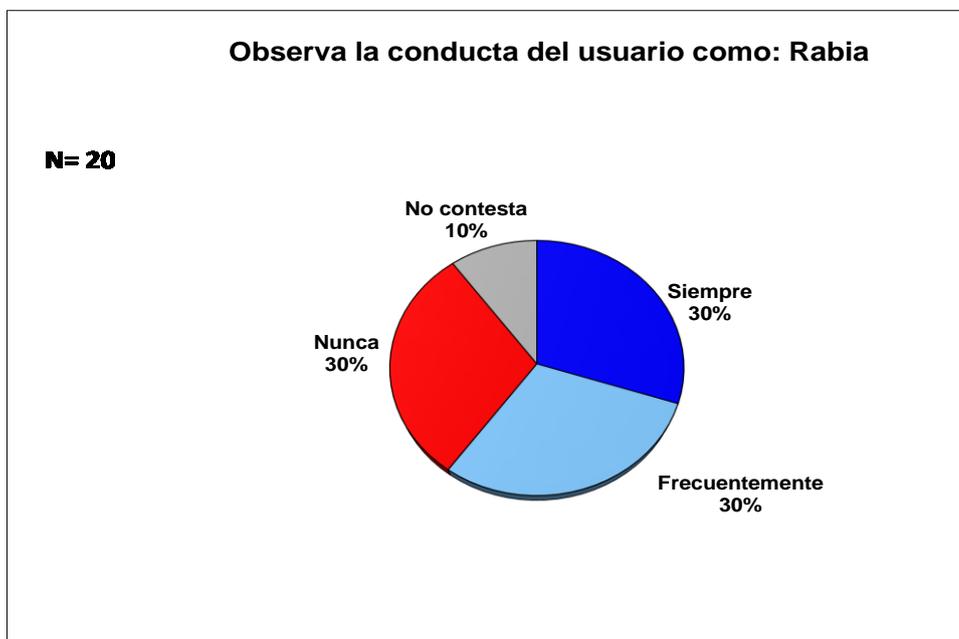


Fig. 17: Porcentaje de profesionales que observan la conducta del usuario como: rabia

Para el ítem 11º, se observa en la Fig. N° 17, que el 30% cumple “siempre” y “frecuentemente” el 30 %, un total de 60% observan la conducta del usuario.

14. Fomenta las relaciones terapéuticas con los seres queridos del usuario.

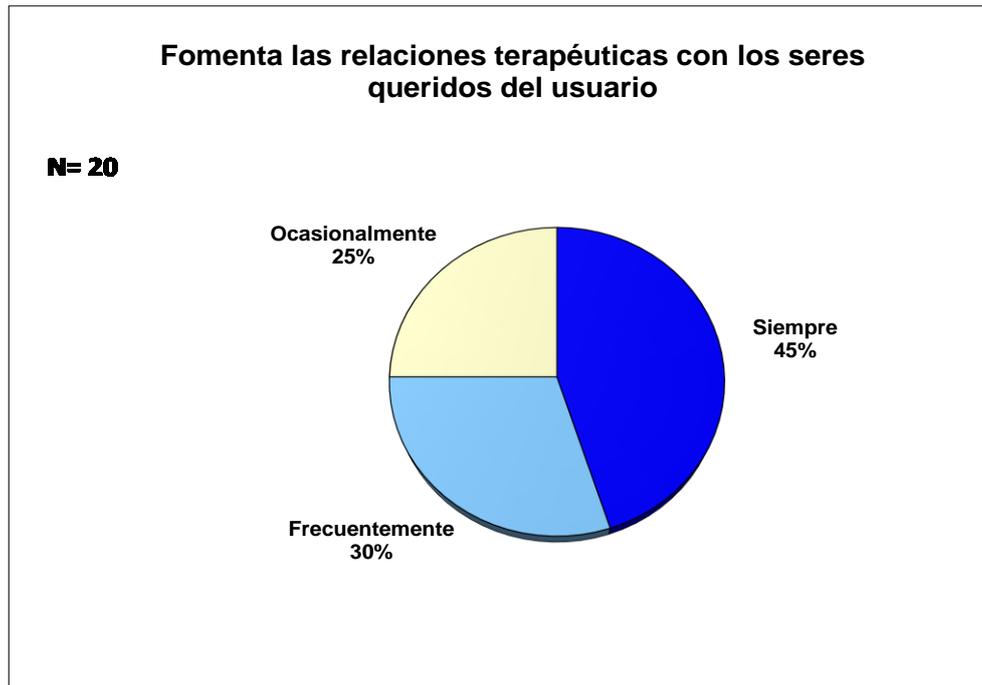


Fig. 18: Porcentaje de profesionales que fomentan las relaciones terapéuticas con los seres queridos del usuario.

Para el ítem 14º, se observa en la Fig. Nº 18 que el 30% cumple “frecuentemente” y el 45% “siempre”, esto muestra que un 75 % cumple con esta intervención.

Para conocer el grado general de acuerdo con los cuidados relacionados con las Necesidades Espirituales específicamente, se adjudicó una escala numérica a la escala de Lickert y se sumaron los puntos obtenidos por cada profesional en todos los ítems. A cada una de estas alternativas se les asignó un valor numérico del 1 al 5 para el análisis cuantitativo de los ítems redactados, para las Positivas su puntaje será: (CS= 5), (CF=4), y las Negativas (CO=3), (CN=2), (NC=1).

Para cada ítem se definió un puntaje:

Cumple siempre:	5 puntos
Cumple frecuentemente:	4 puntos
Cumple ocasionalmente:	3 puntos
Cumple nunca:	2 puntos
No contesta:	1 punto

Al sumar estos puntos se obtuvo un rango de puntajes según el grupo de preguntas analizado. El cuestionario interrogó acerca del cumplimiento de 9 actividades relacionadas con las necesidades espirituales y 7 actividades relacionadas con las Necesidades de Comunicación, un total de 16 actividades.

Para el total de actividades se estableció una escala de:

80 – 65	Siempre
64 – 49	Frecuentemente
48 – 33	Ocasionalmente
32 – 16	Nunca

Para conocer el grado de acuerdo de las actividades relacionadas con las Necesidades de Afecto y Pertenencia, resultó una escala de:

35 – 29	Siempre
28 – 22	Frecuentemente
21 – 15	Ocasionalmente
14 – 07	Nunca

Para conocer el grado de acuerdo de las actividades relacionadas con las Necesidades Espirituales resultó una escala de:

45 – 37	Siempre
36 – 28	Frecuentemente
27 – 19	Ocasionalmente
18 – 09	Nunca



Fig. 19: Porcentaje de profesionales que brindan cuidados referidos a las Necesidades Espirituales y de afecto y pertenencia.

Analizando el acuerdo general de las actividades encuestadas se destaca que el 25 % (5 agentes) dice realizar actividades relacionadas con las Necesidades de Comunicación y Espirituales “Siempre” y el 75 % “Frecuentemente”.



Fig. 20: Porcentaje de profesionales que acuerdan con los cuidados de Comunicación

Para el grado de acuerdo respecto a las actividades de comunicación resulta que el 45 % (9 agentes) cumplen “Siempre” y el 55% (11 agentes) “Frecuentemente”; ubicándose en la categoría de Positivo. Para estas actividades se registra un gran aumento en la proporción de los agentes que

dicen “Siempre” comparándolo que la figura de las necesidades totales interrogadas.



Fig. 21: Porcentaje de profesionales que acuerdan con los cuidados de Necesidades espirituales.

El grado de acuerdo con las actividades relacionadas con las Necesidades Espirituales es el que mayor rango de opciones registra, el 15 % (3 agentes) dice cumplir “Siempre”, el 65% (13 agentes) dice cumplir “Frecuentemente”, siendo el 80 % Positivo y en las categoría de Negativo, el 20% (4 agentes) dice cumplir “Ocasionalmente”.

Esta mirada confirma que el personal de enfermería dice cumplir en general con las Necesidades Espirituales. Pero al indagar más profundamente se registra que el trabajo relacionado específicamente con éstas necesidades es el que menos grado de acuerdo obtuvo de los profesionales.

Grado de acuerdo de los profesionales categorizado por el sexo. Los ítems relacionados con las Necesidades Espirituales, en el cuestionario aplicado, son los siguientes:

Ítem 1. Crea un ambiente que facilite al usuario la práctica de su religión, cuando es posible.

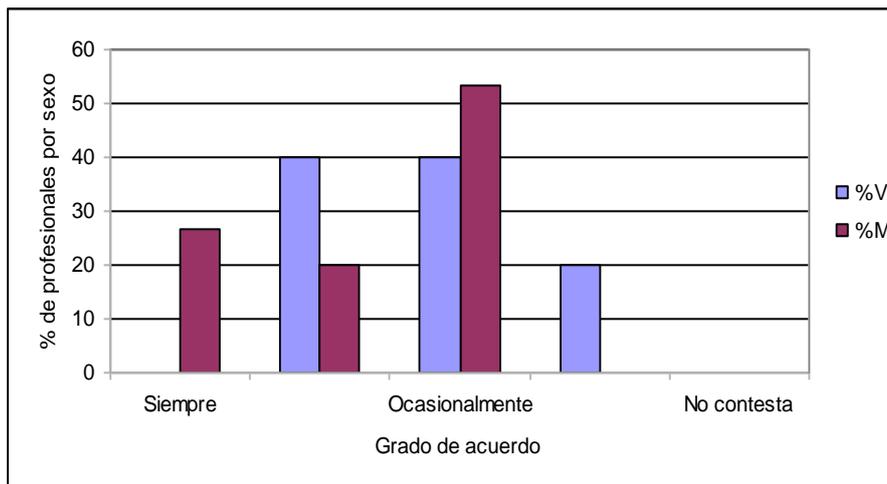


Fig. 22: Grado de acuerdo de los profesionales categorizado por el sexo, respecto al 1° ítem del cuestionario autoadministrado.

Como se observa en la Fig. 22, el 40% de los varones realizan esta práctica “frecuentemente” y otro 40% “ocasionalmente”. El 27% de las mujeres “siempre” realiza esta práctica..

Ítem 2: Anima al usuario a participar en interacciones con miembros de la familia, amigos y demás.

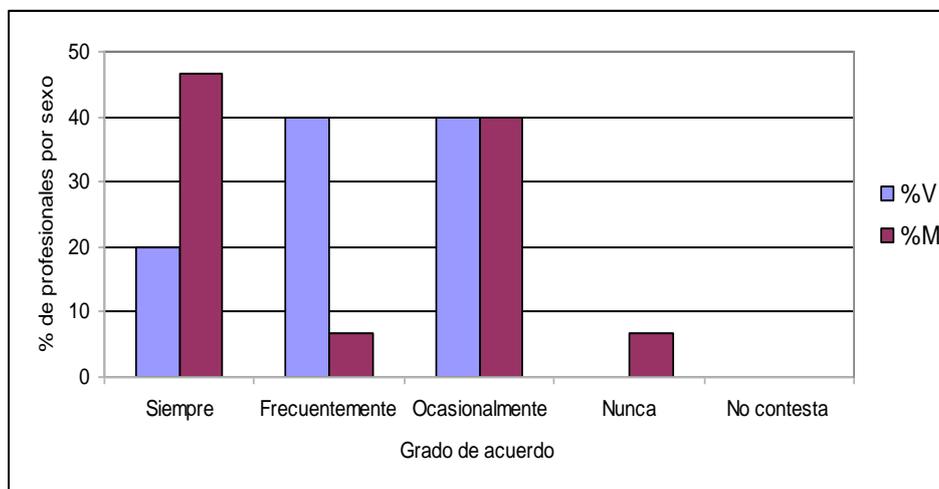


Fig.23: Grado de acuerdo de los profesionales categorizado por el sexo, respecto al 2° ítem del cuestionario autoadministrado.

Relacionado a esta actividad se evidencia un porcentaje mayor en el rango de las mujeres.

Ítem 3: Proporciona privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.

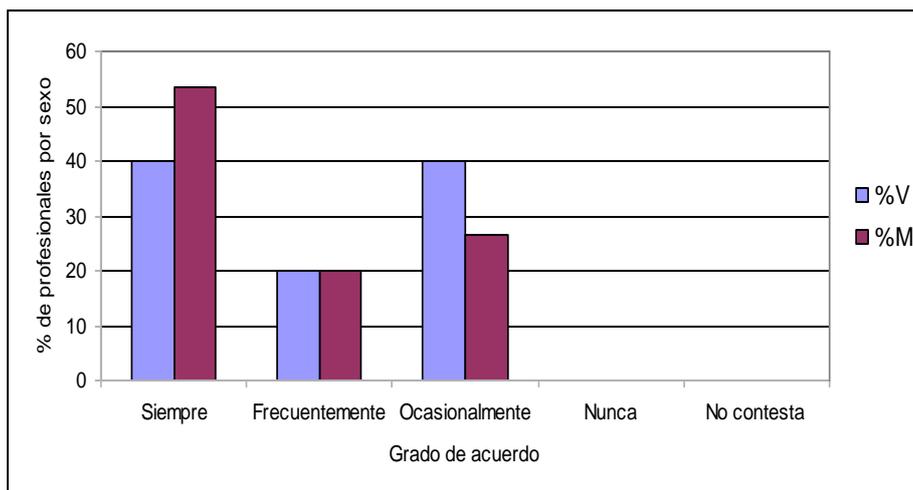


Fig. 24: Grado de acuerdo de los profesionales categorizado por el sexo, respecto al 3° ítem del cuestionario autoadministrado.

Más del 50% de los profesionales de sexo femenino responden, "siempre", y el 40% de sexo masculino, ambos cumplen con esta actividad.

Ítem 4: Facilita el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del usuario.

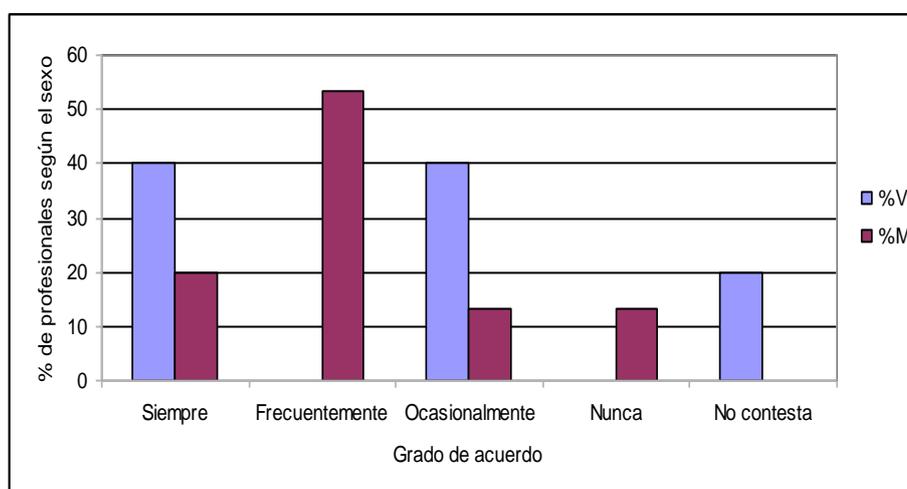


Fig. 25: Grado de acuerdo de los profesionales categorizado por el sexo, respecto al 4 ítem del cuestionario autoadministrado.

Más del 70% de las mujeres responden "siempre" o "frecuentemente", en tanto que un 40% del personal masculino responde "siempre", otro 40% "ocasionalmente" y un 20% "no contesta".

Ítem 9: Utiliza técnicas para ayudar a la persona a clarificar sus creencias y valores, si procede.

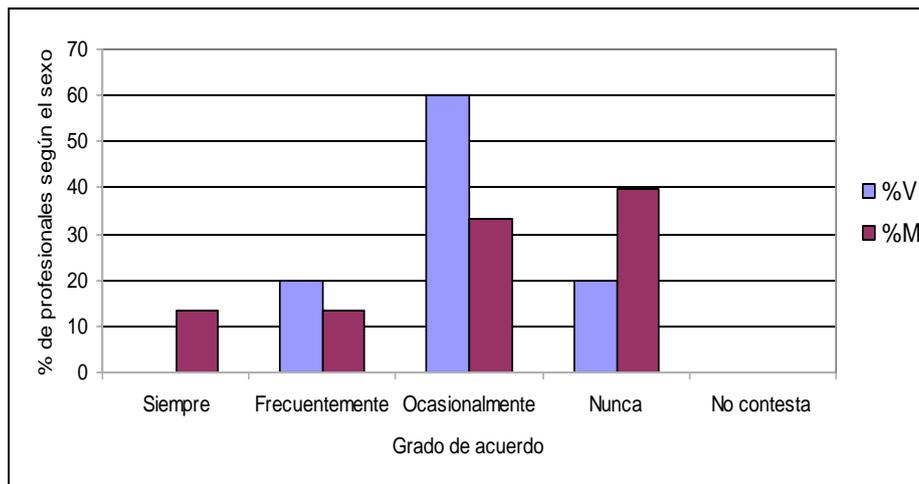


Fig. 26: Grado de acuerdo de los profesionales categorizado por el sexo, respecto al 9° ítem del cuestionario autoadministrado-

No se observan variaciones en cuanto al sexo en esta respuesta, 26% (13 % “siempre” y 13% “frecuentemente”) de mujeres adhieren con esta práctica y un 20 % de varones.

Ítem 12: Destaca el mantenimiento de relaciones, como mencionar los nombres de los seres queridos al usuario.

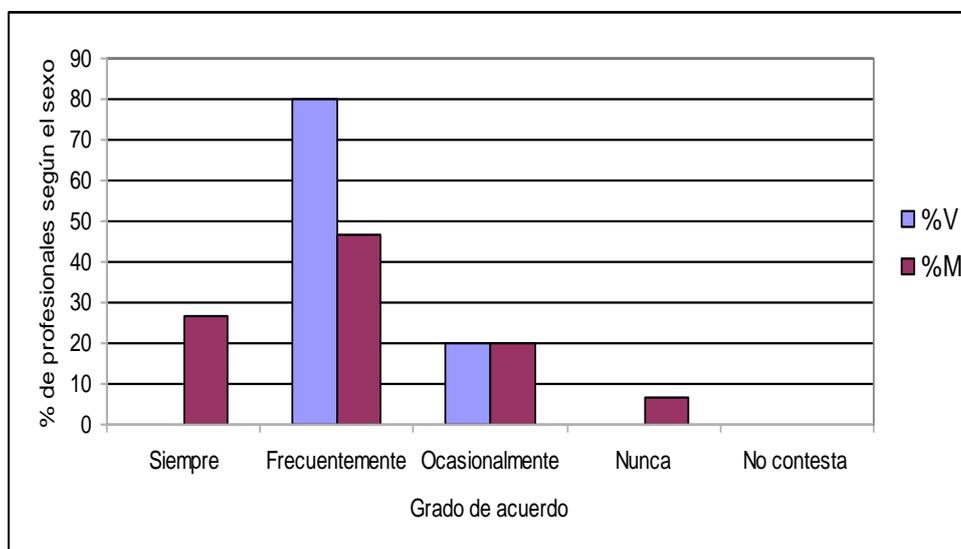


Fig. 27: Grado de acuerdo de los profesionales categorizado por el sexo, respecto al 12° ítem del cuestionario autoadministrado.

El mayor porcentaje de realización de esta actividad, “frecuentemente”, es por el profesional de sexo masculino.

Ítem 13: Ayuda al usuario /familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.

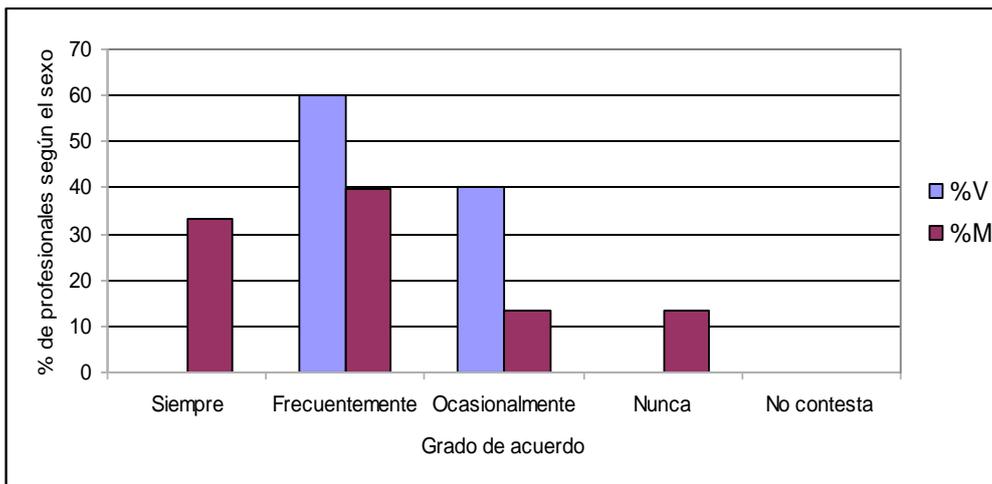
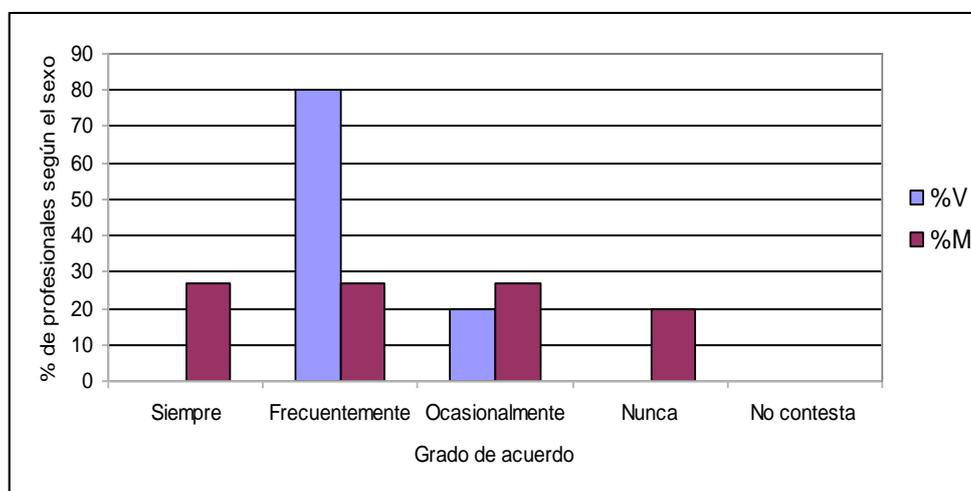


Fig. 28: Grado de acuerdo de los profesionales categorizado por el sexo, respecto al 13° ítem del cuestionario autoadministrado.

El 70 % de los profesionales de sexo femenino son los que realizan “siempre” y “frecuentemente”, esta actividad. El 60% de los varones lo hace “frecuentemente” y un 13 % de mujeres “nunca”.

Ítem 15: Asegura al usuario que el cuidador estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.



.Fig. 29: Grado de acuerdo de los profesionales categorizado por el sexo, respecto al 15° ítem del cuestionario autoadministrado.

Los profesionales de sexo masculino son los que más “frecuentemente” responden a ésta actividad (el 80%); un 54 % de mujeres adhiere a la misma.

Ítem 16: Anima al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espiritual.

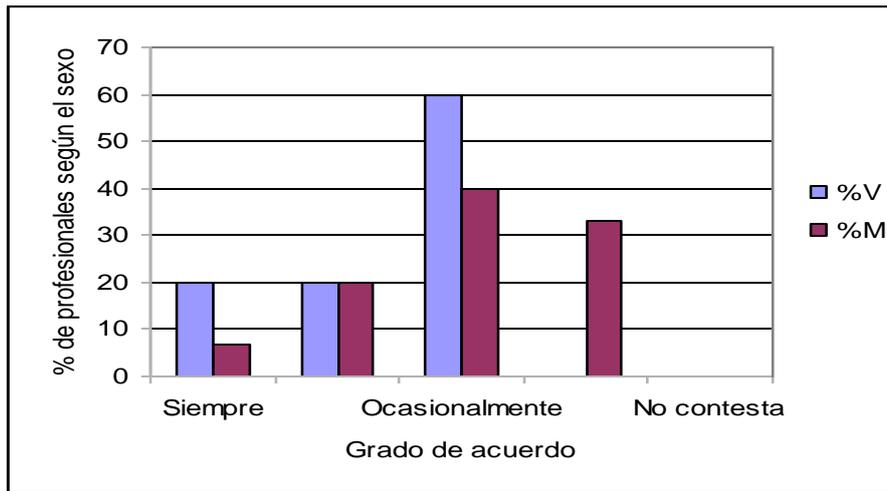


Fig. 30: Grado de acuerdo de los profesionales categorizado por el sexo, respecto al 15° ítem del cuestionario autoadministrado-

El 27 % de las mujeres adhiere “siempre” o “frecuentemente” a esta práctica contra un 40 % de los varones. El 33 % de las mujeres se abstuvo de responder.

Resultados correspondientes a las cuestiones que responden a las Necesidades de Comunicación.

Item 5: Ayuda al usuario activamente en sus propios cuidados.

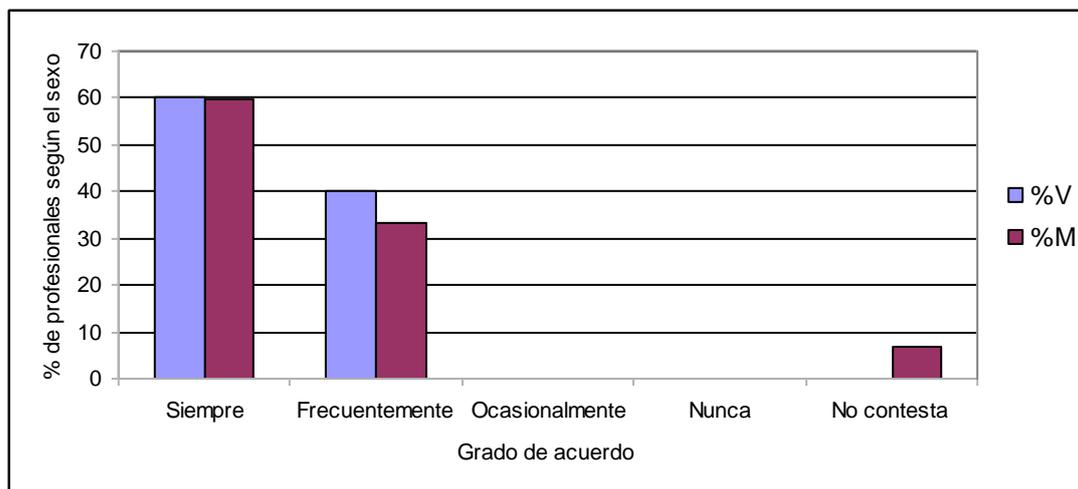


Fig. 31: Grado de acuerdo de los profesionales categorizado por el sexo, respecto al 5° ítem del cuestionario autoadministrado.

En cuanto a esta actividad no se observan discrepancias respecto al sexo.

Item 6: Esta dispuesto a escuchar los sentimientos del usuario.

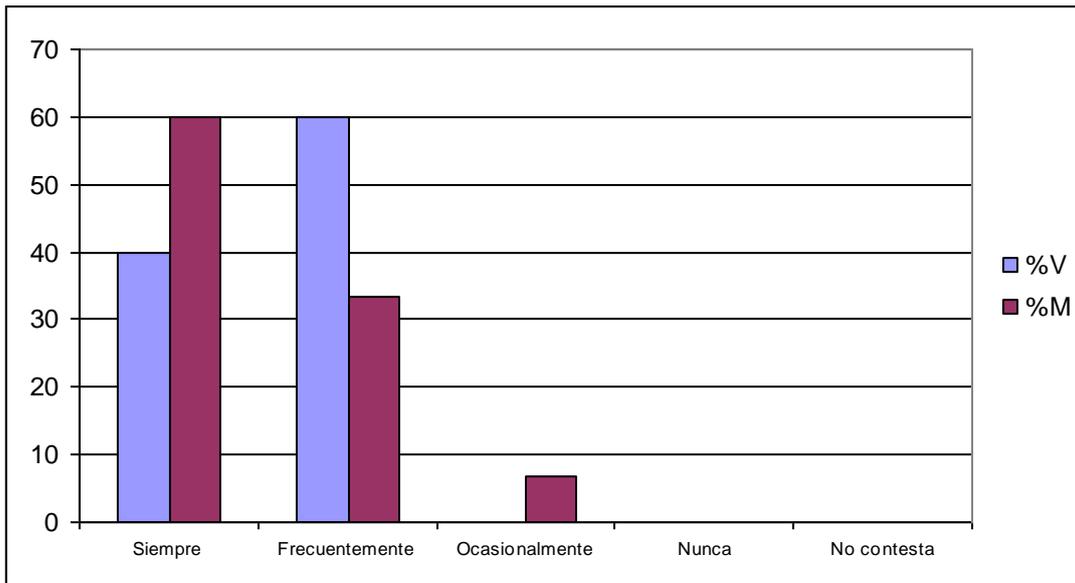


Fig. 32: Grado de acuerdo de los profesionales categorizado por el sexo, respecto al 6° ítem del cuestionario autoadministrado.

Relacionado a esta actividad no se evidencian variaciones respecto al sexo.

Item 7: Ayuda al usuario a expresar y liberar la ira de forma adecuada.

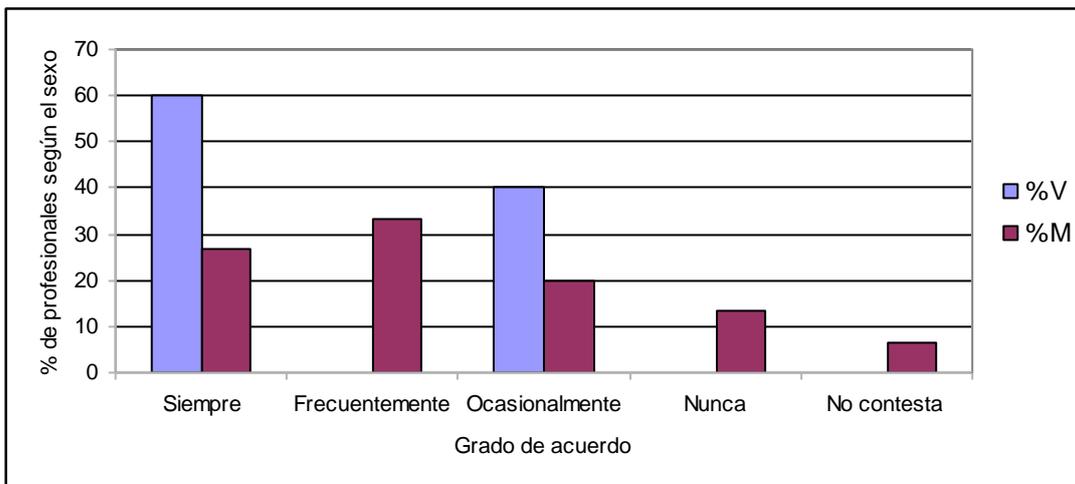


Fig. 33: Grado de acuerdo de los profesionales categorizado por el sexo, respecto al 7° ítem del cuestionario autoadministrado.

El 60 % de los varones acuerda “siempre” para esta actividad, y las mujeres adhieren “siempre” o “frecuentemente” en un 60 %.

Ítem 8: Amplia el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del usuario.

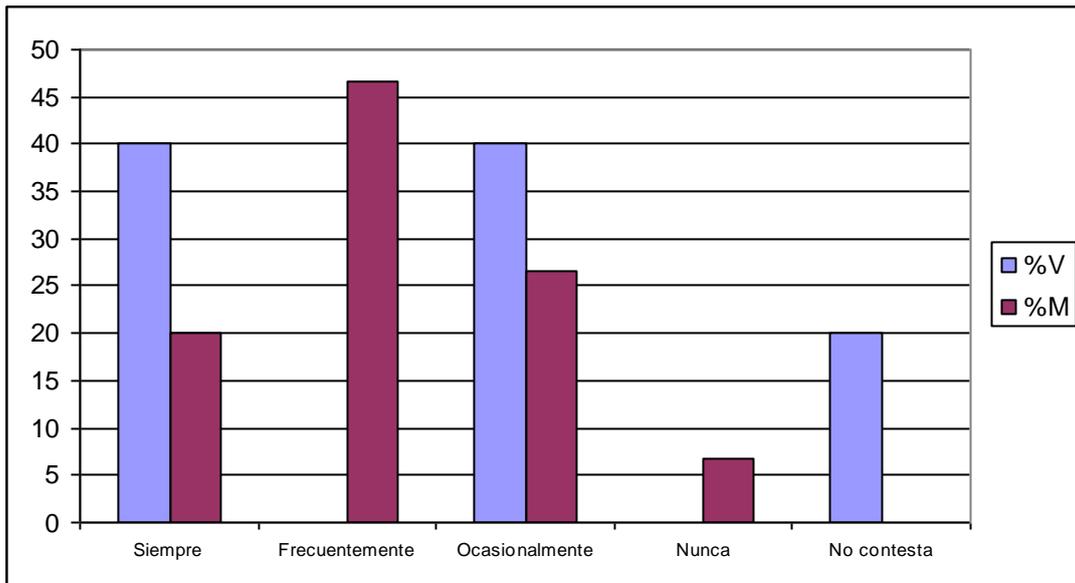


Fig. 34: Grado de acuerdo de los profesionales categorizado por el sexo, respecto al 8° ítem del cuestionario autoadministrado.

El 67 % de las mujeres adhiere “siempre” o “frecuentemente” a esta actividad y el 40 % de los varones “siempre”

Item10: Ante situaciones de agresión o tristeza del usuario, llama al personal del servicio de salud mental.

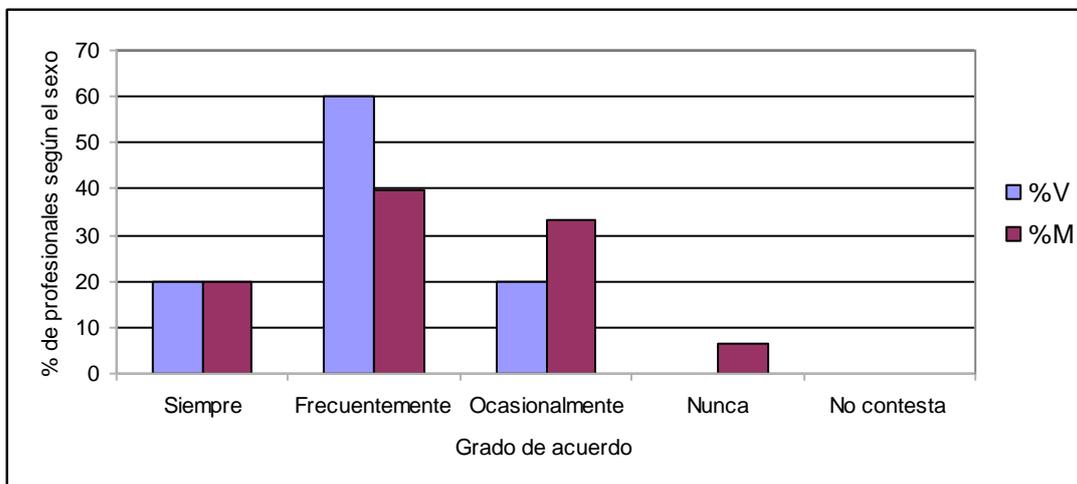


Fig. 35: Grado de acuerdo de los profesionales categorizado por el sexo, respecto al 10° ítem del cuestionario autoadministrado.

En esta actividad el mayor porcentaje, 60 %, “Frecuentemente”, corresponde al profesional de sexo masculino.

Ítem 11: Observa la conducta del usuario como: Rabia

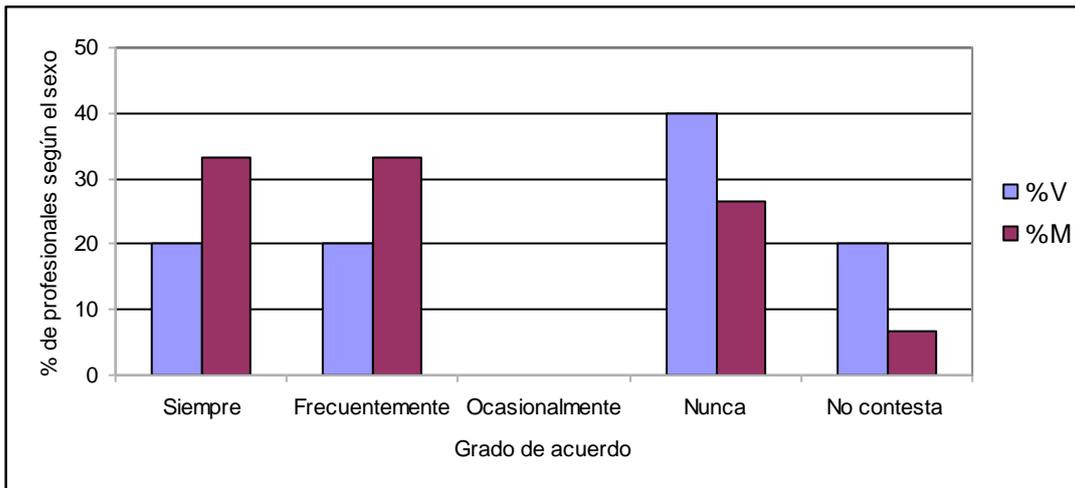


Fig. 36: Grado de acuerdo de los profesionales categorizado por el sexo, respecto al 11° ítem del cuestionario autoadministrado.

Esta actividad es observada por el 66 % de las mujeres y por el 40 % de los varones, evidenciando también que otro 40 % de ellos nunca está atento y un 20 % no responde.

Item 14: Fomenta las relaciones terapéuticas con los seres queridos del usuario.

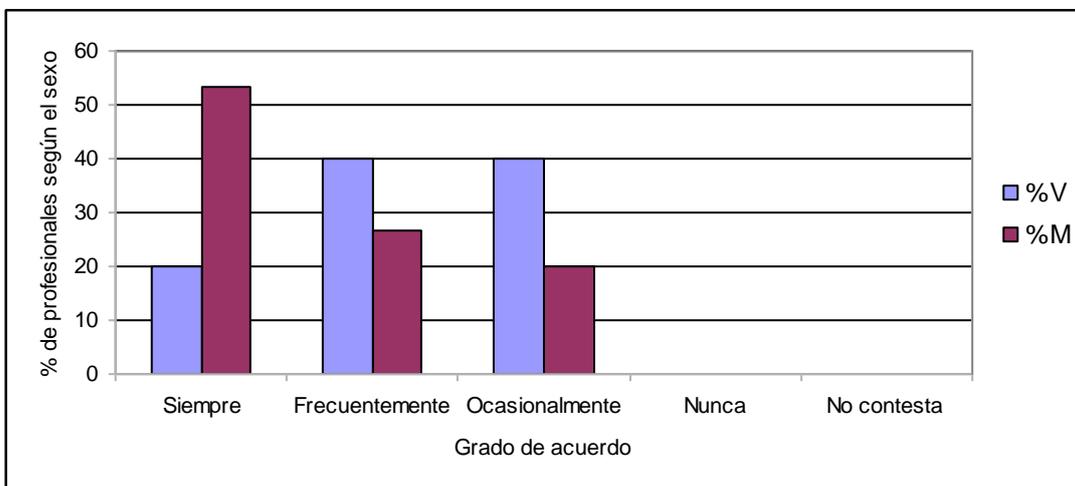


Fig. 37: Grado de acuerdo de los profesionales categorizado por el sexo, respecto al 14° ítem del cuestionario autoadministrado.

En esta intervención el mayor porcentaje corresponde al sexo femenino y es para las que acuerdan “siempre”.

Grado de acuerdo de los profesionales categorizado por la Antigüedad. Los ítems relacionados con las Necesidades Espirituales, en el cuestionario aplicado, son los siguientes:

Ítem 1. Crea un ambiente que facilite al usuario la práctica de su religión, cuando es posible.

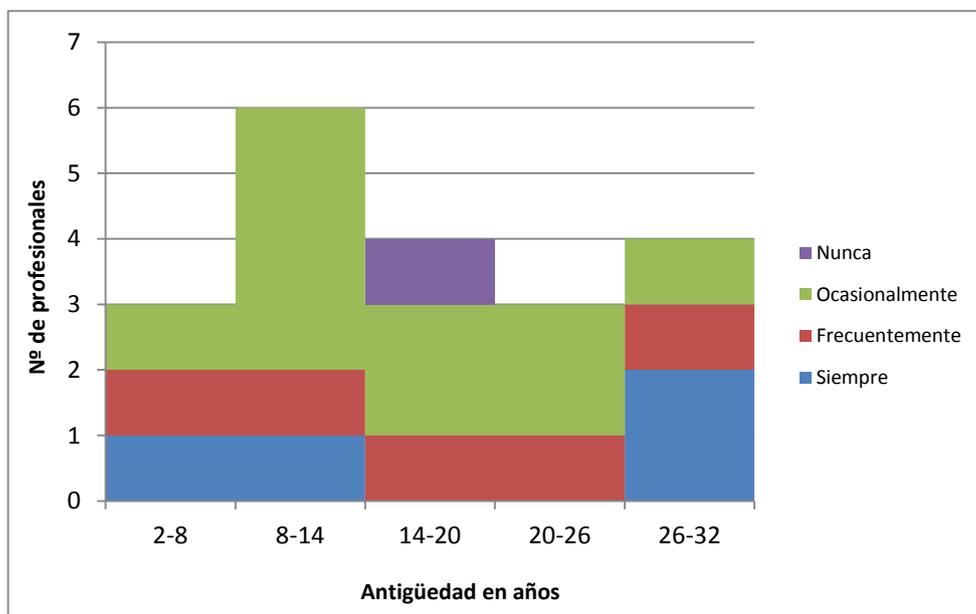


Fig. 38: Distribución del grado de acuerdo según el rango de antigüedad referido al 1º ítem del cuestionario autoadministrado.

En los dos rangos de menor antigüedad y el último rango, acuerdan “siempre” y “frecuentemente” el mayor % de profesionales.

Ítem 2: Anima al usuario a participar en interacciones con miembros de la familia, amigos y demás.

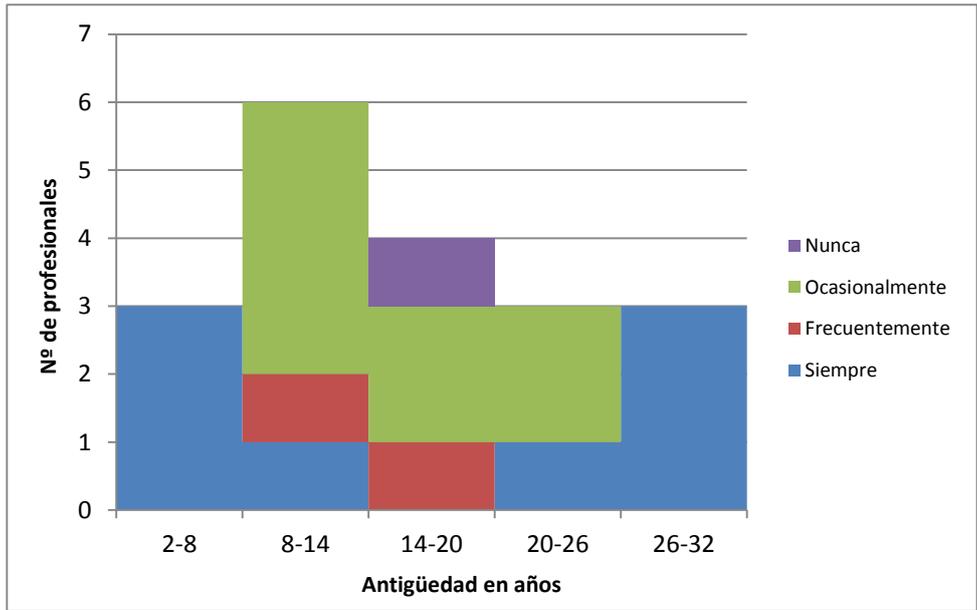


Fig. 29: Distribución del grado de acuerdo según el rango de antigüedad referido al 2º ítem del cuestionario autoadministrado.

Los profesionales que contestan “siempre”, están en el rango de menor antigüedad y mayor antigüedad. Y “ocasionalmente” los de antigüedad intermedia.

Ítem 3: Proporciona privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.

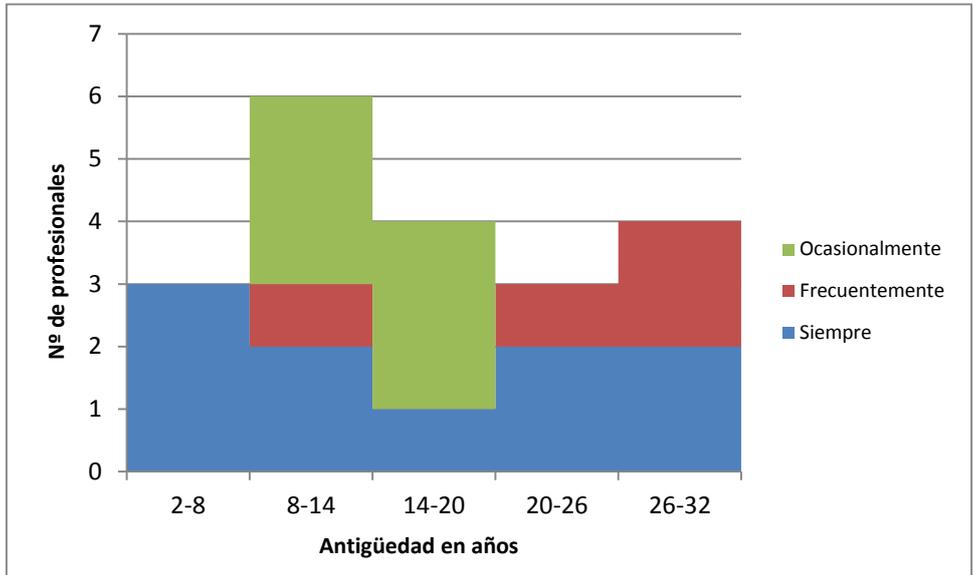


Fig. 30 Distribución del grado de acuerdo según el rango de antigüedad referido al 3º ítem del cuestionario autoadministrado.

Se observa que en todos los rangos de antigüedad aparece la respuesta “siempre”, con mayor frecuencia en el rango menor.

Ítem 4: Facilita el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del usuario.

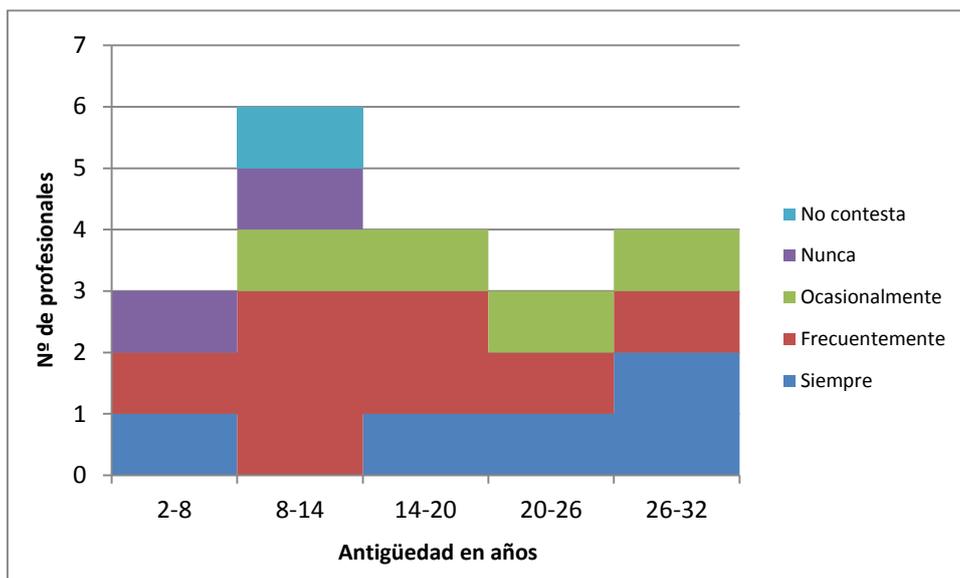


Fig. 31: Distribución del grado de acuerdo según el rango de antigüedad referido al 4º ítem del cuestionario autoadministrado.

En esta figura el N° de profesionales que adhiere “siempre” y “frecuentemente” se encuentra mayoritariamente en los dos primeros rangos de antigüedad y en los dos últimos.

Ítem 9: Utiliza técnicas para ayudar a la persona a clarificar sus creencias y valores, si procede.

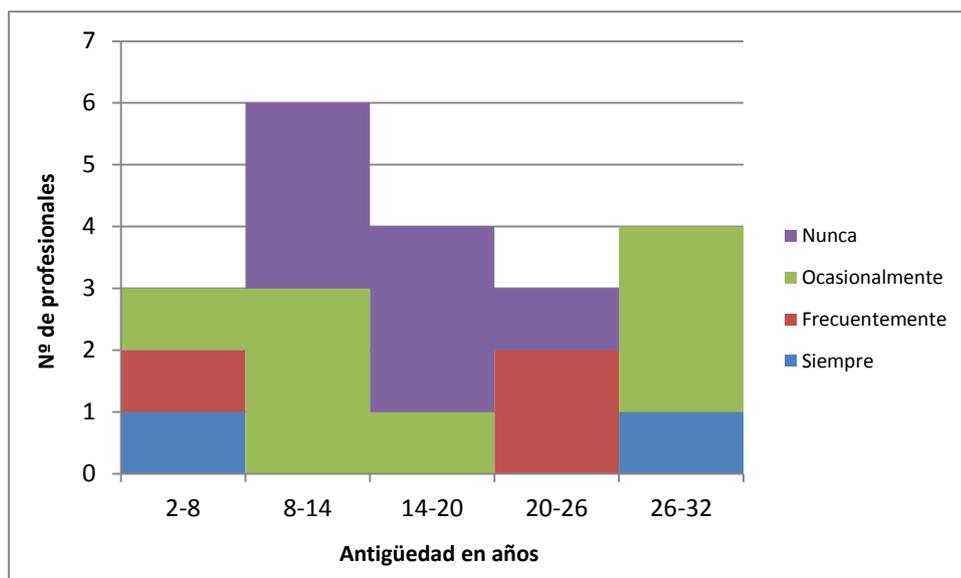


Fig. 32. Distribución del grado de acuerdo según el rango de antigüedad referido al 9º ítem del cuestionario autoadministrado

En esta figura se destaca que los rangos de antigüedad intermedia realizan “ocasionalmente” o no realizan la práctica consignada.

Ítem 12: Destaca el mantenimiento de relaciones, como mencionar los nombres de los seres queridos al usuario.

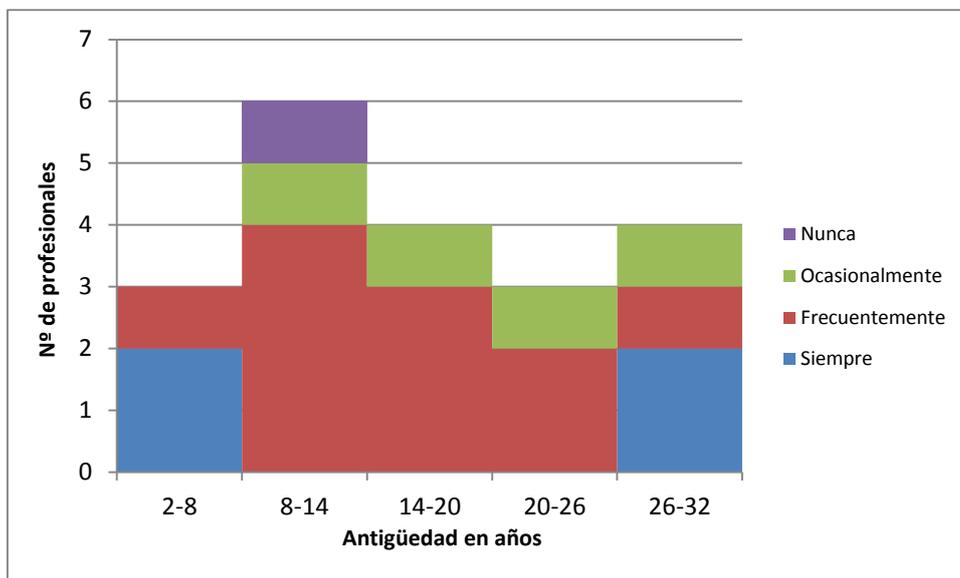


Fig. 33: Distribución del grado de acuerdo según el rango de antigüedad referido al 12° ítem del cuestionario autoadministrado.

Se observa que la respuesta “siempre” aparece en el rango de menor y mayor de la antigüedad. Aunque es una práctica que con frecuencia realizan todos los profesionales.

Ítem 13: Ayuda al usuario /familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.

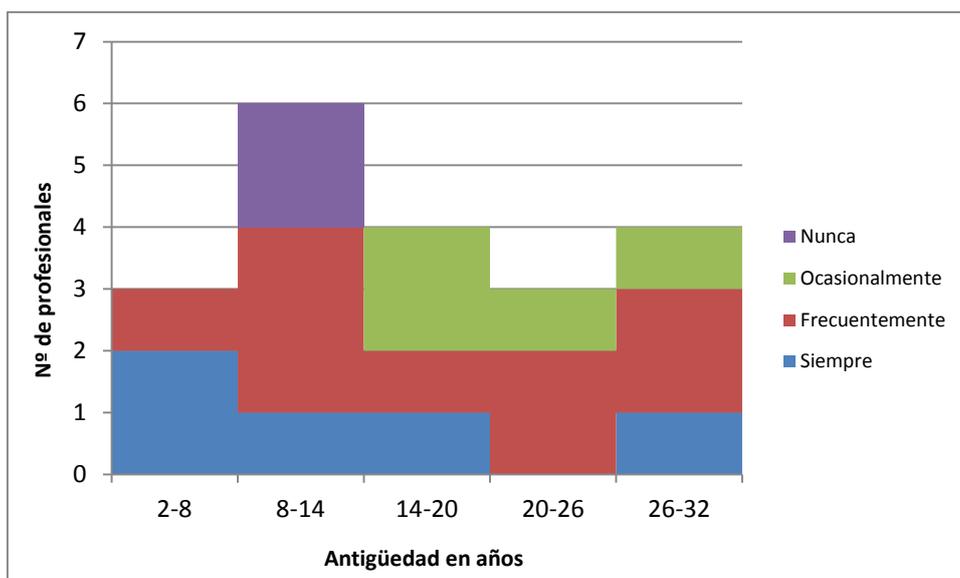


Fig. 34: Distribución del grado de acuerdo según el rango de antigüedad referido al 13° ítem del cuestionario autoadministrado.

Se puede observar que las respuestas de “siempre” y “frecuentemente”, están con mayor frecuencia en el rango de menor antigüedad.

Ítem15: Asegura al usuario que el cuidador estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.

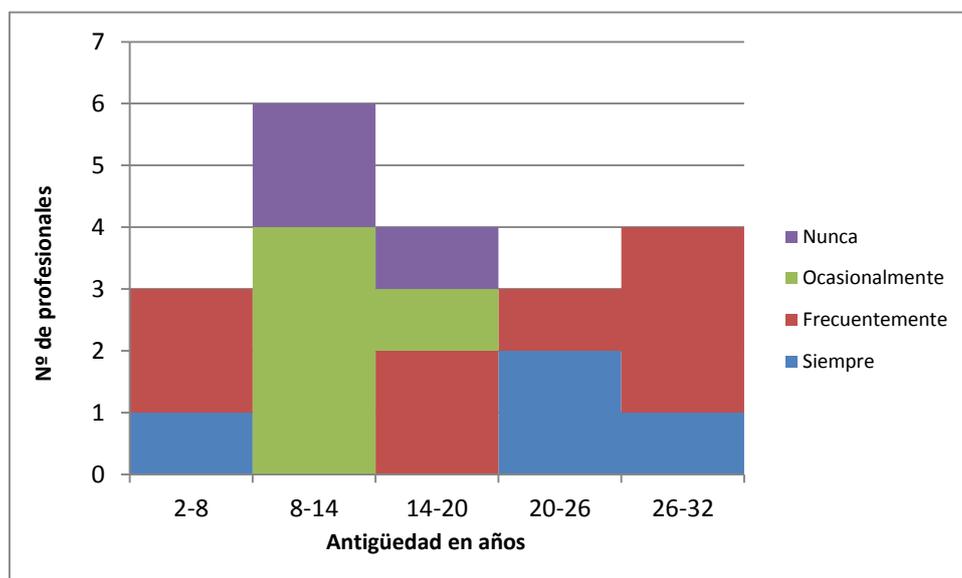


Fig. 35: Distribución del grado de acuerdo según el rango de antigüedad referido al 15° ítem del cuestionario autoadministrado.

El rango de menor antigüedad y los de mayor antigüedad muestran que “siempre” o “frecuentemente” realizan la práctica mencionada.

Ítem 16: Anima al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espiritual.

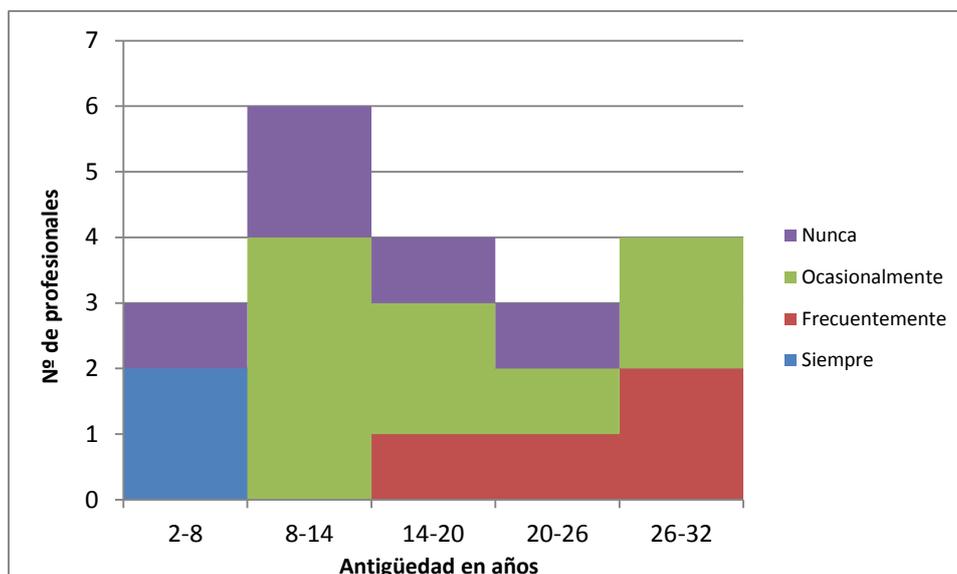


Fig. 36: Distribución del grado de acuerdo según el rango de antigüedad referido al 16° ítem del cuestionario autoadministrado.

El gráfico muestra que en general es una práctica poco desarrollada por los agentes.

Grado de acuerdo de los profesionales categorizado por la Antigüedad.

Los ítems relacionados con las Necesidades de Comunicación:

Item 5: Ayuda al usuario activamente en sus propios cuidados.

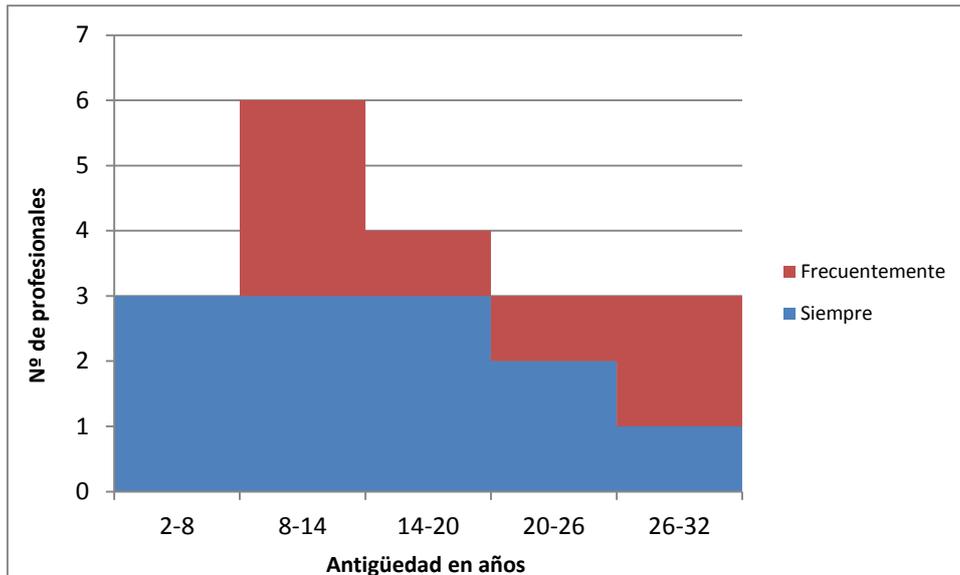


Fig. 37: Distribución del grado de acuerdo según el rango de antigüedad referido al 5° ítem del cuestionario autoadministrado.

En esta figura no existe diferencia respecto al rango de antigüedad.

Item 6: Esta dispuesto a escuchar los sentimientos del usuario.

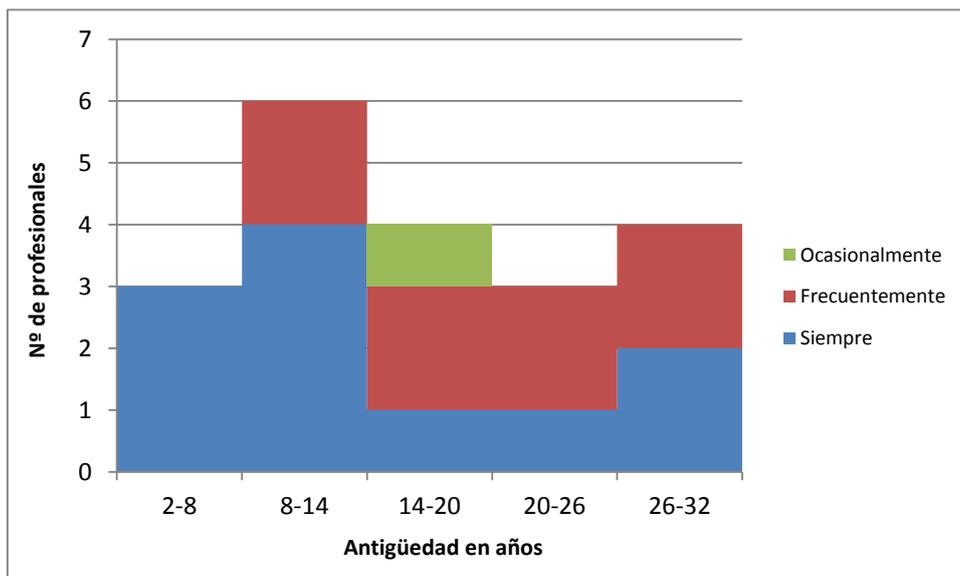


Fig. 38: Distribución del grado de acuerdo según el rango de antigüedad referido al 6° ítem del cuestionario autoadministrado.

En esta figura se evidencia una marcada diferencia de rango “siempre” y “frecuentemente”, responden con mayor frecuencia el profesional de menor antigüedad.

Ítem 7: Ayuda al usuario a expresar y liberar la ira de forma adecuada.

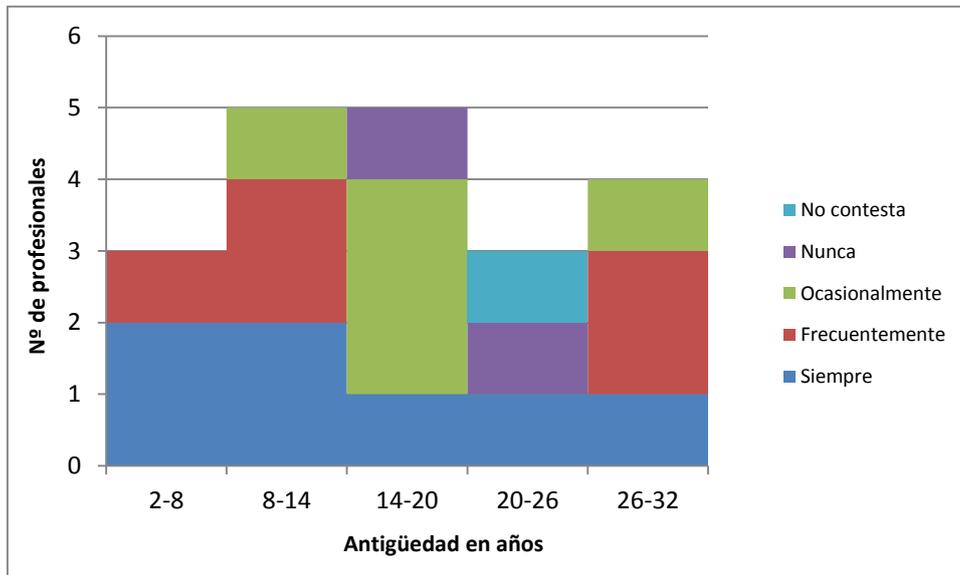


Fig. 39: Distribución del grado de acuerdo según el rango de antigüedad referido al 7º ítem del cuestionario autoadministrado.

Para esta actividad dan mayor respuesta “siempre” y “frecuentemente”, los profesionales de menor rango de antigüedad.

Ítem 8: Amplia el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del usuario.

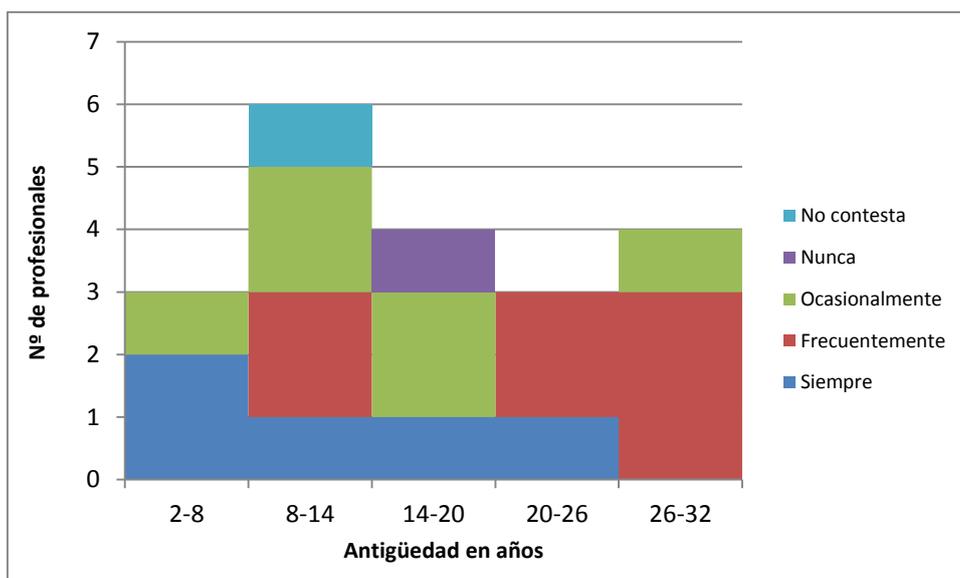


Fig. 40: Distribución del grado de acuerdo según el rango de antigüedad referido al 8º ítem del cuestionario autoadministrado.

En esta figura se observa que a “siempre” y “frecuentemente” responden tanto los rangos de menor antigüedad como los de mayor-

Item10: Ante situaciones de agresión o tristeza del usuario, llama al personal del servicio de salud mental.

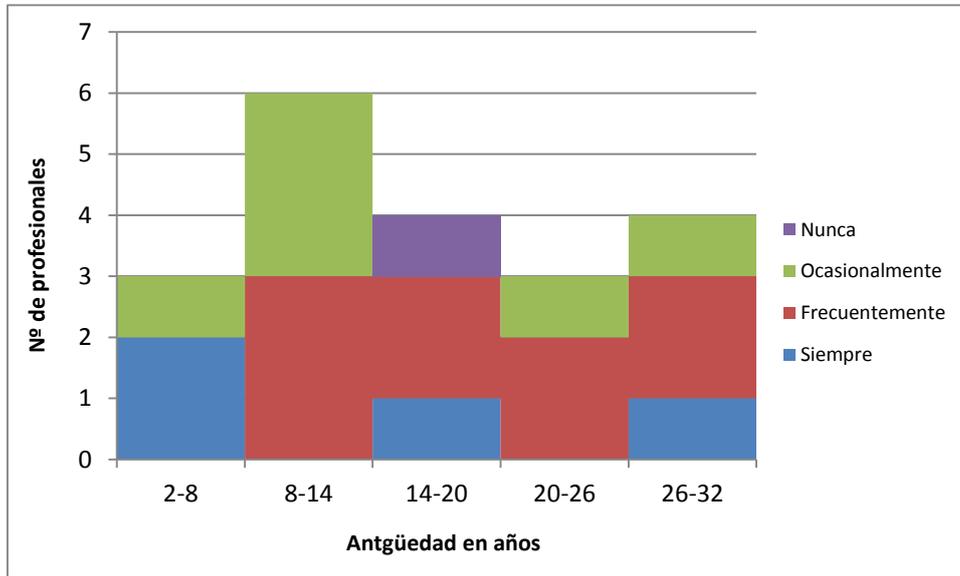


Fig. 41: Distribución del grado de acuerdo según el rango de antigüedad referido al 10° ítem del cuestionario autoadministrado

No existe gran diferencia en esta actividad, en cuanto al rango de antigüedad.

Ítem 11: Observa la conducta del usuario como: Rabia

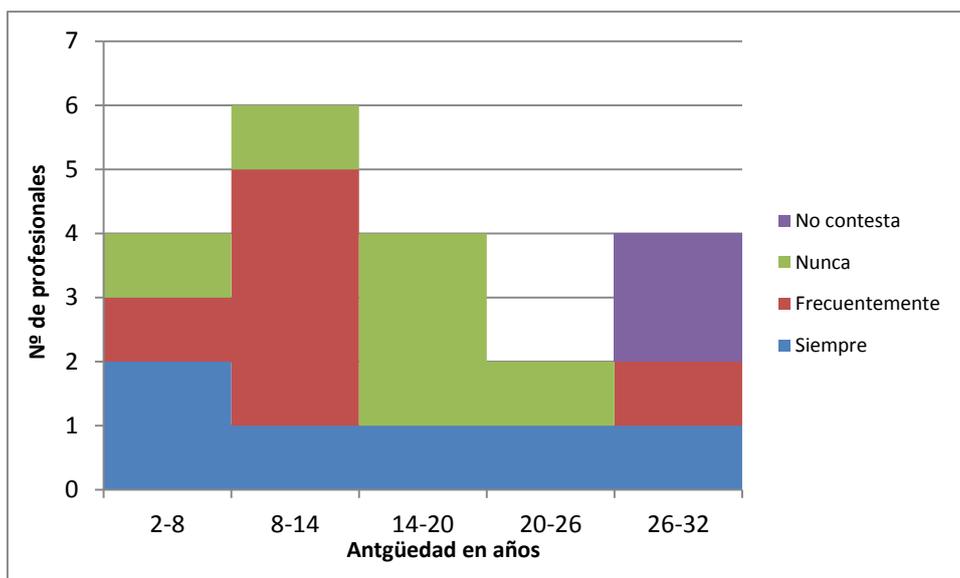


Fig. 42: Distribución del grado de acuerdo según el rango de antigüedad referido al 11° ítem del cuestionario autoadministrado.

Las respuestas “siempre” y “frecuentemente”, se dan en los dos rangos de menor antigüedad.

Item 14: Fomenta las relaciones terapéuticas con los seres queridos del usuario.

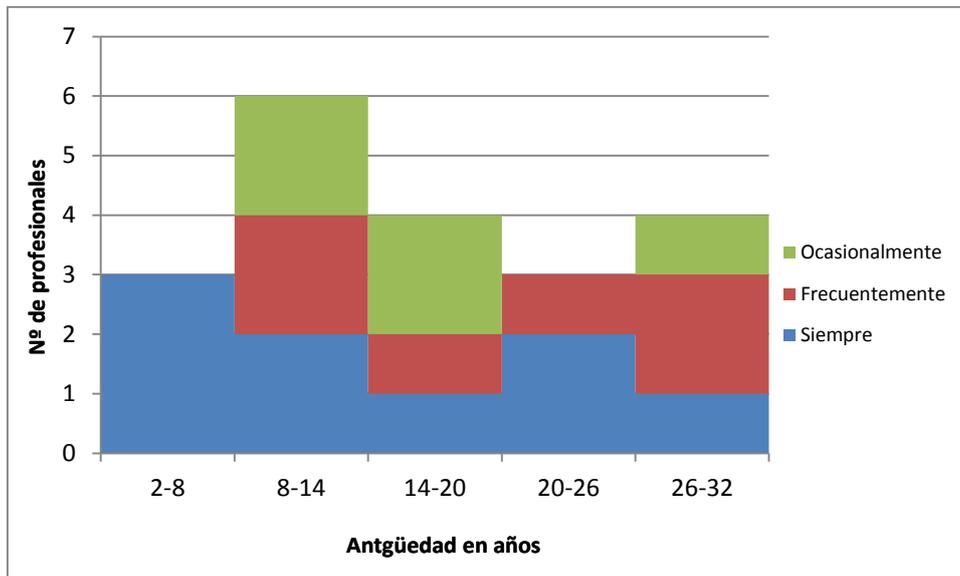


Fig. 43: Distribución del grado de acuerdo según el rango de antigüedad referido al 14° ítem del cuestionario autoadministrado.

Los profesionales que responden con mayor frecuencia a “siempre” y “frecuentemente”, son los que corresponden a los dos primeros rangos de antigüedad.

Grado de acuerdo de los profesionales categorizado por la edad. Los ítems relacionados con las Necesidades Espirituales, en el cuestionario aplicado, son los siguientes:

Ítem 1. Crea un ambiente que facilite al usuario la práctica de su religión, cuando es posible.

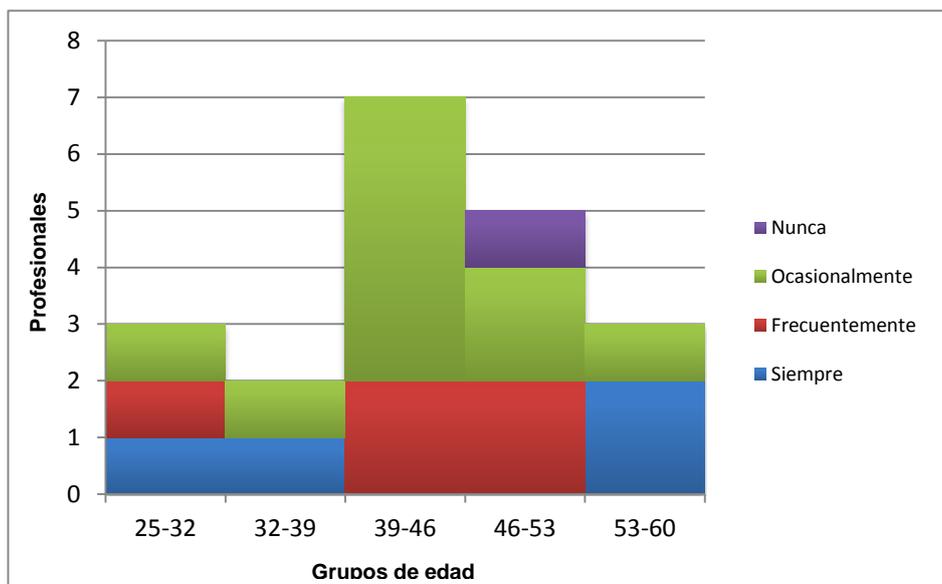


Fig. 44: Distribución del grado de acuerdo según el rango de edad referido al 1° ítem del cuestionario autoadministrado.

Se puede evidenciar el mayor porcentaje de respuestas al rango de 39-46 años, "ocasionalmente" esto implica que no realiza esta actividad en forma frecuente.

Ítem 2: Anima al usuario a participar en interacciones con miembros de la familia, amigos y demás.

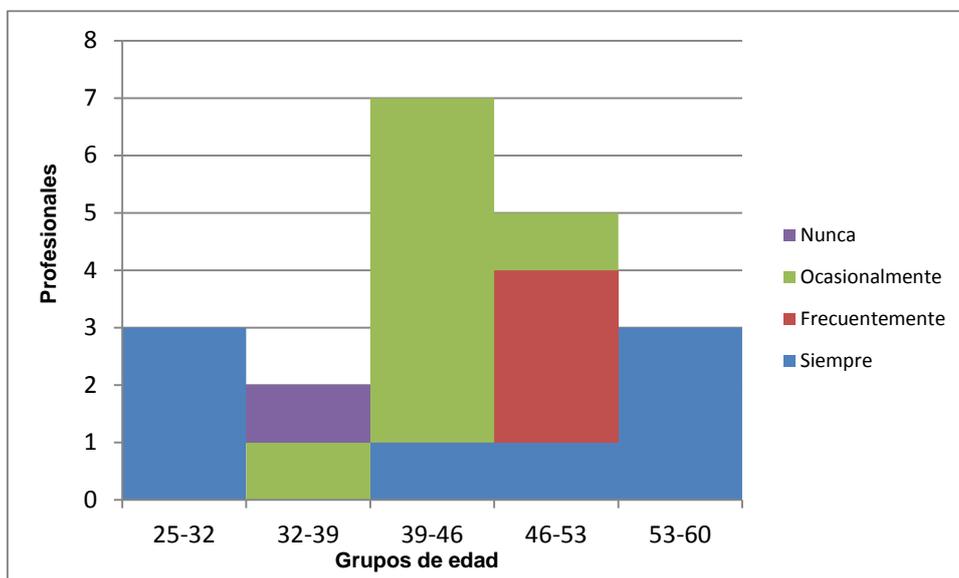


Fig. 45: Distribución del grado de acuerdo según el rango de edad referido al 2° ítem del cuestionario autoadministrado.

El profesional que da respuesta ocasionalmente es en rango de 46-53 años, mientras que el grupo que responde "Siempre", es el rango de 25-32 años y el de 53-60 años. .

Ítem 3: Proporciona privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.

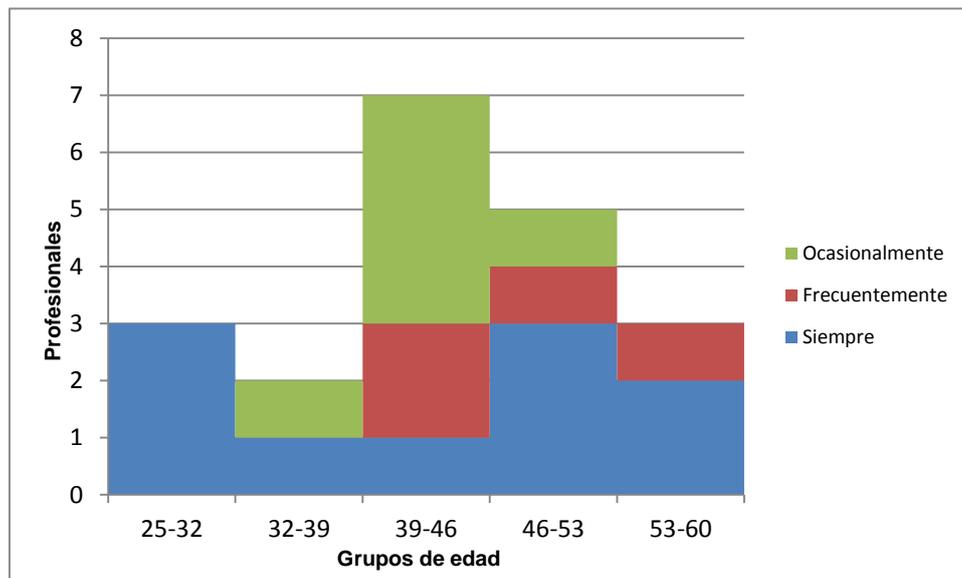


Fig. 46: Distribución del grado de acuerdo según el rango de edad referido al 3° ítem del cuestionario autoadministrado.

En la figura se puede observar que el grado de acuerdo “siempre” es mayor en el rango de menor edad, 25-32 años, y en los dos últimos de mayor edad.

Ítem 4: Facilita el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del usuario.

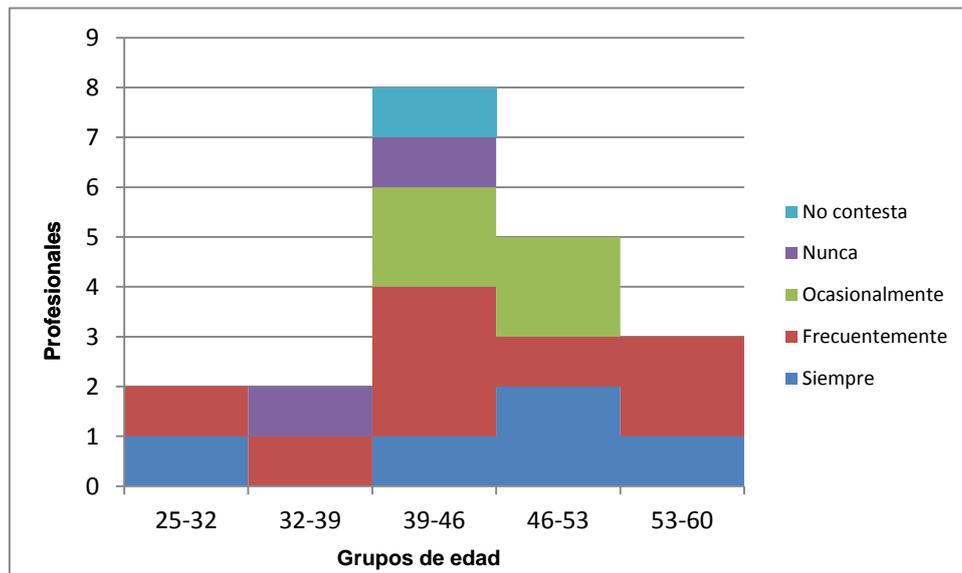


Fig. 47: Distribución del grado de acuerdo según el rango de edad referido al 4° ítem del cuestionario autoadministrado.

Con respecto al ítem 4º, la adhesión mayor a “siempre” y “frecuentemente”, fue en el el rango de 39-46 años.

Ítem 9: Utiliza técnicas para ayudar a la persona a clarificar sus creencias y valores, si procede.

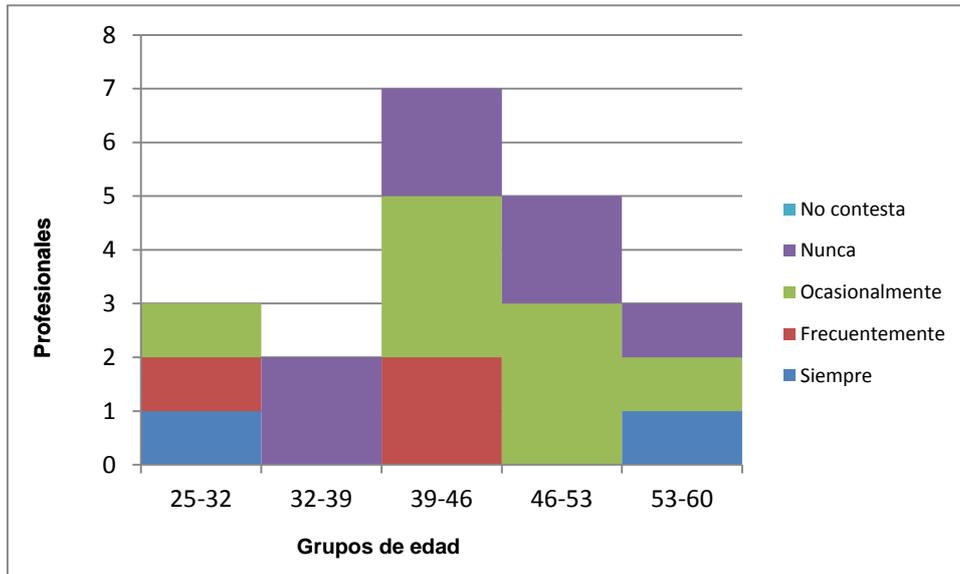


Fig. 48: Distribución del grado de acuerdo según el rango de edad referido al 9º ítem del cuestionario autoadministrado.

En la figura se observa que es una práctica que no realizan mayoritariamente-

Ítem 12: Destaca el mantenimiento de relaciones, como mencionar los nombres de los seres queridos al usuario.

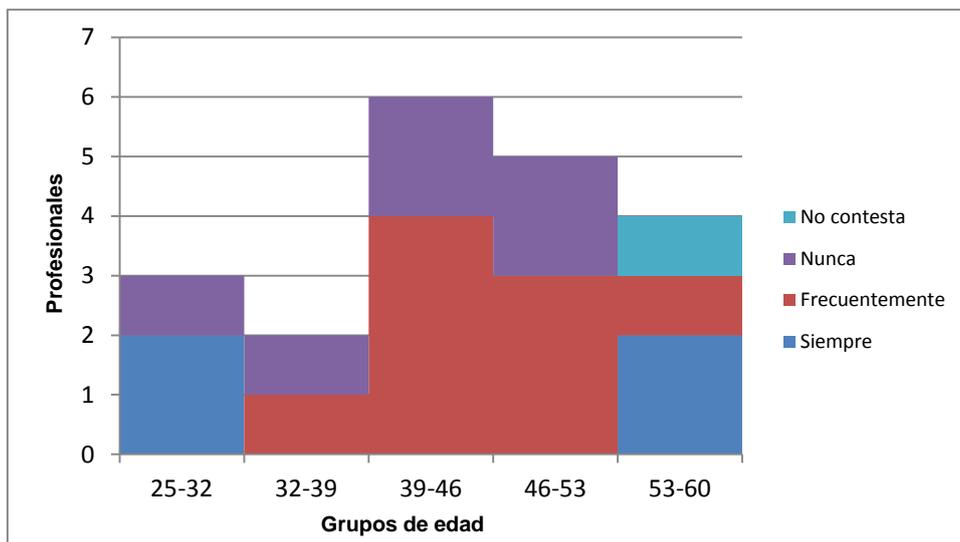


Fig. 49: Distribución del grado de acuerdo según el rango de edad referido al 12º ítem del cuestionario autoadministrado.

En la figura 49 se puede observar que el rango de edades que da mayor respuesta “frecuentemente”, fue el de 39-56 y 53-60 años.

Ítem 13: Ayuda al usuario /familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.

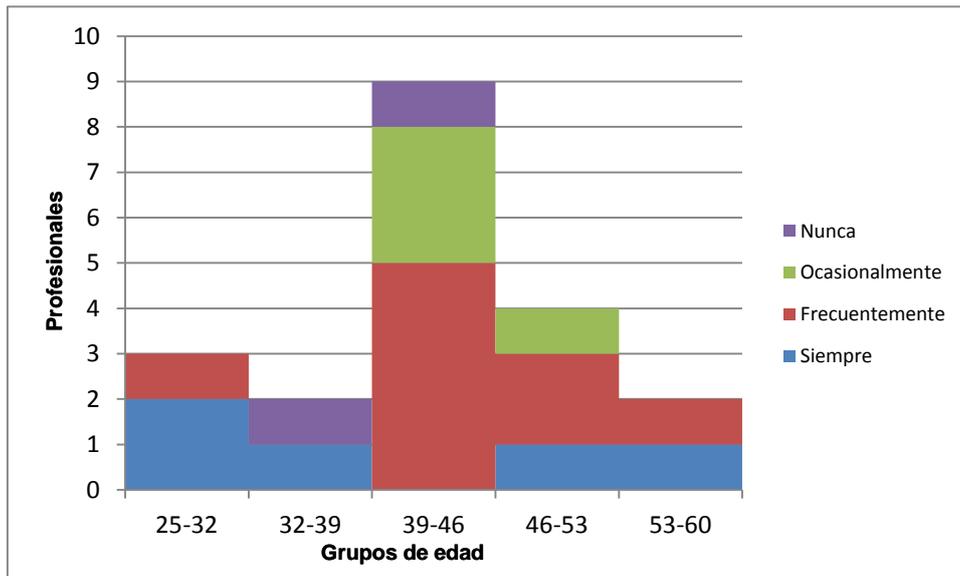


Fig. 50: Distribución del grado de acuerdo según el rango de edad referido al 13° ítem del cuestionario autoadministrado.

El rango de edad de 39-46 años, responden mayoritariamente a “frecuentemente”.

Ítem15: Asegura al usuario que el cuidador estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.

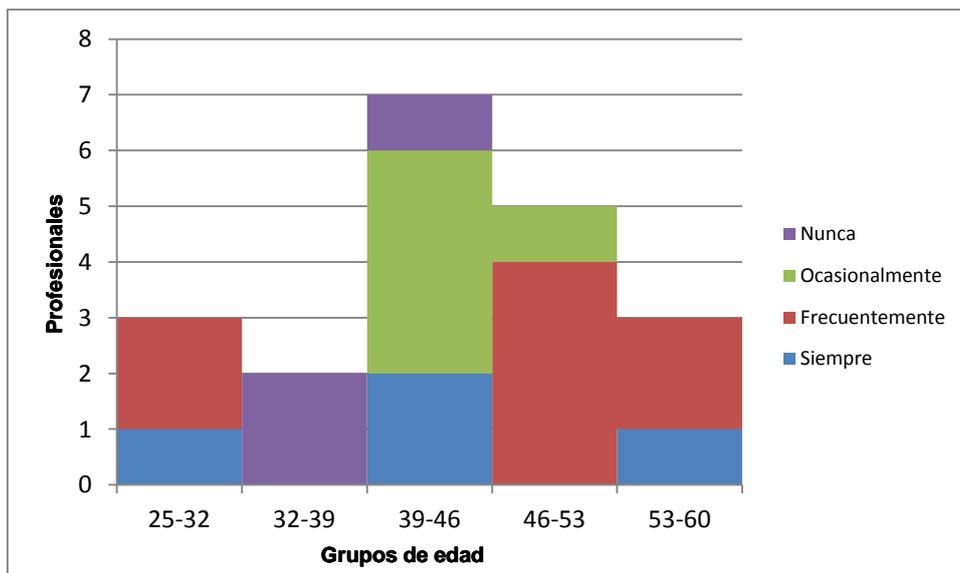


Fig. 51: Distribución del grado de acuerdo según el rango de edad referido al 15° ítem del cuestionario autoadministrado

En esta figura se observa que los de menos años y los mayores responden igual, siendo una práctica “ocasional” para los comprendidos entre 39 y 46 años.

Ítem 16: Anima al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espiritual.

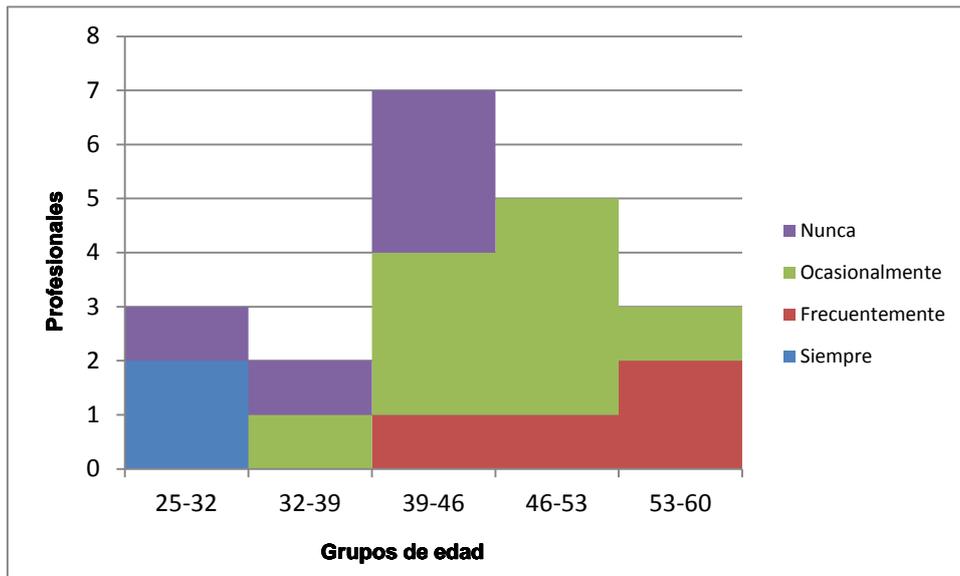


Fig. 52: Distribución del grado de acuerdo según el rango de edad referido al 16° ítem del cuestionario autoadministrado.

“Siempre” se observa en la fig. 52, responden a esta práctica sólo los más jóvenes.

Resultados correspondientes a las cuestiones que responden a las Necesidades de Comunicación.

Item 5: Ayuda al usuario activamente en sus propios cuidados.

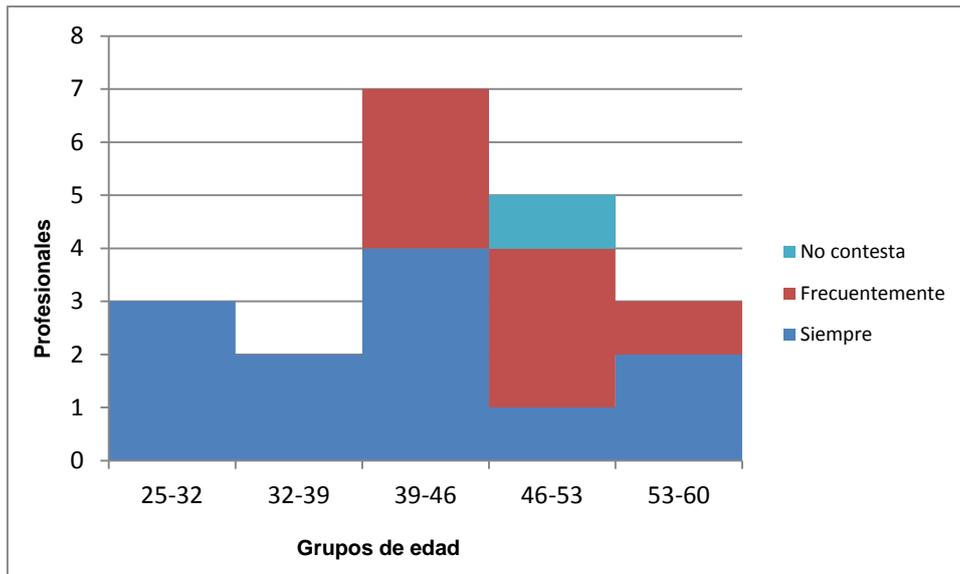


Fig. 53: Distribución del grado de acuerdo según el rango de edad referido al 5° ítem del cuestionario autoadministrado.

Se evidencia una mayor respuesta de acuerdo “Siempre y Frecuentemente”, en el rango de 39 a 46 años.

Item 6: Esta dispuesto a escuchar los sentimientos del usuario.

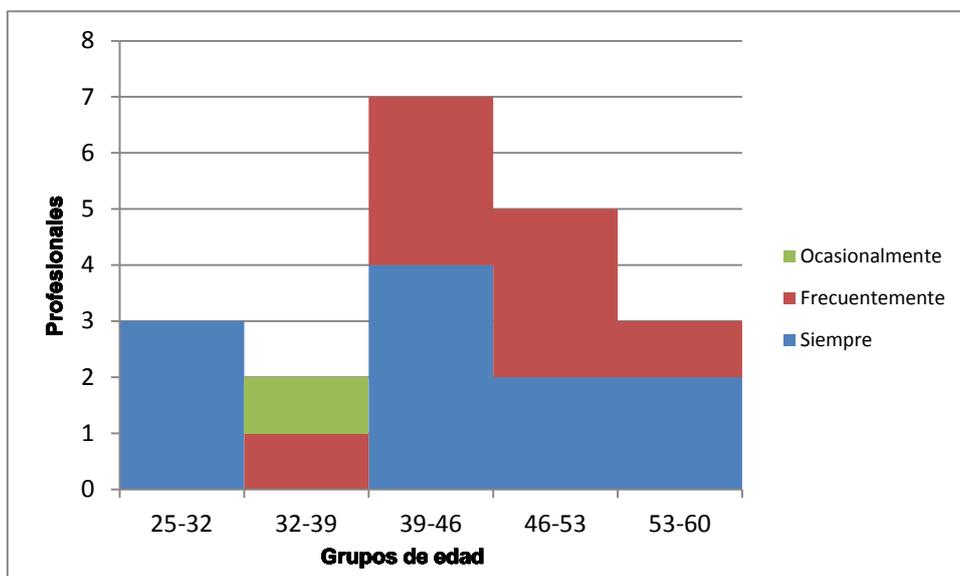


Fig. 54: Distribución del grado de acuerdo según el rango de edad referido al 6° ítem del cuestionario autoadministrado.

En esta figura la mayor respuesta de acuerdo “siempre” y “frecuentemente”, se observa en los profesionales de mayor edad (de 39 en adelante).

Item 7: Ayuda al usuario a expresar y liberar la ira de forma adecuada.

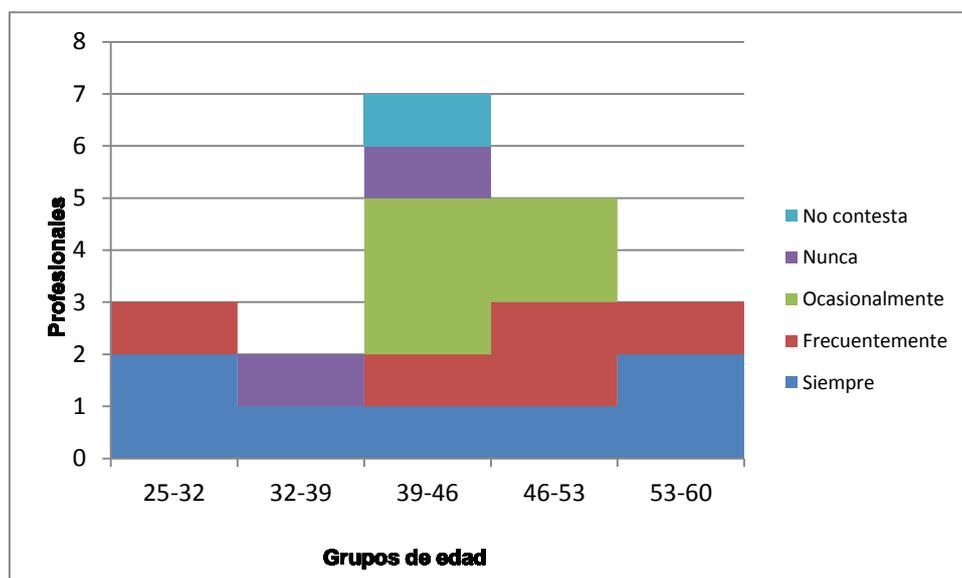


Fig. 55: Distribución del grado de acuerdo según el rango de edad referido al 7° ítem del cuestionario autoadministrado.

En esta figura se observa que esta práctica la realizan más los comprendidos en el rango de 46 y más años.

Ítem 8: Amplia el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del usuario.

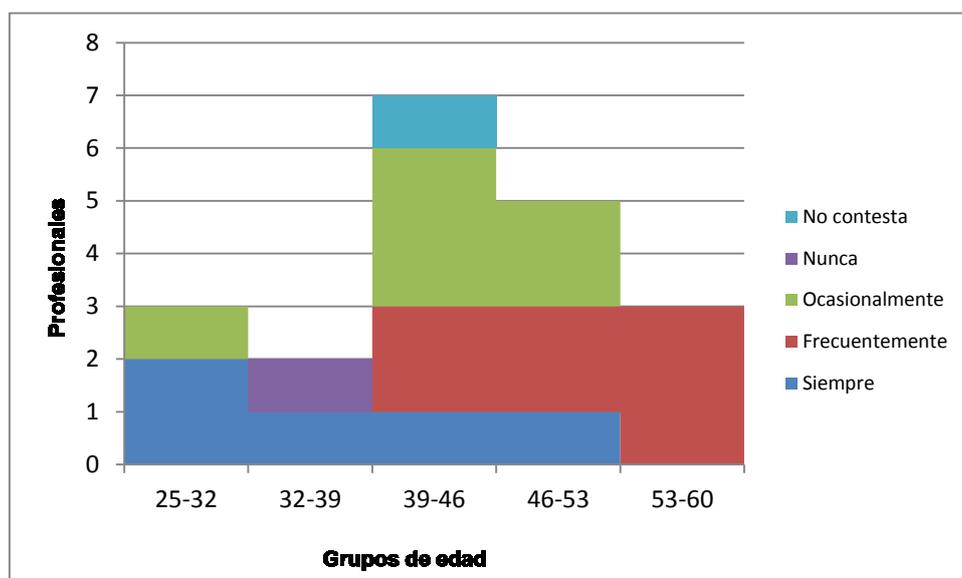


Fig. 56: Distribución del grado de acuerdo según el rango de edad referido al 8° ítem del cuestionario autoadministrado.

Según la Fig. 56, los profesionales comprendidos entre 39 y 60 años realizan “frecuentemente” la práctica mencionada.

Item10: Ante situaciones de agresión o tristeza del usuario, llama al personal del servicio de salud mental.

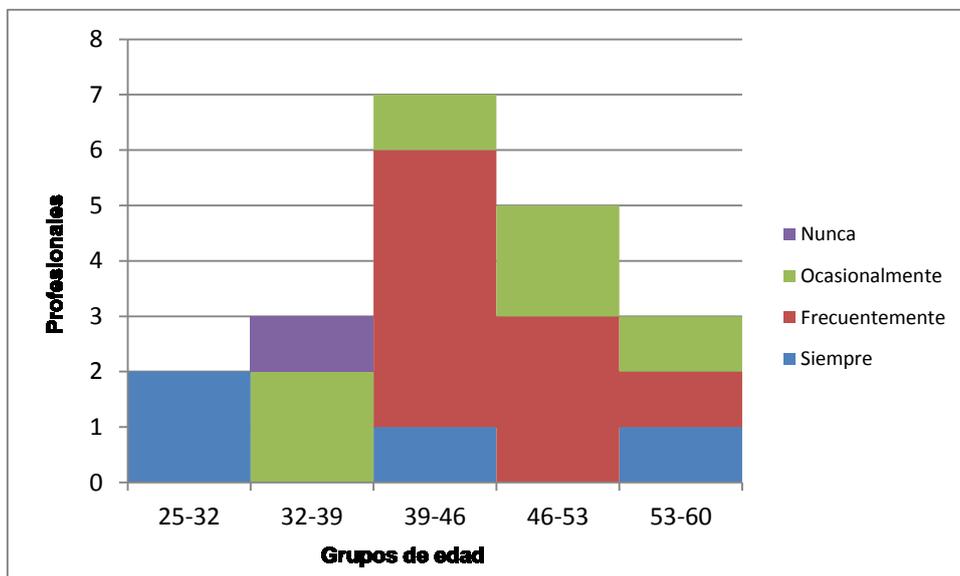


Fig. 57: Distribución del grado de acuerdo según el rango de edad referido al 10° ítem del cuestionario autoadministrado.

El grado de acuerdo para esta intervención, “frecuentemente”, se observa en los rangos de 39 años a más.

Ítem 11: Observa la conducta del usuario como: Rabia

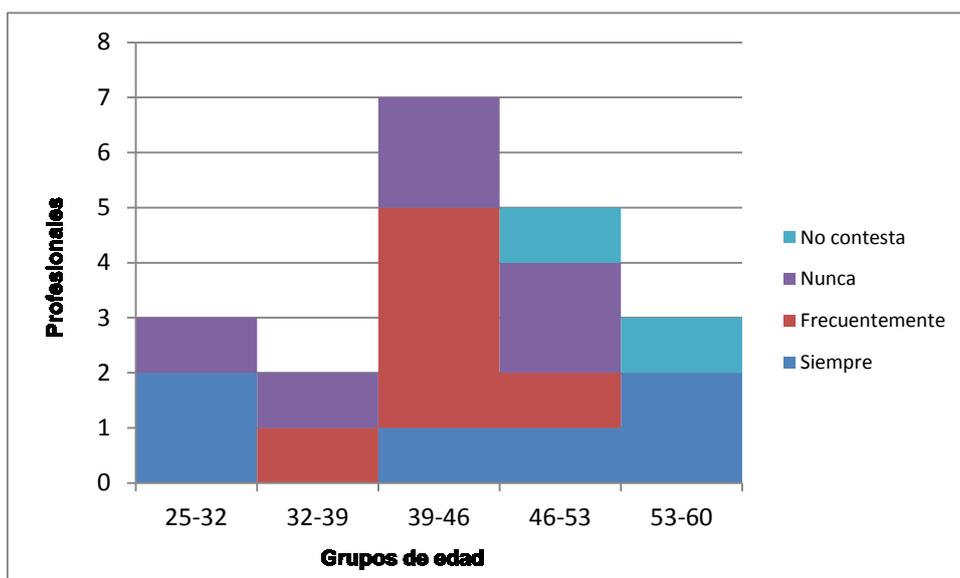


Fig. 58: Distribución del grado de acuerdo según el rango de edad referido al 11° ítem del cuestionario autoadministrado.

El mayor grado de acuerdo, se observa en el rango de 39 a 46 años.

Item 14: Fomenta las relaciones terapéuticas con los seres queridos del usuario.

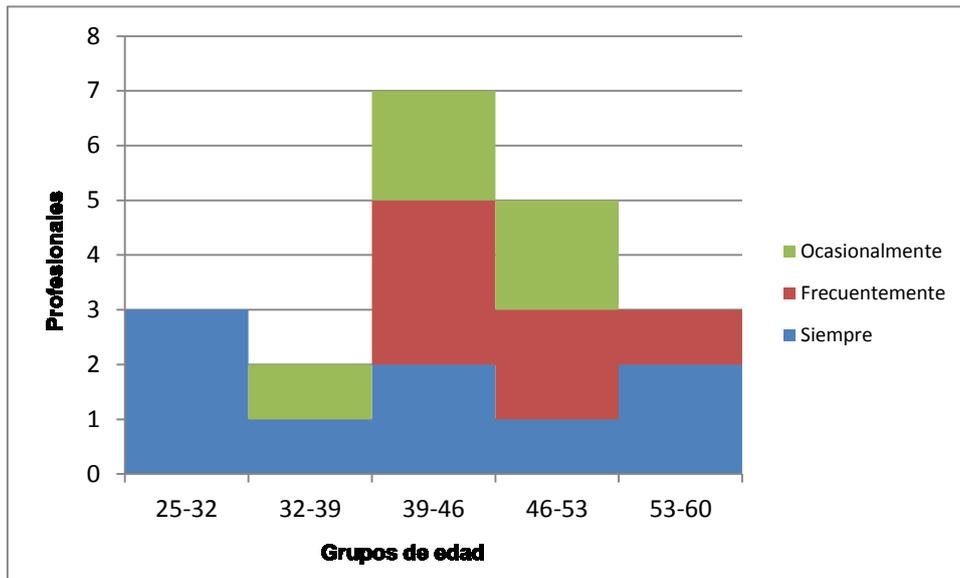


Fig. 59: Distribución del grado de acuerdo según el rango de edad referido al 14° ítem del cuestionario autoadministrado

El mayor grado de acuerdo de los profesionales para esta actividad, se encuentra en los rangos que van de 39 a 60 años.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

El presente estudio demostró para el objetivo general “Conocer con qué frecuencia dicen brindar los profesionales de enfermería cuidados acerca de las **Necesidades Espirituales** de los usuarios internados del sector de Cuidados Mínimos e Intermedios del adulto, del hospital Artémidez Zatti”. Los siguientes resultados.

Para el ítem:

- 1) Crea un ambiente que facilite al usuario la práctica de su religión, cuando es posible.

Esta práctica es poco ejercida, una posible explicación puede ser que las instituciones tienen normas rígidas en cuanto a su funcionamiento, sintiéndose invadidas cuando aparecen rituales no habituales. Ej. El hecho de colocar una Virgen, o colocar velas, practicar canto, etc.

- 2) Anima al usuario a participar en interacciones con miembros de la familia, amigos y demás.

Se promueve en el usuario internado el acompañamiento de un familiar, ello facilita los cuidados enfermeros.

- 3) Proporciona privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.

Se observa alta adhesión a esta actividad. Se interpreta que el personal promueve situaciones de confort y bienestar individual. Siempre y cuando no interfieran con la rutina institucional.

- 4) Facilita el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del usuario.

Es una actividad que generó todas las opciones, aunque un 65% haya respondido que la realiza frecuentemente. Una explicación posible es que según el enunciado, el usuario toma la decisión respecto al ejercicio de su práctica espiritual, o sea que el enfermero sólo debe permitirlo y ello no influye en la rutina institucional. Se considera que este resultado entra en conflicto con

las respuestas del ítem 1, ya que ambos desde el enunciado están relacionados con facilitar prácticas espirituales. El primer ítem es respondido con un 65% con ocasionalmente o nunca. Es allí que se interpreta que es importante para el enfermero que su intervención no interfiera con las rutinas hospitalarias.

- 9) Utiliza técnicas para ayudar a la persona a clarificar sus creencias y valores, si procede.

Se explica este resultado en que el enfermero no cuenta desde la formación con las herramientas para intervenir en esta situación. Cabe aclarar que no tiene que ver con la antigüedad.

- 12) Destaca el mantenimiento de relaciones, como mencionar los nombres de los seres queridos al usuario

Referido a este cuidado se evidenció un 65% de cumplimiento, podría darse este porcentaje por cuanto esta actividad involucra al usuario en forma individual.

- 13) Ayuda al usuario /familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.

Esta actividad se cumple un 70%, se interpreta como alentar al usuario. Ej.: "Todo va a salir bien", "Hay que tener esperanza". No como reflexión de vida, cómo se siente hoy pensando en cosas positivas que den esperanza de vida.

- 15) Asegura al usuario que el cuidador estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.

Es probable que el porcentaje esté relacionado con permitir un acompañante que ayuda a la enfermería en su cuidado y no como cuidador para el momento de sufrimiento.

- 16) Anima al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espiritual.

Esta actividad tiene mucha relación con el ítem 13. "Ayuda al usuario /familia a identificar las áreas de esperanza en la vida", el 70 % cumple mientras que en esta actividad," Anima al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en

hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espiritual”, el 70 %, no cumple con esta intervención.

Para el objetivo: “Conocer con qué frecuencia dicen brindar los profesionales de enfermería cuidados acerca de las necesidades de comunicación”.

5) Ayuda al usuario activamente en sus propios cuidados.

Casi el 100% de los profesionales responden “Siempre” y “Frecuentemente”, a esta actividad, siendo ésta intervención propia de la profesión.

6) Esta dispuesto a escuchar los sentimientos del usuario.

En esta intervención el 95 % cumple, claramente responde a escuchar los sentimientos, no ha resolver,

7) Ayuda al usuario a expresar y liberar la ira de forma adecuada.

Es probable que el 60% responda a esta intervención cuando solicita interconsulta con el Servicio de Salud Mental.

8) Amplía el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del usuario.

Se esperaba mayor porcentaje de acuerdo en esta actividad, dado que el profesional de enfermería cuenta con el instrumento de resolución de problemas.

10) Ante situaciones de agresión o tristeza del usuario, llama al personal del servicio de salud mental.

Relacionado a está actividad, se puede interpretar que se realiza con mayor frecuencia 60% por contar con el servicio de Salud Mental.

11) Observa la conducta del usuario como: Rabia

La observación de la conducta respondida positivamente por el 60% de los profesionales, puede tener relación con llamar al personal de Salud Mental. Un 30% responde “Nunca” o sea no realiza esta intervención.

14) Fomenta las relaciones terapéuticas con los seres queridos del usuario.

El 75% cumple con esta intervención porque el acompañante que ayuda al usuario permite el mejor desempeño para la enfermera en su tarea diaria.

En cuanto al objetivo: “Determinar qué relación existe entre los cuidados brindados, respecto a las necesidades espirituales específicamente y las necesidades de comunicación”.

Analizando el acuerdo general de las actividades encuestadas se destaca que el 25 % dice realizar actividades relacionadas con las necesidades espirituales casi siempre y el resto frecuentemente.

Para el grado de acuerdo respecto a las actividades de comunicación resulta que el 45 % cumplen casi siempre y el 55% frecuentemente. Ubicándose en la categoría de Positivo. Para estas actividades se registra un gran aumento en la proporción de los agentes que dicen casi siempre comparándolo con la figura de las necesidades totales interrogadas.

El grado de acuerdo con las actividades relacionadas con las necesidades espirituales es el que mayor rango de opciones registra, el 15 % dice cumplir casi siempre, el 65% dice cumplir frecuentemente, siendo el 80 % Positivo y en la categoría de Negativo, el 20% dice cumplir ocasionalmente.

Esta mirada confirma que el profesional de enfermería dice cumplir en general con las necesidades espirituales. Pero al indagar más profundamente se registra que el trabajo relacionado específicamente con estas necesidades es el que menos grado de acuerdo obtuvo de los profesionales.

Ello hace pensar que el personal no cuenta con la formación necesaria para poder abordar la atención de esta necesidad.

Con lo cual, los enfermeros realizarían el cuidado en forma individual o personal, no contando con una planificación orientada a la continuidad de la atención del usuario. Al no planificar intervenciones para todos los turnos, no se facilita el abordaje para los que tengan menos experiencia.

Sería importante que haya registros de valoración, planificación, ejecución y evaluación del cuidado en función de continuidad en el tiempo. Además las necesidades espirituales tienen sello de impronta cultural que no está abordada en este trabajo, sino en forma general. Se ha observado en los registros información mínima de los cuidados profesionales. Para poder brindar cuidados espirituales tienen que haberse ejecutado los cuidados en relación y

comunicación previamente. Es por esta razón que se dividieron en dos grupos las intervenciones. El análisis hecho por unidad de análisis relevó coherencia respecto a que los enfermeros que realizan siempre o frecuentemente cuidados para satisfacer las necesidades espirituales también ejercen en igual o mayor frecuencia los cuidados de comunicación, lo que muestra, como se dijo, coherencia en el actuar profesional. Ello afirma que probablemente falte capacitación para que el personal pueda ejercer estas intervenciones.

En cuanto al objetivo: Analizar la relación entre los factores sociodemográficos del profesional de enfermería y los cuidados que brinda respecto a las necesidades espirituales y de comunicación.

La población del presente estudio presenta un predominio del sexo femenino. Si bien los profesionales de sexo masculino representan la menor fracción de la población, respondieron en mayor grado con acuerdo positivo que las mujeres. En cuanto a la antigüedad, los profesionales que respondieron positivamente “Siempre” o “Frecuentemente” con mayor frecuencia fue el rango de menor antigüedad. Tanto en las necesidades espirituales y de comunicación.

Los profesionales que mayor respuesta favorable dieron en relación a las necesidades espirituales fue el rango de menor edad.

En cuanto a las necesidades de comunicación, los profesionales que dieron mayor respuesta positivamente “Frecuentemente y Siempre”, fueron los mayor edad.

Los resultados evidenciaron que el profesional de enfermería del sector de Cuidados Mínimos e Intermedios del Hospital Artémides Zatti, de la ciudad de Viedma, provincia de Río Negro, refiere dar positivamente respuesta a las Necesidades Espirituales, en general, de los usuarios internados; destacando que, en menor medida, lo hace respecto a las necesidades espirituales en particular. En la formación académica el tema es poco desarrollado como lo menciona el marco teórico. A pesar de ello es el personal de mayor antigüedad, y de menor edad el que responde positivamente. Ello puede estar relacionado con que el personal de menor edad es el que está recientemente formado y aunque no cuente con conocimientos sólidos está dispuesto a realizar el cuidado, y el personal de mayor antigüedad cuenta con la experiencia de vida que le confiere la conciencia y habilidad para tener en cuenta el abordaje del cuidado de las necesidades espirituales.

RECOMENDACIONES

- Reflexionar sobre el tema realizando talleres de capacitación para profundizar en la sistematización de la planificación de los cuidados lo que garantizará cuidados orientados hacia el usuario y con continuidad en el tiempo, no dependiendo de la voluntad del profesional de turno.
- Fortalecer el recurso humano en el desarrollo del tema.
- Protocolizar los cuidados espirituales de los usuarios internados.
- Realizar este tipo de investigación en otro sector del hospital, para comparar los resultados y determinar fuentes de variaciones.
- ¿Podemos hablar de cuidado integral sin contemplar, las necesidades espirituales?
- El enfermero ¿puede llegar a tener una mirada holística si no tiene una mirada propia en su sentir espiritual?
- Es importante la creación y permanencia de un comité de Bioética.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

15. ANDER EGB, Ezequiel: La observación. Cap.10 En: Técnicas de Investigación social. Editorial Lumen, Bs. As. 1995.
16. ALEIX i Vilalta, “Evaluación de las Necesidades Espirituales de Pacientes Diagnosticados de Cáncer Avanzado y Terminal”.Universitat de LLeida.Facultat de Medicina, Departament de Cirurgia. Año 2010, www.tdx.cat/bitstream/10803/8072/1/Tavv1de1.pdf.
17. BELMONT, “PRINCIPIOS ETICOS Y DIRECTRICES PARA LA PROTECCION DE SUJETOS HUMANOS DE INVESTIGACION” .Reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento. www.etsu.edu/irb/Belmont%20Report%20in%20Spanish.pdf
18. CANALES, ALVARADO Y PINEDA. Requisitos de un instrumento de medición. En: Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de Salud. México. UTEHA, Noriega Editores.2001. Páginas 171 a 189.
19. CARDOZO CASTILLO Ysrrael, PÉREZ Violeta y REYES Martha Leonor. ”Participación del profesional de enfermería en la satisfacción de las necesidades emocionales y espirituales del enfermo con SIDA hospitalizado en la Unidad de medicina del Hospital Central de Maracay”. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina Escuela Experimental de Enfermería. 1992. www.monografias.com › [Psicología](#).

20. CARO de PALLARE, Sarita, "Abordaje de la Necesidad Espiritual en la relación de Ayuda". Revista científica: Salud Uninorte. Barranquilla (Col.). Julio 2004. [fecha de consulta: 5 de abril de 2013] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81701802> ISSN 0120-5552
21. CANOVAS TOMÁS, Miguel Ángel. Universidad de Murcia. 2009. "La relación de ayuda en enfermería. Una lectura *antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión*". <http://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/3562>.
22. Documento del Ministerio de Salud. Dirección de Enfermería. Gobierno BOLOÑOS. Ed.: Nueva Era. 2003.
23. DURÁN de VILLALOBOS María Mercedes "La ciencia, la ética y arte de enfermería a partir del conocimiento personal", REVISTA AQUICHAN - ISSN 1657-5997- AÑO 5 - VOL. 5 N° 1 (5) · CHÍA, COLOMBIA.
24. DURÁN de VILLALOBOS María Mercedes "Dimensión espiritual del cuidado enfermero en situación de cronicidad y muerte" realizado para la promoción profesora titular, Universidad de Bogotá, 2007. . <http://www.bdigital.unal.edu.co/2050/>
25. GORDON, Marjory. Diagnóstico Enfermero - Proceso y Aplicación. Doyma Libros. Tercera Edición. Año 1.998.
26. GÓMEZ RAMÍREZ, Juan F. "La Dimensión Espiritual en los Niños": Su Desarrollo y fortalecimiento". medicina.udea.edu.co/ublicaciones/crianzahumanizada/anteriores-rodolfo/Publicaciones/crianzahumanizada/V6n5.2010.

<http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/612/DimensionEspiritual.DOC>.

27. GUBER, Rosana. La observación participante y La entrevista etnográfica o el arte de la “no directividad”. Capítulos 3 y 4. En: La etnográfica. Método, campo y reflexividad. Grupo. Editorial Norma. Colombia. 2005.
28. Grupo de Planes de Cuidados de la AECPAL Asociación Española de Enfermeras en Cuidados Paliativos Sanidad y Ediciones, S.L. España, 2011.
29. HEREDIA, Ana M, LÁZARO Claudia. Cuidado de Enfermería en Programa de actualización en enfermería, Proenfermería, Salud del Adulto. Modulo.1. Editorial Médica. Panamericana. Argentina. 2002.
30. HERRERA Beatriz Sánchez. Bienestar espiritual con y sin discapacidad. Universidad de la Sabana, Aquichan. Año 9 –Vol 9 N°-1- Chía, Colombia- abril. 2009.
31. Aquichan.unisabanaedu.co/index.php/aquichan/article/view/164.
32. IYER,P.W. Proceso y diagnostico de enfermería. Mexico DF: Mac Graw Hill Interamericana. 1997. 3ra. ed.
33. KOZIER, B; G.ERG; K.BLAI; J.M. Wilkison. Fundamentos de enfermería, (conceptos, proceso y práctica). 5ta edición actualizada, Vol.1-
34. LEVINE, Myra E. “On the Humanities in Nursing”. Canadian Journal Of Nursing Research. 1990. 30(4), pp. 213-217.

35. MENDICO Gloria Edel a (compiladora). Manual Teórico-Práctico de Investigación Social.(Apuntes preliminares). Editorial. Espacio. Buenos Aires. Mayo 2000.
36. MENÉNDEZ, Patricia C. Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E) Universidad Nacional del Comahue. E.S.S.A. Carrera de Licenciatura en Enfermería. Sede Académica Allen. Asignatura Fundamentos de Enfermería. Año 2001.
37. MAX-NEEF, Manfred; ELIZALDE, Antonio; Hopenhayn, Martín Y cols.(1986).Desarrollo a Escala Humana: Una opción para el futuro. Development Dialogue, Número especial 1986 (págs. 23- 49). Cepaur, Fundación Dag Hammarskjöld, Santiago de Chile.
38. Necesidades de Salud de Virginia Henderson-Observatorio- Metodología Enfermera. FUDEN.
www.ome.es/04_01_desa.cfm?id
39. PIULACHS Moles, M. Teresa. "Naturaleza de la atención de enfermería y su posición en el contexto general de los cuidados de salud". Revista Nursing: 84 - Vol. Nº 1. Enero - Febrero 1984.
40. PÓLIS, Dense y HUNGLER, Bernadette. Entrevistas y cuestionarios. Cap. 14. En: Investigación científica en las ciencias de la salud. Editorial Interamericana. Mc Graw Hill. 1985.
41. PÓLIT, D. (1991). Investigación en ciencias de la salud. 3º edición. Ed Interamericana.

42. RIVERA Álvarez, LUZ Nelly; ÁLVARO Triana. Cuidado Humanizado de Enfermería: Visibilizando la Teoría y la Investigación en la Práctica. En: Clínica del Country. 1999. www.buenastareas.com › [Inicio](#) › [Historia Americana](#).
43. SÁNCHEZ-Herrera Beatriz - Artículo de Investigación. Avances en enfermería V. XXVI-Nº1 .2008. “*Comparación entre el Bienestar Espiritual de Pacientes del Programa de Enfermería Cardiovascular y el de personas Aparentemente Sanas*”.
www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi1_7.pdf
44. SÁNCHEZ RUBIO Lorena, Fernández Olivella Madeleine. “Análisis Teórico de una Experiencia Cotidiana.Un Nuevo Abordaje en el Cuidado de Enfermería”. Biblioteca Las Casas-Fundación Index. 2004, Tolima (Colombia).
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>
45. SOSA, A. Ciro. Enfermería y cuidado de enfermería: algunos elementos para ensayar sus definiciones. Notas de clase. RedFenSur. Abril 99. (Versión modificada febrero 2001).
46. TOMASSO de Souza Claudia, BELTRAME Ideraldo Luiz, LUCCHETTI Giancarlo “Comparación de conocimientos y actitudes de los profesores y estudiantes de enfermería frente a las relaciones entre espiritualidad, religión y salud”. Rev. Latino-Am. Enfermagem 19(5):[08 pantallas] sep.-oct. 2011 www.eerp.usp.br/rlae
47. TOMEY. Marriner Ann. Modelos y Teorías en enfermería. Libros.Tomey Mosby/ Doyma, Ph.; R.N,F.A.A.N. Tercera edición. 2001.

48. TOMEY Marriner Ann. Modelos y teorías en enfermería. 4ta. Ed. España: Harcourt; 2000.

49. WHETSELL, Martha V. "Niveles de bienestar espiritual y fortaleza relacionados con la salud en adultos mayores". Universidad Autónoma de Tamaulipas, México. 2005. www.scielo.unal.edu.co/scielo.php.

50. WATSON.J. "Nursing Human science and Human Care: A Theory of Nursing New York". National League of Nursing, 1988. 158 p.

ANEXO

Cuestionario dirigido al Profesional de Enfermería.

Instrucciones:

En las hojas subsiguientes encontrará usted un listado de actividades; al lado de ellas debe marcar con una cruz la que realiza.

Las opciones son:

1. Nunca o excepcionalmente = cuando nunca realiza esa actividad o si lo hace en raras ocasiones.
2. Ocasionalmente = Cuando realiza esa actividad de vez en cuando.
3. Frecuentemente = Cuando esa actividad la realiza a veces.
4. Siempre = Cuando esa actividad la realiza en todo momento.

Encuesta:

Al profesional de enfermería:

Me es grato comunicarme con usted para saludarle, e invitarle a responder el presente cuestionario. Sus respuestas son muy importantes ya que contribuirán a realizar la recolección de la información necesaria para el estudio: "Conocer con qué frecuencia dicen brindar los profesionales de enfermería cuidados acerca de las necesidades espirituales de los usuarios internados del sector de Cuidados Mínimos e Intermedios del adulto, del hospital Artémidez Zatti".

Las respuestas son anónimas, le agradezco su tiempo y colaboración.

Por favor marque con una X su respuesta

Sexo: F M Edad:

Formación:

Antigüedad

¿Con qué frecuencia realiza las siguientes actividades?	Alternativas de respuesta			
	4	3	2	1
1. Crea un ambiente que facilite al usuario la práctica de su religión, cuando es posible.				
2. Anima al usuario a participar en interacciones con miembros de la familia, amigos y demás.				
3. Proporciona privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.				
4. Facilita el uso de la meditación, oración y demás tradiciones y rituales religiosos por parte del usuario.				
5. Ayuda al usuario activamente en sus propios cuidados.				
6. Esta dispuesto a escuchar los sentimientos del usuario.				
7. Ayuda al usuario a expresar y liberar la ira de forma adecuada.				
8. Amplia el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del usuario.				
9. Utiliza técnicas para ayudar a la persona a clarificar sus creencias y valores, si procede.				
10. Ante situaciones de agresión o tristeza del usuario, llama al personal del servicio de salud mental.				
11. Observa la conducta del usuario como: Rabia				
12. Destaca el mantenimiento de relaciones, como mencionar los nombres de los seres queridos al usuario.				
13. Ayuda al usuario /familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.				
14. Fomenta las relaciones terapéuticas con los seres queridos del usuario				
15. Asegura al usuario que el cuidador estará disponible para apoyarle en los momentos de sufrimiento.				
16. Anima al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espiritual.				