UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Evaluación de una intervención educativa para fortalecer el cuidado espiritual en el personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica

Lina María Vargas Escobar

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería, Programa de Doctorado en Enfermería

Bogotá, Colombia

2015

Evaluación de una intervención educativa para fortalecer el cuidado espiritual en el personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica

Lina María Vargas Escobar

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

Doctora en Enfermería

Directora:

Beatriz Sánchez Herrera

Profesora Titular

Línea de Investigación:

Cuidado de Enfermería al paciente crónico

Grupo de Investigación:

Grupo de cuidado de enfermería al paciente crónico

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Enfermería, Programa de Doctorado en Enfermería

Bogotá, Colombia

2015

*A **Dios y a Jesucristo** por su amor y su misericordia. Por darme la fuerza, la valentía y el motivo para vivir y cumplir tantos sueños; y también para mantener la esperanza en el cumplimiento de muchos sueños más.*

No temas, porque yo estoy contigo; no desmayes, porque yo soy tu Dios que te esfuerzo; siempre te ayudaré, siempre te sustentaré con la diestra de mi justicia.

Isaías 41:10

Agradecimientos

A Dios y a Jesús mi roca y fortaleza. Por su favor y guía en toda esta etapa vivida.

A mi Familia por su apoyo, su paciencia y por estar ahí para mi. Porque sin ellos este sueño no hubiera sido posible.

A mi Directora de Tesis Beatriz Sánchez Herrera por todos sus aportes, no solo en mi formación doctoral; sino para mi vida. Gracias por los consejos, reflexiones, experiencias e historias de vida, porque me permitieron apreciar las cosas de una manera diferente.

A la profesora Natividad Pinto Afanador (q.e.p.d.) por haberme incentivado a estudiar este doctorado, por haber creído en mí, por apoyarme y también por haber compartido conmigo la ilusión de ver culminada esta tesis.

Al personal de enfermería y a las Instituciones: Clínica del Country, Hospital Universitario San Ignacio y Centro Policlínico del Olaya, que vieron la importancia de este tema y aceptaron participar en el estudio.

A la Doctora Maribel Saracíbar por darme la oportunidad de realizar mi pasantía en la Universidad de Navarra. Por compartir experiencias, conocimientos y tan valiosos aportes.

Al Doctor Wilfred McSherry de la Staffordshire University por sus orientaciones y acompañamiento en la solución de mis inquietudes.

Al grupo de investigación Cuidado al paciente crónico y al Programa para la disminución de la carga de la enfermedad crónica no transmisible en Colombia, por haber financiado la realización del video de la intervención educativa del estudio.

Al grupo de investigación Cuidado y práctica en enfermería, salud familiar enfermería familiar y medición en salud por su apoyo en la financiación de mi pasantía doctoral.

Al personal de enfermería, estudiantes, voluntarios y al equipo técnico que contribuyeron con la realización del video para mi intervención educativa.

Al Programa de Doctorado en Enfermería y sus profesoras por sus aportes y orientaciones durante toda mi formación doctoral.

A la profesora Lucy Barrera por su guía en la construcción del video, al profesor Jorge Humberto Mayorga y Natalia Sandoval por su orientación estadística y a mi colega Mauricio Arias por su apoyo durante mi pasantía.

A todas aquellas personas que hacen parte de mi vida, que me escucharon, aconsejaron y alentaron cuando más lo necesité.

Resumen

Propósito: Evaluar la efectividad de la intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado” aplicada al personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica, en modificar su nivel de percepción sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual.

Objetivos: Adelantar las pruebas psicométricas de la “Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual”, diseñar la intervención educativa de cuidado espiritual, medir el nivel de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería antes y después de participar o no en la intervención.

Metodología: El estudio se organizó en tres fases. (Fase 1): Corresponde a la evaluación psicométrica de la “Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual”. Para esto se realizó adaptación cultural, validez aparente, de contenido y de constructo, participando para esta última (n=183) enfermeras. (Fase 2): Se efectuó el diseño de la intervención educativa, de acuerdo con el modelo para el desarrollo de intervenciones en salud de Campbell, la perspectiva teórica de Boykin y Schoenhofer, McSherry, y la evidencia sobre el fenómeno de interés. (Fase 3): Corresponde a la evaluación de la efectividad de la intervención. Se planteó un diseño cuasi-experimental, con grupo control y experimental, así como evaluación pre y pos-prueba. Participaron (n=222) enfermeras y auxiliares de enfermería de 3 instituciones clínicas de Bogotá, quienes fueron seleccionadas a partir de un muestreo por conveniencia y asignación 1:1 para el grupo experimental (n=112) y control (n=110), previo cumplimiento de los criterios de inclusión.

Resultados: En relación con la escala, esta muestra una validez de contenido por los expertos de (CVR’) de 0.582 y un Índice de validez de contenido (CVI) de 0.919. La validez de constructo motivó el ajuste en la organización de algunos ítems en las 4 sub escalas. La consistencia interna para el total de la escala por Alpha de Cronbach fue de 0,733. Respecto a la intervención, los análisis señalan que fue efectiva en modificar el nivel de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual total en el grupo

experimental (p≤0,000), así como en las sub escalas percepción de la espiritualidad, cuidado espiritual y cuidado personalizado (p≤0,000). La percepción de la religiosidad no mostró cambios significativos (p≤0,061). Así mismo, comparando el grupo experimental con el grupo control, se demostró que la intervención fue efectiva en modificar la percepción total final de la espiritualidad y el cuidado espiritual y que dicha modificación fue estadísticamente significativa (p≤0,016); lo mismo sucedió en las sub escalas percepción de la espiritualidad, religiosidad y cuidado personalizado. Sin embargo, la percepción del cuidado espiritual final no presentó diferencias significativas al comparar el grupo experimental respecto al grupo control (p≤0,024). Otros hallazgos, son presentados en el cuerpo del documento.

Palabras clave: Investigación en evaluación de enfermería, atención de enfermería, espiritualidad, personal de enfermería, enfermedad crónica (DeCS). Cuidado espiritual.

Abstract

Purpose: Assess the effectiveness of educational intervention “Spiritual care in nursing: wholeness of the human being in care”, applied to nursing staff who work with chronic disease patients in modifying the perception on spirituality and spiritual care.

Objectives: Advance psychometric tests of the “Spirituality and Spiritual Care Rating Scale” (SSCRS), design an educational intervention for spiritual care, measure the level of perception of spirituality and spiritual care provided by nursing staff before and after participation/non participation in the intervention.

Methodology: The study was arranged in three phases. (Phase 1): corresponds to psychometric tests of “Spirituality and Spiritual Care Rating Scale”. This was carried out through a cultural adaptation, face, content, and construct validity, this latter with the participation of (n=183) nurses. (Phase 2): the educational intervention was designed according to Campbell’s framework for design and evaluation of complex interventions to improve heath, the theoretical perspective of Boykin and Schoenhofer, McSherry, and the evidence on the related phenomenon. (Phase 3): corresponds to the assessment on the effectiveness of the intervention. A quasi-experimental design was set forth with control and test groups, as well as pre-test and post-test. It included the participation of n=222 nurses and nurse assistants from 3 clinical institutions located in Bogotá, who were selected through convenience sampling and assigned 1:1 for the experimental group (n=112) and control group (n=110), with previous compliance of inclusion criteria

Results: In regard to the scale, it shows a content validity rate (CVR) by the experts of 0.582 and a content validity index (CVI) of 0.919. The construct validity motivated an adjustment in the organization of some items in the 4 sub-scales. The internal consistency reliability for the total scale by Cronbach’s Alpha coefficient was 0,733. In relation to the intervention, statistical analysis demonstrated it was effective in modifying the global level of perception of spirituality and spiritual care in the experimental group ($p \leq 0{,}000$), as well as the sub-scales of perception of spirituality, spiritual care, and personalized care

(p≤0,000). The perception of religiosity did not show significant changes (p≤0,061). Additionally, when comparing the experimental group with the control group, it demonstrated that the intervention was effective in significantly modifying the global final perception of spirituality and spiritual care (p≤0,016); as well as the sub-scales of perception of spirituality, religiosity, and spiritual care. However, the final perception of spiritual care did not show any significant differences when comparing the experimental group with the control group (p≤0,024). Other findings are presented in the body of the document.

Keywords: Nursing Evaluation Research, Nursing Care, Spirituality, Nursing Staff, Chronic Disease (DeCS). Spiritual Care.

Contenido

INTRODUCCIÓN 19

1. CAPÍTULO - MARCO DE REFERENCIA 23

1.1 Significancia Social 23
1.1.1 La espiritualidad y la enfermedad crónica 23
1.1.2 Cuidado espiritual en la enfermedad crónica 25
1.1.3 Percepción del cuidado espiritual por parte de personas con enfermedad crónica y sus familiares 26
1.1.4 Importancia del cuidado espiritual de enfermería durante las situaciones de enfermedad crónica 27
1.1.5 Lineamientos para el cuidado espiritual de enfermería 29
1.1.6 Cuidado espiritual en el contexto social, responsabilidad de enfermería 30

1.2 Significancia Teórica 31
1.2.1 Percepción del cuidado espiritual por parte de los profesionales de la salud durante las situaciones de enfermedad crónica 31
1.2.2 Cuidado espiritual del personal de la salud durante las situaciones de enfermedad crónica 33
1.2.3 Estado actual del cuidado espiritual de enfermería en Latinoamérica 35

1.3 Significancia Disciplinar 39
1.3.1 Cuidado espiritual en el contexto histórico en Enfermería 39
1.3.2. El cuidado espiritual de las personas con enfermedad crónica y el cambio de paradigmas en enfermería 41
1.3.3 Pertinencia disciplinar del cuidado espiritual de enfermería 43
1.3.4 Particularidades del cuidado espiritual de enfermería 44
1.3.5 Prácticas e intervenciones de enfermería durante el cuidado espiritual 45

1.4 Planteamiento del problema 47

1.5 Pregunta de Investigación 48
1.5.1 Preguntas Específicas 48

1.6 Objetivos de Investigación 49
1.6.1 Objetivo General 49
1.6.2 Objetivos Específicos 49

1.7 Hipótesis de trabajo 50
1.7.1 Hipótesis Estadísticas 50

1.8 Clasificación de las variables 50

1.9 Operacionalización de variables dependientes 51

1.10 Operacionalización de la variable independiente 52

1.11 Justificación 53

2. CAPÍTULO- MARCO TEÓRICO 57

2.1 Cuidado desde la perspectiva de Boykin y Schoenhofer 57

2.2 Espiritualidad 60
2.2.1 Diferencias entre religión y espiritualidad 62
2.2.2 Diferencias entre las variables psicológicas y espiritualidad 63

2.3 Cuidado espiritual 63
2.3.1 Atributos y características del cuidado espiritual 66
2.3.2 Competencias en el cuidado espiritual 69
2.2.3 Factores relacionados con el cuidado espiritual durante las situaciones de enfermedad crónica 71
2.3.3 Intervenciones educativas de enfermería en la formación de cuidado espiritual 73

2.4 Espiritualidad y Cuidado Espiritual de acuerdo con McSherry 78

2.5 Relación teórica entre la teoría de cuidado de Boykin y Schoenhofer y la de cuidado espiritual de McSherry 83

3. CAPÍTULO - MARCO METODOLÓGICO 86

3.1 Tipo de estudio 86

3.2 Descripción del diseño cuasi-experimental 87

3.3 Riesgos del diseño cuasi experimental 89
3.3.1 Causalidad 89
3.3.2 Manipulación 90
3.3.3 Validez Interna 90
3.3.4 Validez Externa 92
3.3.5 Universo, población y muestra 93

3.4 Criterios de Inclusión 94

3.5 Criterios de Exclusión 95

3.6 Medición 95

3.7 Descripción del estudio 96
3.7.1 Fase 1-Pruebas psicométricas de la “Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual” 97
3.7.2 Fase 2- Diseño de la intervención educativa 98
3.7.3 Fase 3-Evaluación de la efectividad de la intervención educativa 103

3.8 Análisis de los datos 108
3.8.1 Métodos estadísticos 108

3.9 Aspectos éticos de la investigación 110

4. CAPÍTULO - MARCO DE ANÁLISIS Y RESULTADOS 113

4.1 Análisis psicométricos de la “Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual” 114
4.1.1 Traducción y re-traducción 114
4.1.2 Validez facial o aparente 114
4.1.3 Validez de contenido 116
4.1.4 Prueba Piloto 119
4.1.5 Validez de Constructo 119
4.1.6 Confiabilidad 125

4.2 Análisis descriptivo de la muestra total y por grupos (experimental y control) 126
4.2.1 Percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica 128

4.3 Análisis de normalidad de los datos 135

4.4 Análisis inferencial de la muestra total y por grupos (experimental y control) 136

5. CAPÍTULO – DISCUSIÓN 142

5.1 Respecto a los procesos de validez y confiabilidad de la escala 143

5.2 Respecto al análisis descriptivo e inferencial de la muestra total y por grupos 146
5.2.1 Caracterización de la muestra total y por grupos 146
5.2.2 Comparación en la puntuación de la percepción inicial y final de la espiritualidad y el cuidado espiritual en el grupo experimental 148
5.2.3 Comparación en la puntuación de la percepción inicial y final de la espiritualidad y el cuidado espiritual en el grupo control 151
5.2.4 Comparación inicial y final de los grupos experimental y control 151
5.2.5 Comparación entre la percepción de la espiritualidad el cuidado espiritual del personal de enfermería y los resultados de otras intervenciones descritas en la literatura 157
5.2.6 Comparación entre la percepción de la espiritualidad el cuidado espiritual del personal de enfermería y las variables influyentes o confusas 162
5.2.7 Relación entre la percepción de la espiritualidad el cuidado espiritual del personal de enfermería las variables influyentes o confusas 163

5.2.8 Aporte de la investigación para la educación en cuidado espiritual al personal de enfermería que cuidan a una persona con enfermedad crónica 165

6. CAPÍTULO - CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....171

6.1 Conclusiones 171
6.1.1 Respecto a la validez y confiabilidad de la escala 171
6.1.2 Respecto a la efectividad de la intervención educativa..... 172
6.1.3 Respecto a la construcción y desarrollo de la intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: Integralidad del ser humano en el cuidado” 175

6.2 Aportes de la investigación 176

6.3 Limitaciones 179

6.4 Recomendaciones 179

ANEXOS 182

BIBLIOGRAFÍA 207

Lista de figuras

Figura 3-1: Esquema del diseño de la investigación 89
Figura 3-2: Fases del estudio 97
Figura 3-3: Plan de análisis de los datos 110
Figura 4-1: Comparación de la percepción inicial y final total de la espiritualidad y el cuidado espiritual en el grupo experimental 129
Figura 4-2: Comparación inicial y final de las percepciones de la espiritualidad, cuidado espiritual, religiosidad y cuidado personalizado en el grupo experimental 131
Figura 4-3: Comparación de la percepción inicial y final total de la espiritualidad y el cuidado espiritual en el grupo control 132
Figura 4-4: Comparación inicial y final de las percepciones de la espiritualidad, cuidado espiritual, religiosidad y cuidado personalizado en el grupo control 134

Lista de tablas

Tabla 2-1: Taxonomía de espiritualidad 79
Tabla 3-1: Descripción de las fases de la intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado” 105
Tabla 4-1: Observaciones por ítem efectuadas por el personal de enfermería participante en la validez aparente de la escala.....115
Tabla 4-2: Cálculo validez de contenido de la escala.....117
Tabla 4-3: Cálculo de CVI por sub-escalas de la escala 117
Tabla 4-4: Distribución de variables sociodemográficas del personal de enfermería participante en la validez de constructo de la escala.....120
Tabla 4-5: Varianza explicada para cuatro factores de la escala 121
Tabla 4-6: Matriz de componentes rotados de la escala 122
Tabla 4-7: Reorganización de los ítems de acuerdo con las cargas factoriales en las cuatro sub-escalas.....123
Tabla 4-8: Agrupación de los ítems de la escala de espiritualidad y cuidado espiritual en su versión en español 124
Tabla 4-9: Distribución de respuesta de los participantes en los ítems de la escala 124
Tabla 4-10: Confiabilidad total de la escala de espiritualidad y cuidado espiritual 125
Tabla 4-11: Confiabilidad por sub-escalas de la escala de espiritualidad y cuidado espiritual 126
Tabla 4-12: Caracterización del personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica 126
Tabla 4-13: Distribución de del personal de enfermería respecto a las variables intervinientes o confusas del fenómeno de estudio.....127
Tabla 4-14: Prueba de normalidad de los datos 136
Tabla 4-15: Comparación inicial y final de los grupos experimental y control.....137
Tabla 4-16: Comparación entre la escala total y las sub escalas iniciales y finales del grupo experimental.....138
Tabla 4-17: Comparación entre la escala total y las sub escalas iniciales y finales del grupo control 139
Tabla 4-18: Correlación entre la percepción de la espiritualidad el cuidado espiritual del personal de enfermería y las variables influyentes o confusas.....141
Tabla 6-1: Sistema conceptual-teórico-empírico (CTE).....166

Introducción

La enfermedad crónica es considerada una problemática de salud pública, que genera un gran impacto como resultado de diversos fenómenos sociales intervinientes, como la práctica de estilos de vida poco saludables, el consumo masivo de sustancias nocivas y modelos industriales inadecuados, que están generando un enorme impacto especialmente entre los países de bajos y medianos ingresos (Organización Mundial de la Salud, 2012a; Organización Mundial de la Salud, 2012b, págs. 35-37).

"De los 57 millones de muertes que tuvieron lugar en el mundo en 2008, 36 millones, es decir el 63%, se debieron a enfermedades no transmisibles (ENT)" (Organización Mundial de la Salud, 2011). En Colombia alrededor de 202,000 personas han muerto en 2014 por enfermedades crónicas y se considera que un porcentaje importante de la población presenta factores de riesgo importantes para la incidencia de estas enfermedades (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Por este motivo, con el fin de priorizar el tipo de investigación en salud que requiere Colombia Agudelo et al., (2009), adelantaron un ejercicio con métodos recomendados en el ámbito internacional, como la matriz combinada propuesta por el Foro Mundial para la Investigación en Salud. Sus resultados señalan que en el país es prioritaria la investigación en el campo de las ECNT.

De alguna manera, la grave situación que trae consigo la carga de la enfermedad crónica desde la salud pública ha sido discutida y explorada en diferentes instancias los últimos años. No obstante, la carga personal de quienes padecen estas enfermedades no ha sido reconocida en su totalidad, así como tampoco los mecanismos que tienen estas personas para afrontarla y seguir viviendo a pesar de las circunstancias.

La persona con enfermedad crónica vive una situación de vulnerabilidad personal y social, secundaria a los cambios producidos en su vida por causa de la enfermedad y

donde se producen periodos de remisión y recaída, alteraciones en los roles, redes sociales, escala de valores y equilibrio familiar, entre otros. Cuando esto ocurre, entra en un proceso de confrontación con su situación y consigo mismo, que lo lleva a experimentar una revaluación de su propia espiritualidad, (en un proceso de tránsito en la búsqueda de significado, propósito, fortaleza). Es en este momento, cuando la persona se hace más consciente de su propia espiritualidad y adquiere una serie de necesidades espirituales que deben ser resueltas. La espiritualidad por lo tanto proporciona respuestas a cuestionamientos personales, permite adquirir un nuevo significado de la vida y de la situación que afronta y, en este sentido, la persona aprende a vivir y aceptar su condición, llevándola a adquirir bienestar espiritual y desarrollar una nueva perspectiva espiritual, que influirá en sus dimensiones físicas y psicosociales.

La espiritualidad por lo tanto, puede convertirse en un recurso importante para las personas con enfermedad crónica, que ha demostrado tener efectos positivos sobre la salud y bienestar al permitir a quienes la padecen sobrellevar las problemáticas que surgen en la cotidianidad y a la vez darles esperanza, fortaleza y significado para continuar con su vida.

El profesional de enfermería tiene un papel importante, no solo supliendo las necesidades físicas del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, sino proporcionando cuidado espiritual a la persona durante el proceso de transición en la búsqueda de significado y propósito de la situación que enfrenta, en la resolución de sus necesidades espirituales y el fortalecimiento espiritual. Sin embargo, a pesar de la importancia del cuidado espiritual que puede proveer enfermería en estos casos, la evidencia señala la baja participación del personal de enfermería en el cuidado espiritual, siendo una de las causas, la falta de educación y formación en la temática.

Lo anterior motivó de manera importante el desarrollo del presente trabajo, sumado a la necesidad de formación y preparación del personal de enfermería en los temas de espiritualidad y cuidado espiritual que se manifiesta en los estudios internacionales y los pocos conducidos en Latinoamérica.

En enfermería se habla con frecuencia de la necesidad de empoderar a los individuos durante la vivencia de la enfermedad crónica y de esta manera aumentar su fortaleza

para que puedan impulsar cambios positivos en su vida. La espiritualidad ha demostrado ser un recurso para impulsar esa fuerza frente a la enfermedad en las personas, pero ¿cómo brindar cuidado espiritual si quizás en el personal de enfermería apenas existe una comprensión instintiva de lo que es este cuidado? ¿Es posible crear un camino desde el cual el personal de enfermería pueda proporcionar un cuidado más integral como el que demandan las organizaciones y las instituciones de salud y de educación superior, por medio del conocimiento y la práctica del cuidado integral? ¿Puede el cuidado espiritual de enfermería apoyar el empoderamiento de las personas con enfermedad crónica?

A lo largo del presente documento, se evidenciará que el personal de enfermería tiene un papel fundamental en la provisión del cuidado espiritual de las personas con enfermedad crónica, que sí es posible crear un camino para el cuidado integral y asumir los retos que proponen las teorías modernas en enfermería, que ven en el cuidado holístico su eje fundamental; sino también que es posible asumir el reto de mostrar al personal de enfermería cómo pueden proporcionar cuidado espiritual en la práctica asistencial.

Por lo tanto y de acuerdo con lo anterior, el presente estudio tuvo como propósito evaluar la efectividad de la intervención educativa titulada “Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado”, para el personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica, a fin de conocer si esta fortalece su nivel de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual. Para llevar a cabo esta evaluación, se planteo un diseño cuasi experimental con dos grupos (experimental y control) y pre y pos prueba. En los capítulos que se presentan a continuación se describe el desarrollo que tuvo el presente estudio, así como las fases y procedimientos que se siguieron para dar cumplimiento al objetivo propuesto.

El *primer capítulo* corresponde al marco de referencia. Se desarrolló bajo la propuesta de Fawcett (1999) y presenta la significancia social, teórica y disciplinar del fenómeno de estudio, así como el planteamiento del problema, justificación, propósito, objetivos, hipótesis y marco conceptual. El *segundo capítulo* desarrolla el marco teórico. Establece el estado actual del conocimiento en torno a la espiritualidad en salud, el cuidado espiritual, los factores relacionados y las propuestas de intervención existentes sobre la temática. El *tercer capítulo* corresponde al marco del

diseño. Incluye la descripción del diseño y sus riesgos, estrategias para el control de los sesgos, universo, población, muestra para las diferentes fases del estudio, criterios de inclusión y exclusión de los participantes, conceptualización y desarrollo de las variables, descripción de las fases del estudio, plan de análisis ejecutado y los aspectos éticos de la investigación. El *cuarto capítulo* desarrolla el marco de análisis y resultados. Presenta los resultados del análisis psicométrico de la "Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual", así como el análisis descriptivo e inferencial de la muestra total y por grupos (experimental y control) de la intervención educativa. *El quinto capítulo* expone los hallazgos del estudio a la luz de la literatura existente y los contrasta. Se describe además la estructura conceptual, teórica y empírica que establece el proceso empírico contemplado a lo largo de la investigación en la prueba de teoría. Por último, el *sexto capítulo* presenta las conclusiones, limitaciones, aportes y recomendaciones de la investigación.

1. Capítulo - Marco de Referencia

El marco de referencia que se presenta a continuación muestra el panorama general del área temática y la justificación de la investigación en el establecimiento de la efectividad de una intervención educativa para fortalecer el cuidado espiritual del personal de enfermería que trabaja con personas en condición de enfermedad crónica, a partir de las significancias social, teórica y disciplinar para enfermería.

- **Área Temática:** Cuidado espiritual de enfermería a personas con enfermedad crónica.
- **Fenómeno de Estudio:** Diseño y prueba de una intervención educativa para fortalecer el cuidado espiritual del personal de enfermería que trabaja con personas en condición de enfermedad crónica.
- **Línea de Investigación:** Cuidado de Enfermería al paciente crónico
- **Grupo:** Cuidado de enfermería al paciente crónico.

1.1 Significancia Social

1.1.1 La espiritualidad y la enfermedad crónica

La enfermedad crónica es una condición de salud definida como la alteración del funcionamiento normal de la persona durante un periodo de tiempo mínimo de seis meses, en la cual se vive un proceso que es percibido como amenazante o discapacitante, de naturaleza multicausal, que no puede ser rectificado en forma rápida o fácil y que tiende a la progresión. Según la clasificación de enfermería para el cuidado de las personas con enfermedad crónica hay cuatro grupos: (1) las que deben modificar su estilo de vida para mejorar su pronóstico, (2) las que tienen dolor limitación o mutilación, es decir una condición discapacitante, (3) las que enfrentan situaciones de estigma o

limitación social y (4) las que enfrentan de manera cercana el temor de morir (Barrera, Pinto, & Sánchez, 2010).

Diferentes estudios desarrollados en los grupos mencionados documentan la importancia de la espiritualidad durante las situaciones de enfermedad crónica como por ejemplo en pacientes con cáncer, diabetes, dolor crónico, enfermedad cardiovascular, hemodiálisis y VIH/SIDA, así como en sus procesos de duelo y rehabilitación.

Algunos de los estudios evidencian la contribución de la espiritualidad en la respuesta inmunológica, adaptación frente a situaciones de diagnóstico y tratamiento y la toma de decisiones. También hacia una mejor perspectiva y crecimiento personal, la resolución de problemas y la responsabilidad frente al manejo de la enfermedad entre las personas afectadas y sus parejas (Lissoni, et al., 2008; Vespa, Jacobsen, Spazzafumo, & Balducci, 2011; Walton & Sullivan, 2004; Cattich & Knudson, 2009).

Igualmente, la espiritualidad favorece un mejor afrontamiento ante el dolor, la calidad de vida y el manejo de los sentimientos de desesperación asociados con frecuencia a esta condición. Se ha documentado que la espiritualidad también promueve una mayor satisfacción con la vida, la adaptación psicológica, el equilibrio personal, la autoestima y una sensación de significado, propósito, esperanza y confianza. Así mismo, ayuda a superar la soledad, aumentar la conexión con la vida y la posibilidad de hacer nuevos proyectos (después de situaciones como el duelo) y mejorar la depresión y la ansiedad producto de la enfermedad (Büssing, et al., 2009; Rippentrop, 2005; Canada, Parker, de Moor, Basen-Engquist, Ramondetta & Cohen, 2006 ; McClain-Jacobson, Rosenfeld, Kosinski, Pessin, Cimino & Breitbart, 2004; Esa, et al., 2010; Walton, 2002; Thuné-Boyle, Stygall, Keshtgar & Newman, 2006; Simon, Crowther & Higgerson, 2007; Yoffe, 2006; Yi, et al., 2006; Delaney, Barrere & Helming, 2011).

Otros estudios muestran cómo la espiritualidad se convierte en un medio de fuerza, apoyo y poder transformador ante la crisis existencial, en especial cuando sus recursos materiales y sociales se ven disminuidos y cómo el bienestar religioso (en un sentido de conexión con un poder más alto), se convierte en un predictor importante para la satisfacción con la vida, la angustia y la capacidad funcional (Chow, 2010; Waldron-Perrine, Rapport, Hanks, Lumley, Meachen & Hubbarth, 2011).

De acuerdo con lo anterior, la espiritualidad se presenta como un recurso significativo que puede facilitar el afrontamiento, mejorar la perspectiva personal de vida y dar sentido a la misma cuando se tiene una enfermedad crónica.

1.1.2 Cuidado espiritual en la enfermedad crónica

La enfermedad crónica se da en un curso donde se presentan periodos de remisión y recaída, que afectan la autonomía, la independencia y el desarrollo e incrementan la conciencia espiritual (Barrera, Pinto & Sánchez 2010; Yanez, et al., 2009). Sánchez (2009) expresa además: "cuando una persona, sea o no creyente, confronta la enfermedad o la discapacidad tiende a sentir vacío y falta de control sobre su vida. El uso de estrategias de afrontamiento espiritual y en particular, religioso puede ayudarla" (pág. 15-16). De esta manera, la espiritualidad puede convertirse en un recurso importante para las personas con enfermedad crónica que ha demostrado tener efectos positivos sobre su salud y bienestar, al permitirle sobrellevar las problemáticas que surgen en la cotidianidad a la vez que puede darle la esperanza y significado para continuar con su vida.

Cuando la persona se enfrenta a estrés emocional, enfermedad crónica o cercanía con la muerte puede experimentar falta de armonía entre mente, cuerpo y espíritu y requerir por lo tanto de cuidado espiritual. La literatura refiere que este facilita la salud espiritual, en un equilibrio entre los aspectos biopsicosociales y espirituales de la persona que promueve un sentido de plenitud y bienestar (Taylor & Mamier, 2005). La enfermera que se encuentra cercana y es responsable del cuidado de una persona con enfermedad crónica está en capacidad de promover estrategias espirituales (Baldacchino & Draper, 2001) y para la promoción de dichas estrategias espirituales es importante el reconocimiento y la identificación de lo que son las necesidades espirituales. De acuerdo con la literatura en este ámbito se establece que:

- La necesidad espiritual como lo manifiesta Wright (Citado por Delgado, 2007) es aquella donde se da sentido a la enfermedad o la discapacidad, donde se busca afirmar la relación con uno mismo o conectarse con otros (incluyendo la naturaleza o Ser Supremo) y desarrollar valores trascendentes, como esperanza, fe, confianza, coraje, amor y paz.

- La necesidad espiritual es una necesidad de amor, pertenencia y respeto a lo divino. De positividad, gratitud, esperanza, paz, significado y propósito. De la moral y la ética, de la apreciación de la belleza y de la resolución ante la muerte (Galek, Flannelly, Vane, & Galek, 2005).
- Según Leder citado por Galek et al. (2005), la necesidad espiritual es la de tratar de estar en comunión con lo sagrado, de ser absorbidos por la maravilla estética de la vida y de dar y recibir compasión.
- La necesidad espiritual se refiere a la religiosidad, experiencias trascendentes, sentimientos afectivos (como paz, comodidad y felicidad), los valores (como salud, fe y esperanza); y otras como las inquietudes sobre la muerte y las pérdidas (Emblen & Halstead, 1993).

Considerando lo anterior, se reconoce que la vivencia de una enfermedad crónica, aumenta la conciencia de la persona de su propia espiritualidad y genera una serie de necesidades espirituales que pueden ser identificadas y abordadas por el personal de enfermería. Es importante el reconocimiento de la espiritualidad en esta condición de salud y el efecto que tiene sobre el bienestar y la calidad de vida de las personas.

1.1.3 Percepción del cuidado espiritual por parte de personas con enfermedad crónica y sus familiares

Respecto a la importancia atribuida a la espiritualidad por las personas y familiares, autores como Taylor (2003, 2007) y Simon, et al. (2007) manifiestan en sus estudios que los pacientes con enfermedad crónica (en este caso cáncer) utilizan prácticas espirituales como la oración, el fortalecimiento de la fe y la relación con Dios para enfrentar la enfermedad, tomar decisiones sobre el tratamiento, afrontar los problemas físicos y emocionales, mantener una actitud positiva, reducir el miedo, encontrar voluntad para vivir y sentido de vida. Por lo tanto, las creencias espirituales influyen de forma inevitable en la toma de decisiones sobre el cuidado de la salud, tanto en el manejo de la enfermedad como en la prevención de la misma.

Schmidt citado por Rieg, Mason y Preston (2006) plantea que cuando una persona se enfrenta a la pérdida de sus capacidades físicas y/o mentales como ocurre en la rehabilitación, esta puede experimentar sentimientos de ira, negación y otras formas de

respuesta al dolor. Estas situaciones generan necesidades de cuidado espiritual particulares, en la cuales el soporte a pacientes y familiares que recurren a su fe como recurso representan una forma importante de ayudarlos no solo a encontrar esperanza en su rehabilitación sino también a fortalecer sus creencias espirituales.

McSherry y Smith (2007), Pinto (2007) y O'Shea, Wallace, Griffin y Fitzpatrick (2011) opinan que la espiritualidad es relevante en diferentes situaciones de salud o enfermedad y que cruza todas las edades incluyendo al niño y su familia. Ellos manifiestan que tanto en los niños sanos como enfermos graves se presentan necesidades espirituales con pensamientos y sentimientos sobre sus creencias espirituales, la oración y Dios, vinculadas tanto a su etapa de desarrollo cognitivo como a sus experiencias previas.

También estudios como los de Halstead y Hull (2001), Taylor (2007) y White et al., (2008) señalan que para los pacientes es grato e importante contar con el interés y la preocupación de los profesionales de la salud en sus necesidades espirituales; sin embargo, se ha reportado que pocas veces esas necesidades estaban siendo satisfechas como lo expresaron Astrow, Wexler, Texeira y He (2007).

En resumen, las bondades e importancia de la espiritualidad para las personas con enfermedad crónica y sus familiares son reconocidas en todas las etapas del ciclo vital y pese a que muchos individuos manifiestan satisfacción con el interés de parte de los profesionales de la salud respecto a sus necesidades espirituales, estás no siempre están siendo tenidas en cuenta de manera adecuada.

1.1.4 Importancia del cuidado espiritual de enfermería durante las situaciones de enfermedad crónica

La persona con enfermedad crónica de acuerdo con Creel y Tillman (2008) vive una situación de vulnerabilidad personal y social secundaria a los cambios producidos en su vida por la enfermedad, entra en un proceso de reevaluación personal de su propia espiritualidad, que la lleva a adquirir una mayor conciencia espiritual (Tanyi, 2002, pág. 502). Este tránsito en la búsqueda de sentido, significado y propósito promueve una redefinición de sí mismo y de la situación, así como de una serie de necesidades espirituales que deben ser resueltas para lograr trascender (Reed, 1992). Cuando se encuentran las respuestas a los cuestionamientos personales y se adquiere el nuevo

significado de la vida y de la situación que se vive, la persona es capaz de experimentar paz, confianza, esperanza y una mejora en las percepciones del pasado y la anticipación del futuro, permitiendo la aceptación de las condiciones de vida difíciles que enfrenta, llevándola de esta manera a un estado de bienestar espiritual que puede ser capaz de influir en las dimensiones físicas, emocionales y sociales de la persona tal como lo manifiesta Haase, Britt, Coward, Kline y Penn (1992).

Es en este proceso donde el profesional de enfermería tiene un papel importante, no solo supliendo las necesidades físicas del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, sino también acompañando a la persona durante este proceso de transición en la búsqueda de significado y propósito a la situación que enfrenta y en la resolución de sus necesidades espirituales y fortalecimiento espiritual, permitiendo a la persona alcanzar un estado de bienestar, de mejor calidad de vida y de salud. La literatura evidencia que el cuidado espiritual es importante tanto en pacientes religiosos como no religiosos (Narayanasamy, 2004; Creel & Tillman, 2008).

El alivio del sufrimiento generado en situaciones de enfermedad crónica es uno de los objetivos prioritarios, si se considera que son enfermedades incurables o son simplemente manejadas y donde la capacidad del personal de enfermería debe avanzar no solo en los procedimientos para el tratamiento físico, sino también hacia las causas emocionales, existenciales y trascendentes de la persona; razón por lo cual se hace necesario que enfermería reconozca la importancia del cuidado espiritual en la práctica y se capacite en el cuidado de las áreas existenciales y trascendentales de la persona.

De acuerdo al informe de Indicadores Básicos en Salud (2012), en Colombia solo hay 0,61 enfermeras y 3,78 auxiliares de enfermería por cada 1000 habitantes y, aunque no se conocen estudios que establezcan la razón de enfermeras y auxiliares de enfermería por cada paciente hospitalizado en el país, es importante señalar que debido al reducido número de enfermeras en los servicios asistenciales y a la carga administrativa que estas han asumido, el cuidado básico así como el cuidado integral de las personas recae en las auxiliares de enfermería; razón por lo cual es importante que todo el personal de enfermería reciba la capacitación necesaria en el tema de espiritualidad y cuidado espiritual (Lopera de Peña, 2014).

Para la disciplina de enfermería es fundamental contribuir con la satisfacción de las necesidades de las personas con enfermedad crónica y sus familias, y en consecuencia, a mejorar su salud y bienestar. Por lo tanto, la provisión de cuidado espiritual por parte del personal de enfermería es importante y requerido en la práctica asistencial.

1.1.5 Lineamientos para el cuidado espiritual de enfermería

Asociaciones, códigos de ética y organizaciones a nivel nacional e internacional establecen algunas directrices para el ejercicio del cuidado espiritual en la práctica de enfermería. En este sentido, la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (2008) especifica que deben valorarse las creencias espirituales en todos los pacientes y contar con la disponibilidad de apoyo espiritual. El *International Council of Nurses* (2007) incluye en su visión del futuro de enfermería y del cuidado de enfermería, la satisfacción de las necesidades espirituales y emocionales como una de sus prioridades. *The American Association of Colleges of Nurses* (1998) identifica el cuidado espiritual como un componente integral de la educación en enfermería y determina que los graduados de enfermería deben "anticipar, planificar y gestionar las necesidades espirituales del paciente, su familia y cuidador". Finalmente, la *American Holistic Nursing Association* (2014) establece la importancia del cuidado integral en la atención de las necesidades de las personas en todos los ámbitos incluyendo el espiritual.

En Colombia, el Código de Ética de Enfermería (1998) expresa en el significado del acto de cuidado, el reconocimiento de las necesidades de la persona derivadas de su estado de salud o enfermedad. Manifiesta además que el ejercicio de enfermería comprende valores y principios que contemplan aspectos de la espiritualidad de la persona y su salud espiritual. Algunos valores predominantes en la enfermería colombiana son la salud física, psicológica y espiritual; la relación solidaria con los demás; y el valor de la persona humana y su dignidad. Esta última considera que el ser humano tiene la necesidad de determinadas condiciones biológicas para que su cuerpo sirva como medio de expresión de realidades espirituales tales como la libertad, la felicidad, el amor, la tolerancia, la búsqueda de lo verdadero y del bien, entre otras (Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, 1998).

Así mismo en la Ley 266 de 1996 que reglamenta la profesión de enfermería en Colombia, se establece entre los deberes y principios, la integralidad y totalidad desde

las cuales se orientan los procesos de cuidado hacia la atención de las necesidades físicas, sociales, mentales y *espirituales* de la persona, familia o comunidad, así como el principio de individualidad en el cual debe comprenderse el entorno y las necesidades individuales para brindar un cuidado humanizado (Congreso de la República, 1998).

De acuerdo con lo anterior, se entiende que el cuidado espiritual es un deber del profesional de enfermería durante las situaciones de cronicidad y en todas las situaciones de cuidado de la salud. Sin embargo, también es importante considerar que de acuerdo con la Ley 266 de 1996 (artículo 21) el profesional de enfermería también tiene derecho a acceder y recibir oportunidades de progreso profesional y social, así como a condiciones de trabajo que aseguren una atención de enfermería de calidad para toda la población colombiana. Lo anterior implica que los profesionales de enfermería pueden necesitar y tienen derecho a recibir una formación integral, que incluya y fortalezca su percepción sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual, de manera que puedan brindar un cuidado de calidad en la práctica de enfermería.

1.1.6 Cuidado espiritual en el contexto social, responsabilidad de enfermería

El interés del cuidado espiritual por parte de enfermería, se produce al unísono del interés observado en la sociedad, que como lo manifiesta Sánchez (2004), “busca redimensionar la existencia y en medio de la frustración que el contexto le genera, mira caminos de resguardo y sanación” (pág. 37).

En un reportaje del periódico *El Tiempo*, Rodríguez y Ortiz (2011) expresan que las personas están en la búsqueda de respuestas, de significados, de guía y de un revivir espiritual en sus vidas. Esperan ser sanadas en lo físico y espiritual, quieren soluciones a sus problemas, a sus destinos, a sus angustias existenciales y materiales, así como curar sus dolores.

En Colombia con la libertad de culto en 1991, la apertura de múltiples creencias en la sociedad es una realidad con una variada gama de cultos: cristianos, no cristianos, ateos, algunos con posturas idealistas, individualistas o pietistas y otros que viven la inmediatez con fuerza e intensidad (Navarro, 2009). Esta apreciación social de componentes de la

espiritualidad, se hace evidente para enfermería durante el ejercicio de su práctica en la relación que establece con las personas a su cuidado y que implican una respuesta adecuada y significativa de su parte.

Enfermería, como disciplina profesional tiene la responsabilidad de dar respuesta a las necesidades sociales de las personas, según los límites y el ámbito de su conocimiento. Por lo tanto, si existe un revivir espiritual en la sociedad y en la vida de las personas, se debe responder a esta necesidad como parte del cuidado integral dentro del servicio que presta y buscar a través de ello, mejorar la salud y la calidad de vida de la población.

1.2 Significancia Teórica

1.2.1 Percepción del cuidado espiritual por parte de los profesionales de la salud durante las situaciones de enfermedad crónica

La percepción del cuidado espiritual por parte de los profesionales de la salud está divida en tres categorías: la primera, en quienes la apoyan; la segunda, en quienes la consideran importante pero no la incorporan en su práctica y la tercera, entre quienes la consideran una labor que debe ser abordada únicamente a través de equipos multidisciplinarios.

En relación con quienes la apoyan, se encuentran en la literatura profesionales de disciplinas como enfermería, medicina, psiquiatría, cuidados paliativos, psicología y capellanía. Se ha manifestado la importancia del cuidado espiritual por su significado para los pacientes y familiares y los efectos positivos para su salud y el bienestar. Estudios de terapistas físicos, entrenadores físicos y médicos de atención primaria señalan la relevancia del cuidado espiritual en su práctica, tal como establecen los estudios de Murray, Kendal, Boyd, Wort y Benton (2003); Highfield y Osterhues (2003); McCauley, Jenckes, Tarpley, Koenig, Yanek y Becker (2005) y Mcknight y Juillerat (2011).

Con respecto a quienes consideran importante el tema de la espiritualidad pero no lo abordarían en la práctica a menos que el paciente lo solicite, se encuentran los estudios de Monroe et al., (2003) que exploró la voluntad de los médicos para abordar la religión y

la espiritualidad durante el encuentro médico y el de Nimr, Green y Salib (2004), quienes exploraron la opinión de profesionales de salud mental (psiquiatras, enfermeras y médicos generales), con respecto al cuidado espiritual en un hospital del Reino Unido.

Algunas de las razones que expone la literatura como dificultades para la provisión del cuidado espiritual están relacionadas con el temor de algunos profesionales para la resolución de los problemas espirituales de sus pacientes, la falta de tiempo, las dificultades en la diferenciación de los aspectos religiosos y espirituales, la falta de preparación en la temática (Abbas & Dein, 2001; Murray, Kendall, & Boyd, 2003; McCauley, et al., 2005) y las dificultades en la inclusión del cuidado espiritual en las políticas de los países, así como el manejo de situaciones organizacionales (Sinclair, Mysak, & Hagen, 2009; Bentur & Resnizky, 2010).

Finalmente entre quienes consideran el cuidado espiritual como una labor importante que debe ser abordada en equipos multidisciplinarios, se encuentra Puchalski, Lunsford, Harris y Miller (2006) quienes manifiestan que “el cuidado espiritual es un elemento importante del “profesionalismo” entre el personal de la salud (…). El cuidado espiritual es interdisciplinario y en tal sentido, cada miembro del equipo tiene responsabilidades de proporcionar cuidado espiritual” (pág. 398-416). Así mismo, Edwards, Pang, Shiu y Chan (2010) manifiestan que los profesionales de la salud reconocen que la evaluación del cuidado espiritual es parte de las actividades de la enfermera; sin embargo, todos los profesionales, incluyendo médicos, trabajadores sociales, psicólogos o consejeros, pueden contribuir (en un ambiente no jerárquico), con una posible combinación de estas funciones.

De esta manera, puede decirse que a pesar de las diferentes posiciones sobre el abordaje del cuidado espiritual, hay un reconocimiento permanente sobre su importancia.

Percepciones y posiciones del personal de enfermería, frente al cuidado espiritual en la práctica. Con relación a la posición del personal de enfermería frente al cuidado espiritual, puede decirse que se afirma su importancia y se siente responsable por el cuidado espiritual; sin embargo, su participación en la práctica es baja en la mayoría de los casos como lo reportan los estudios de Kristeller, Zumbrun y Schilling (1999); Taylor, Amenta y Highfield (1995); Hubbell, Woodard, Barksdale-Brown y Parker (2006) y

Lundmark (2006), con algunas excepciones en la literatura (Van Dover & Bacon, 2001). Las causas descritas en los estudios sobre la baja participación del personal de enfermería en el cuidado espiritual, están relacionadas con aspectos como la falta de tiempo, la falta de educación y formación en la temática, la poca aceptación por parte de las Instituciones de salud y la velocidad con que ocurren las situaciones en la práctica, entre otros.

Lo anterior evidencia que existen diferentes puntos de vista en relación con la inclusión del cuidado espiritual por parte de los profesionales de la salud. Se expone su importancia, así como algunas dificultades para su aplicación en la práctica.
De manera puntual en los estudios desarrollados en enfermería, se describen algunas características del cuidado espiritual en contextos y poblaciones diferentes. De estos estudios, pocos se han realizado con personal de enfermería en situaciones específicas de enfermedad crónica, encontrándose algunos en enfermeras oncológicas como los de Taylor (2003, 2006, 2005).

1.2.2 Cuidado espiritual del personal de la salud durante las situaciones de enfermedad crónica

Los estudios reportan algunas de las intervenciones efectuadas por el personal de salud como parte del cuidado espiritual, así como competencias específicas para proporcionarlo. En este aparte se describe lo expuesto desde otras disciplinas y en la significancia disciplinar se expondrán los aspectos relacionados específicamente por enfermería.

Dentro de las intervenciones efectuadas por los profesionales en terapia ocupacional se encuentran las que maximizan el desempeño funcional del paciente, las de adaptación y modificación del medio ambiente, reminiscencia y terapia paliativa, atención a cuidadores (familiares o amigos), terapias de grupo, actividades pasivas y el uso terapéutico de sí mismo (Shu Shan, 2009). En trabajo social, se generan relaciones significativas durante prácticas como el yoga, la oración, la meditación y el trabajo en la percepción de bienestar interior de los pacientes (Dane & Moore, 2005). Profesionales de cuidados paliativos, medicina familiar, geriatría y oncología ayudan a mantener la paz con sus seres queridos (77.7%), a ser más conscientes de su vida (69.9%), a reconocer la

importancia del valor de su vida (72.8%), a afrontar la enfermedad (87.4%) y a orar por otro (66.0%) (Hanson, 2008).

También se ha establecido que existen competencias para el ejercicio de los profesionales de la salud, entre las cuales se encuentran algunas para el cuidado de la dimensión espiritual de las personas. Estas competencias, han sido abordadas en la literatura por profesionales de medicina familiar y desde el ámbito multidisciplinario en Instituciones de salud, como es el caso del estudio de Anandarajah et al. (2010) y Gordon y Mitchell (2004)

Anandarajah et al. (2010) realizaron un estudio de competencias básicas para el cuidado espiritual, a partir de la reunión de un panel de ocho expertos educadores con experiencia en las temáticas de espiritualidad y salud y medicina familiar. Por medio de una técnica Delphi modificada, el panel identificó 6 conocimientos, 9 habilidades y 4 competencias para el cuidado espiritual, para su posterior aplicación en la formación y en el Consejo de Acreditación para la Educación Médica de Posgrado. Las cuatro competencias resultantes del estudio fueron: La competencia de conocimientos, la competencia en habilidades, la competencia de actitud y las competencias globales de cuidado espiritual; las cuales enfatizan la importancia de la espiritualidad como parte del cuidado, las habilidades para proveerlo, la relación médico-paciente y el autocuidado.

Por otra parte Gordon y Mitchell (2004) del *Marie Curie Hospice* publicaron un modelo de competencias para la evaluación y prestación del cuidado espiritual en cuatro niveles, en el que participan tanto voluntarios como profesionales de diferentes disciplinas de la salud. De acuerdo con los autores, las competencias sirven para definir y cuantificar lo que el personal hace por intuición, formación o experiencia e identifican tres temas centrales: buena práctica, habilidades y límites personales, y formación y necesidades de desarrollo. Los autores no clarifican qué significa para ellos el dar “cuidado espiritual”.

También desde enfermería han sido abordadas las competencias para brindar cuidado espiritual, las cuales han sido expuestas por autores como van Leeuwen y Cusveller (2004); van Leeuwen, Tiesinga, Post y Jochemsen (2006) y Baldacchino D. (2006); competencias que serán expuestas más adelante en el marco teórico del presente documento.

De acuerdo con lo anterior, puede decirse que varias de las actividades efectuadas por el personal de la salud tienen la opción de fortalecer en algún grado el desarrollo espiritual de las personas desde los dominios propios de cada profesión; lo relevante en este caso sería establecer cómo podrían incorporarse en la práctica cotidiana del cuidado de quienes tienen una enfermedad crónica. Igualmente en relación con las competencias para brindar cuidado espiritual, se establece que son importantes para todos los profesionales de la salud y que es relevante la exploración en torno a las variaciones de las competencias que se deben alcanzar durante las situaciones de cronicidad.

1.2.3 Estado actual del cuidado espiritual de enfermería en Latinoamérica

La revisión de los estudios en Latinoamérica sobre la temática de cuidado espiritual demuestra que es un área en la que poco se ha investigado, lo cual es ratificado también por autores como Zavala, Vazquez y Wethsell (2006), pero que parece tener importancia para algunos profesionales de la salud. Se encontraron estudios realizados en Brasil, México, Perú y Colombia dirigidos tanto a la población de pacientes como a profesionales de la salud; sin embargo, el enfoque principal de la mayoría de las investigaciones fue el de la espiritualidad y no el del cuidado espiritual.

Algunas de las temáticas abordadas en Brasil fueron: la expuesta por Nascimiento, Oliveira, Moreno y Machado (2010) sobre la importancia del cuidado espiritual como componente de la práctica de enfermería oncológica en la promoción de la salud de familias con niños y adolescentes con cáncer. En este artículo de reflexión se presentan algunos aspectos sobre la formación de la enfermera para proporcionar el cuidado espiritual y el conocimiento de la espiritualidad personal para efectuarlo. Se señala la necesidad de realizar investigación en esta área.

También se encuentra el estudio de De Souza, Maftum y Mazza (2009), que describió las experiencias de cuidado de enfermería en la dimensión espiritual de diez estudiantes de pregrado de último año. Los resultados reconocen las dificultades en el cuidado del paciente y se expresa que el desconocimiento del tema hace que sea difícil sentirse seguro y proporcionar cuidado en la dimensión espiritual.

Benko y Silva (1996) realizaron un estudio que buscó establecer la opinión de los docentes de enfermería sobre la inclusión de la espiritualidad y el cuidado espiritual dentro del programa de educación de pregrado de enfermería. En este estudio se entrevistaron a 24 docentes, de los cuales el 95,8% pensó en el ser humano como ser espiritual y el 66,6% de ellos consideró la importancia de la inclusión del cuidado espiritual en su programa educativo. Los autores manifiestan que es necesaria la reflexión sobre este tema.

Souza, Roque y López (2010) establecieron la opinión de los profesionales de la salud sobre la influencia de la espiritualidad-religiosidad de los usuarios en el proceso salud-enfermedad. Este estudio cualitativo interpretativo señala que los profesionales de la salud poseen concepciones ambiguas sobre la influencia de la espiritualidad/religiosidad de los usuarios en la salud. Los autores manifiestan que los profesionales respetan esa dimensión, pero no hacen uso de ella en la terapéutica.

Zavala, Vázquez y Wethsell (2006) en México hicieron un estudio que estableció la correlación entre el bienestar espiritual y los niveles de ansiedad de 190 pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Los resultados mostraron que el bienestar espiritual fue de moderado a alto (40.7% hombres y 47.1% mujeres) y la ansiedad moderada en hombres (59.3%) y mujeres (74%). Se encontró una correlación significativa entre las dos variables (p=0.000) que apoya la hipótesis del estudio que a mayor espiritualidad menor nivel de ansiedad. Las autoras expresan que enfermería debe entender y reflexionar sobre la importancia de la espiritualidad, que puede fortalecer de manera eficaz el cuidado holístico de los pacientes. Expresan que se requiere que en los currículos de enfermería se contribuya con el fortalecimiento de las habilidades en este ámbito.

González, Díaz y Matos (2011) en Perú realizaron un estudio que determinó el nivel de conocimientos de las enfermeras (n=40) que laboran en las unidades de Cirugía, Emergencia y UCI del Hospital Hipólito Unanue, sobre el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el cuidado de la salud espiritual, a partir de un cuestionario elaborado por las mismas autoras. Los resultados del estudio mostraron que un 57.5%, muestra un nivel de conocimiento deficiente, un 27.5%, un nivel regular, un 12.5% un nivel bueno y solo un 2.5% un nivel de conocimiento excelente. La conclusión de las autoras es que la mayoría de las enfermeras desconoce el fundamento científico del

cuidado de la salud espiritual. Expresan que una enfermera poco capacitada en esta área se sentirá a su vez poco capaz de brindar un cuidado integral, y por ende, el paciente no recibirá una atención completa.

De acuerdo con lo anterior, se puede establecer que las investigaciones efectuadas en Latinoamérica sobre el cuidado espiritual son escasas. Las existentes reconocen la importancia de la espiritualidad y el cuidado espiritual para las personas y establecen la necesidad de formación de enfermería en la temática. La mayor parte de estudios son de tipo documental, de revisión y descriptivos y algunos no cuentan con el rigor metodológico necesario. No se encontraron estudios en el contexto latinoamericano sobre el cuidado espiritual de enfermería a personas con enfermedad crónica que incluya a enfermeras y auxiliares de enfermería de la práctica clínica.

En Colombia los estudios relacionados con la temática y que reconocen la importancia de la espiritualidad para las personas en situaciones de enfermedad crónica fueron efectuados desde las áreas de bienestar espiritual (en personas con patologías de tipo cardiovascular, VIH, discapacidad, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad terminal, en cuidadores familiares de niños con enfermedad crónica y en cuidadores y receptores); espiritualidad (en personas con insuficiencia renal, diabetes mellitus tipo 2 y cáncer) y perspectiva espiritual (en hombres y mujeres con Diabetes Mellitus, mujeres con cáncer) (Sánchez, 2008; Sánchez, 2008; Sánchez, 2009; Zavala, Vázquez, & Wethsell, 2006; Sánchez, 2009; Pinto, 2007; Rivas, 2007; Gómez, 2010; Martínez, Méndez, & Ballesteros, 2004; Torres, 2011; Galvis & Pérez, 2011)

Una investigación específica en la temática de cuidado espiritual se realizó por Guevara y Mesa (2012) en nueve profesionales de enfermería que laboraban en un servicio de urgencias, a partir de un abordaje cualitativo de tipo interpretativo. El estudio estableció tres categorías que describieron el significado del cuidado espiritual: Interpretando el cuidado espiritual, paciente-familia en el cuidado espiritual y la enfermera en el cuidado espiritual. Pese a que el estudio no se aborda desde las situaciones de enfermedad crónica, representa el inicio de la indagación en esta temática en Colombia y un acercamiento a la manera en que los profesionales de enfermería colombianos entienden el cuidado espiritual.

En la literatura adicional sobre el abordaje de la espiritualidad y el cuidado espiritual en enfermería, también se encontraron en Colombia dos libros elaborados desde la academia por Sánchez (2004) y Pinzón de Salazar (2009). Cada uno de ellos presenta una conceptualización de la espiritualidad en el cuidado de enfermería de acuerdo con la revisión de la literatura, algunas de las perspectivas teóricas desde las cuales se ha abordado la espiritualidad por la disciplina, además de la posición de las autoras en torno a la relevancia de la dimensión espiritual en el cuidado de enfermería.

Si bien el enfoque de los estudios realizados en Colombia no es específicamente el cuidado espiritual de enfermería (a excepción del estudio de Guevara y Mesa en el 2012), estos si han generado evidencia sobre la importancia de la espiritualidad durante las situaciones de enfermedad crónica y el papel de la enfermería en el abordaje de estas situaciones. Dentro de las principales conclusiones de sus autores, se señala el llamado urgente a intervenir en los currículos, o a través de programas de capacitación o educación para que la práctica del cuidado espiritual sea una realidad.

Sánchez (2004) ha establecido que para las personas en situaciones de cronicidad, en cercanía a la muerte y en gran incertidumbre, la espiritualidad se puede convertir en un aspecto importante para el disfrute de la vida y la productividad, y que el tener la confianza en un ser superior o en la fuerza de una relación con ellos mismos o con otros, apoya la recuperación. La autora expresa además al referirse al cuidado durante las situaciones de cronicidad: “no se trata de dar una ayuda espontánea, sino un buen cuidado, uno que refleje una conciencia expandida, con intención para actuar, para buscar y generar un espacio de crecimiento humano mutuo entre el profesional y el usuario, a través de la relación entre ellos. (…) El tema no solo implica asuntos positivos, sino que exige una formación que trascienda el abordaje mecanicista de solución de problemas y busque una relación más simétrica entre el cuidador y el cuidado, que no enfatice en lo individualista y respete la totalidad del ser” (págs. 6-9).

En conclusión, puede afirmarse a partir de esta revisión que el cuidado espiritual se ha abordado principalmente en el contexto internacional. Son pocos los estudios que se han hecho en la práctica de enfermería que atiende a personas con enfermedad crónica, a excepción de algunos realizados en enfermeras que trabajan en pacientes con cáncer. También vale la pena señalar que hay diferentes perspectivas y opiniones sobre lo que

se percibe como cuidado espiritual por parte de los profesionales de la salud y que, en general, se cuenta con muy poca evidencia sobre la participación efectiva del personal de enfermería en el cuidado espiritual. Así mismo, es evidente que se requieren estudios sobre intervenciones en cuidado espiritual de enfermería que además de contar con rigor metodológico, se desarrollen en el contexto Latinoamericano y que permitan establecer las percepciones del personal de enfermería en torno al cuidado espiritual dentro de las cuales pueden estar incluidas las intervenciones que realizan, las competencias de las enfermeras y auxiliares de enfermería para brindar cuidado espiritual, la situación de la formación del recurso humano en enfermería en esta temática y las variables que facilitan o limitan su ejercicio. Vale la pena señalar que las expresiones y la forma de vivir la espiritualidad se encuentran relacionadas con el contexto cultural como se aprecia al revisar la significancia disciplinar.

1.3 Significancia Disciplinar

1.3.1 Cuidado espiritual en el contexto histórico en Enfermería

La relación entre enfermería y el cuidado espiritual no es algo reciente, ha existido de manera estrecha con el ejercicio de enfermería a través de los años. Es relevante recordar que en el contexto histórico de la sociedad occidental, enfermería estuvo ligada a grupos religiosos que dieron cuidado de enfermería por muchos años con una influencia espiritual y religiosa importante. Sin embargo, con la revolución científica y el nacimiento de la visión filosófica dualista de la Ilustración propuesta por Descartes, se abrió una brecha en la concepción del hombre en “mente-cuerpo”, que generó consecuencias para la práctica de enfermería. Consecuencias que se reflejan en los cambios de las instituciones de salud que pasaron de ser religiosas a seculares, así como la concepción misma de la espiritualidad que paso de considerar únicamente los aspectos religiosos para abrirse paso a una concepción más amplia, universal y personal de este concepto (Sheldon, 2000; Tanyi, 2002).

En enfermería diversas teóricas han considerado la importancia de la espiritualidad y la satisfacción de las necesidades espirituales de la persona, comenzando con Florence Nightingale (1994), quien manifestó que “la espiritualidad es evocada por el reconocimiento de una mayor presencia, más allá de lo humano y lo material, en la

participación de su naturaleza" (pág. 119) y expresando que "lo impensable que era considerar a los humanos enfermos como meros cuerpos que podrían ser tratados en forma aislada de sus mentes y espíritus" tal como lo cita Dosey (1998). Otros teóricos, han manifestado también la importancia de la espiritualidad en sus teorías, como Peplau, Orlando, King, Levine, Roy, Leininger, Newman, Watson, Rogers y Parse que incluyeron el concepto de manera explícita o implícita (Martsolf & Mickley, 1998).

De otro lado y desde una perspectiva oriental y africana, el cuidado espiritual se ha relacionado con el ámbito religioso y pareciera tener menos dificultades en su inclusión a la práctica de acuerdo con lo reportado por autores como Wong, Lee y Lee (2008); Wu y Lin (2011) y Dhamani, Paul y Kaye (2011).

Wong, Lee y Lee (2008) expresan que en países como China, la espiritualidad es intercambiable con la religión (las más comunes son el confucionismo, el taoísmo y el budismo). La salud y el bienestar dependen de una amplia gama de relaciones con la familia, la comunidad, los antepasados, los dioses y los espíritus. Los chinos tienen la creencia que cuando se hacen cosas buenas para otros, tendrán buena suerte; la buena suerte se acumula de acuerdo con la cantidad de cosas buenas que se han realizado, por lo cual bajo esta influencia cultural, el personal de enfermería se sienten motivado para ofrecer cuidado espiritual sin muchas dificultades.

Así mismo, en contexto africano Dhamani, Paul y Kaye (2011) manifiestan que la "espiritualidad es una parte integral de la persona y de manera tradicional las prácticas de salud tienden a ser holísticas" (pág. 1-7). El cuidado espiritual, está relacionado con las prácticas religiosas, el cuidado integral y las prácticas de curación. Situaciones como la expresión de las necesidades espirituales por parte de los pacientes hacia sus enfermeras, se presentan a partir de las creencias en brujería y demonios, así como en la expresión de sentimientos.

De acuerdo con lo anterior se puede establecer que enfermería tiene una historia vinculada al cuidado espiritual, que se mantiene en oriente y África desde un enfoque con predominio religioso. En occidente este enfoque se perdió por algún tiempo, aunque está siendo retomado con una gran apertura de la mirada religiosa tal y como se le conoce, a

una concepción más amplia, universal e integradora en la espiritualidad y el cuidado espiritual en enfermería.

1.3.2. El cuidado espiritual de las personas con enfermedad crónica y el cambio de paradigmas en enfermería

En el contexto histórico de la sociedad occidental, enfermería estuvo ligada a grupos religiosos que dieron cuidado de enfermería por muchos siglos con una influencia religiosa importante (Colliere, 1993). Sin embargo, con la revolución científica y la apertura del paradigma tradicional del positivismo lógico (del racionalismo y del empirismo), se restó importancia y casi se extinguió la concepción de la espiritualidad para el hombre en el panorama científico. Esta brecha generó grandes consecuencias para enfermería debido a la adopción del paradigma mecanicista y biomédico en la práctica de enfermería (Sheldon, 2000). Las intervenciones de enfermería entonces se presentaron como complementarias o de ayuda a las intervenciones médicas, centrándose en reducir la incomodad causada por la patología y el tratamiento médico y sin contemplar otros aspectos como la mente o el espíritu humano. La llegada de Nightingale y de su conceptualización del “ambiente como esencia de la atención de enfermería y su advertencia a las enfermeras sobre no concentrarse en el proceso de enfermedad” fue desentendida debido a que las enfermeras continuaron con ideas relacionadas con el fenómeno médico (de signos, síntomas, cirugía, medicamentos y enfermedad), las cuales se estructuran en un enfoque del “cuerpo” (pág. 96).

Con el paso del tiempo y de los cambios producidos con la llegada de la nueva visión o naturalista y de la comprensión más holística e integral de la ciencia y del sujeto de estudio, se generó una nueva manera de ver los fenómenos científicos. Esta perspectiva llega a enfermería aproximadamente en la década de los 70 con la formación doctoral de las enfermeras en disciplinas como psicología, sociología, antropología, fisiología, educación y otras; que brindaron nuevas ideas para la generación de teoría propia y el interés por retomar los fenómenos de interés para enfermería (págs. 96-97).

Una de las teorías propuestas por el biólogo austriaco Bertalanffy, de acuerdo con Montgomery, Keegan y Guzzetta (2005), fue la teoría de los sistemas o teoría de Bertalanffy que más tarde retomaron algunas teóricas de enfermería. Desde esta teoría la realidad es única y una totalidad que se comporta de acuerdo con una determinada

conducta. Esta no puede ser prevista o explicada a través del estudio y análisis de cada una de sus partes, por lo cual al abordarse esa totalidad, debe llevarse consigo una visión integral y debe considerarse que el "todo" es mayor a la suma de sus partes y que cada una de ellas afecta a la otra. Es a partir de esta teoría que se deriva el concepto de holismo (*del griego holos*) que significa "todo" (Johansen, 2004). De esta teoría surge también el modelo bio-psico-social y *espiritual* del cuidado de la salud. Este modelo plantea que "toda enfermedad tiene un componente psicosomático, biológico, psicológico, social y factores espirituales que influyen en los síntomas de la enfermedad del paciente. Cada componente del modelo es interdependiente e interrelacionado, por lo que es necesario abordar estos aspectos para lograr óptimos resultados terapéuticos". Lo anterior permitió que varias enfermeras comenzaran a incluir en sus teorías de enfermería la dimensión espiritual de manera implícita o explícita en el cuidado de enfermería, transformando su perspectiva desde el enfoque mecanicista del cuidado a uno más integrativo (Martsolf & Mickley, 1998; Newman, Sime, & Corcoran, 1991; Fawcet, 2000).

El escenario de cuidado a personas con enfermedad crónica, donde hay particular sensibilidad y desarrollo espiritual, puede ser adecuado para comprender el cambio de paradigmas en enfermería desde una visión determinística o reactiva, hacia una más reciproca e integrativa en la práctica de enfermería, donde verdaderamente el personal de enfermería pueda proporcionar un cuidado integral que incluya la dimensión espiritual de la persona.

El cuidado espiritual de enfermería es un componente fundamental en la integración y el holismo de la persona, desde el cual se considera que el ser humano posee dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales que influyen en su totalidad y por lo tanto en su salud. De esta manera el cuidado espiritual de enfermería es parte del quehacer asistencial en el cuidado de las personas con enfermedad crónica y debe ser abordado por el personal de enfermería de manera recíproca e intencional, con unas acciones y características específicas que deben alcanzarse e interiorizarse mediante una formación formal en el tema.

1.3.3 Pertinencia disciplinar del cuidado espiritual de enfermería

El “cuidado de enfermería” corresponde a uno de los conceptos centrales de enfermería (Fawcett J., 1995); sin embargo, este concepto no solo implica el abordaje de las dimensiones físicas y psicosociales de la persona, sino también espirituales (Sánchez, 2004). En este sentido, cuando el cuidado que proporciona el personal de enfermería aborda la dimensión espiritual de la persona, se reconoce entonces lo que diferentes autores han conceptualizado como cuidado espiritual de enfermería (Baldacchino & Draper, 2001; Burkhart & Hogan, 2008; Dhamani, Paul, & Kaye, 2011; Greasley, Chiu, & Gartland, 2001; Sánchez B. , 2004; Taylor, Amenta, & Highfield, 1995).

El cuidado espiritual, como se presentará más adelante en el marco teórico, es un concepto que aparece en la literatura de enfermería desde hace unos 20 años (Pinzón, 2009) y que envuelve unos atributos, se da frente a una serie de necesidades espirituales, se proporciona gracias al desarrollo de unas competencias y se relaciona con una serie de factores asociados (Edwards et al., 2010; Kang., 2006; Sawatzky & Pesut, 2005; Wright citado en Delgado, 2007; Baldacchino D., 2006; van Leeuwen & Cusveller, 2004).

El objetivo del cuidado espiritual de enfermería es alcanzar el bienestar espiritual, el desarrollo de la perspectiva espiritual personal existencial y/o religiosa (McSherry, et al., 2002; Baldacchino & Draper, 2001; Narayanasamy citado en van Leeuwen et al, 2008); los valores experimentados, el conocimiento que se adquiere del otro y la nutrición o potenciación (Boykin & Schoenhofer, 2003, 2000).

El bienestar espiritual es una “expresión conductual de la salud espiritual (…) La reafirmación de la vida en relación con Dios, el ser, la comunidad y el ambiente que alimenta y celebra la totalidad” (Pinto, 2007). También es descrito por Ross (1997) (citada en Sánchez, 2004) como “un estado general de salud espiritual que se evidencia por la presencia de significado, propósito y plenitud en la vida, deseo de vivir, creer y tener fe en el propio ser, en otros y en Dios (ser o fuerza superior).”

El desarrollo de la perspectiva espiritual personal existencial y/o religiosa señala que la espiritualidad de una persona puede estar compuesta por aspectos tanto existenciales como religiosos. Los elementos existenciales abordan aspectos relativos a la necesidad del individuo de encontrar y vivir su vida con significado y propósito. Por su parte los

aspectos religiosos sugieren que la espiritualidad no solo es un concepto asociado a una religión, sistema de fe o de culto, sino que subraya el carácter universal de la espiritualidad mediante el reconocimiento de áreas como la creatividad, el arte y la expresión de sí mismo. De esta manera una persona puede desarrollar su espiritualidad desde una perspectiva existencial o religiosa o desde ambas (McSherry, Draper, & Kendrick, 2002)

Los valores experimentados, el conocimiento que se adquiere del otro y el cuidado compartido se refieren a los aspectos que se generan en el encuentro y la interacción entre la enfermera y la persona durante la vivencia del cuidado (Schoenhofer & Boykin, 1993, 2000).

El cuidado espiritual por lo tanto es de interés para enfermería en la medida en que se enfoca en el abordaje de la dimensión espiritual de la persona y por lo tanto en su salud espiritual. La evidencia demuestra el desarrollo de un marco conceptual y teórico sobre la espiriualidad en salud y el cuidado espiritual de enfermería, que señala la necesidad de llevarlo a la práctica asistencial. Sin embargo, una de los principales limitaciones están relacionada con el "cómo" proporcionar ese cuidado espiritual. Sánchez (2004) manifiesta que "las enfermeras con frecuencia tenemos una comprensión instintiva de lo que significa el cuidado espiritual, sabemos que está allí, pero no nos hemos cuestionado su origen, su naturaleza, la forma de hacerlo operativo, tan sólo asumimos que es importante, porque así nos lo han dicho" (pág. 348).

La literatura también señala que la educación en el área espiritual es uno de los factores influyentes en el personal de enfermería a la hora de proporcionar cuidado espiritual (Lundmark, 2006; McEwen, 2005, Taylor, 1995; Wong, Lee, & Lee, 2008; Wu & Lin, 2011 Musgrave & McFarlane, 2004). No obstante, en el ámbito latinoamericano no existen propuestas de intervenciones educativas dirigidas a formar al personal de enfermeria en la temática.

1.3.4 Particularidades del cuidado espiritual de enfermería

Se reconoce que brindar cuidado espiritual no es exclusivo de enfermería y que otros miembros del personal de salud, expertos en la materia (como capellanes, sacerdotes, pastores) o familiares pueden ofrecerlo tal como lo expresa Puchalski et al., (2006). Sin

embargo, el cuidado espiritual es parte importante del cuidado de enfermería y existen algunos aspectos que lo diferencian del cuidado espiritual proporcionado por otros.

En primer lugar, es importante considerar que enfermería como disciplina, además de contar con unos valores que orientan su práctica, tiene una manera particular de ver los fenómenos que son de su interés y que se dirigen a la meta del cuidado de la salud de los individuos (Durán de Villalobos, 2001), incluso durante las situaciones de cronicidad en donde el objetivo no es la curación sino lograr el mayor grado de bienestar y calidad de vida posible para la persona.

El personal de enfermería es quien eventualmente pasa más tiempo con la persona en situación de cronicidad, acompañándolo durante la vivencia de la enfermedad no solo durante los periodos de hospitalización, sino en otros ámbitos del diagnóstico, tratamiento, consultas, recaídas y otras situaciones que son propias de la cronicidad (Barrera, Pinto, & Sánchez, 2010). En momentos donde la familia no está, bien porque los procedimientos o el servicio de atención se lo impiden o porque sus recursos se lo dificultan u otros profesionales no se hacen presentes, es el personal de enfermería quien siempre está “ahí” en el compromiso de su relación de cuidado con el otro, una relación de confianza que permite la exteriorización de necesidades espirituales y de apoyo espiritual ante la circunstancia que estas personas enfrentan.

Esta cercanía a la persona con enfermedad crónica puede permitirle al personal de enfermería movilizar los recursos necesarios, como ocurre en momentos de hospitalización, para brindar un cuidado espiritual adecuado.

1.3.5 Prácticas e intervenciones de enfermería durante el cuidado espiritual

Las intervenciones de cuidado espiritual ofrecidas por el personal de enfermería en la literatura se describen desde dos perspectivas. La primera como respuesta a las necesidades espirituales encontradas en pacientes y familiares, desde un proceso de enfermería estructurado; y la segunda, como parte del encuentro y la relación entre la persona-familia y la enfermera.

Como respuesta a las necesidades espirituales en el proceso de enfermería, las enfermeras valoran información básica, intencional o situacional, de tipo verbal y no verbal de la persona, familia o cuidador y de acuerdo con su percepción; por medio de preguntas, exploración de significados y uso de cuestionarios o instrumentos que apoyan este proceso específico (Delgado, 2007). Posteriormente, se plantean diagnósticos de enfermería como "bienestar espiritual", "angustia espiritual", "sufrimiento espiritual", "apoyo espiritual" o "fomento del crecimiento espiritual", varios de ellos desde la taxonomía NANDA (International Nomenclature and Taxonomy of Nursing Diagnoses, Definitions and Classification). Estos diagnósticos son seguidos por las intervenciones de enfermería, las cuales son orientadas por los NIC (Nursing interventions classification). La evaluación de las intervenciones de enfermería es determinada por varios autores como la evaluación dada desde la percepción de la persona, familia o cuidador, en relación con su espiritualidad y con la percepción de los beneficios obtenidos con la intervención de enfermería (Cavendish et al.,, 2003; Rieg, Mason & Preston, 2006; Van Dover & Bacon, 2001).

La segunda perspectiva de las intervenciones del cuidado espiritual se evidencia como parte del encuentro entre la persona-familia y la enfermera. En la literatura se señalan: la exploración del significado de la crisis o del cambio de vida a manera de auto-reflexión, la promoción de relaciones significativas mediante la conexión entre personas y familiares, y la conexión entre la persona y Dios o Ser Superior, como lo manifiesta por ejemplo Rieg, Mason y Preston (2006). Así mismo, se efectuaron cuidados de enfermería relacionados con la movilización de recursos de tipo religioso o espiritual; algunos de los más comunes fueron animar a los pacientes a orar, establecer una conversación sobre un ser espiritual o un tema religioso, remitir al clero, capellán o a otros departamentos de la institución; así como escuchar las historias de vida (Hubbell et al., 2006; Burkhart & Hogan, 2008; Dhamani , Paul, & Kaye, 2011).

De acuerdo con la revisión de McEwen (2005), intervenciones como la escucha activa, la lectura de las escrituras, la conexión con Dios, transmitir aceptación, respeto y una actitud libre de prejuicios, la creación de una relación de confianza, mostrar empatía y compromiso, facilitar la expresión de sentimientos y pensamientos, facilitar la meditación y las prácticas religiosas, realizar un contacto con la mano, promover fe y esperanza, la musicoterapia, orar con el otro o por el otro, la presencia, protección de los artículos

religiosos de la persona, remitir a expertos en el cuidado espiritual, mantener una comunicación terapéutica y clarificar valores (especialmente los relacionados con la espiritualidad) son algunas de las intervenciones más comunes efectuadas por enfermería.

De acuerdo con lo anterior, las intervenciones de cuidado espiritual responden a la percepción que tiene el personal de enfermería sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual, así como a la respuesta ante las necesidades espirituales de pacientes y familiares. Estas intervenciones surgen como parte del encuentro y la relación interpersonal. Es importante manifestar que en estos estudios, no se describe la manera en que estas intervenciones son ejecutadas, ni cuáles se realizan de manera puntual en personas con enfermedad crónica.

1.4 Planteamiento del problema

Como se estableció en las significancia social, teórica y disciplinar, el cuidado espiritual provisto por enfermería es un factor esencial que tiene la capacidad de influir en el bienestar y la salud de las personas en situación de cronicidad.

La enfermedad crónica generadora de cambios en los estilos de vida, estigmas o limitaciones sociales, dolor, mutilación o limitación, y en algunos casos temor a morir, afecta el ejercicio de las actividades de la vida diaria de algunas personas, produciendo un estado de crisis espiritual, mayor sensibilidad e inquietud sobre el sentido de vida, sobre la propia existencia, las creencias, la trascendencia personal y la relación con Dios, o poder superior y con los demás. La búsqueda de esperanza, significado, propósito y sentido ante la situación que experimentan, las lleva a requerir de cuidado espiritual.

La enfermera y la auxiliar de enfermería, como unidad de cuidado durante las situaciones de cronicidad y persona cercana al paciente y su familia, es responsable de la atención y promoción de estrategias espirituales como parte del cuidado integral. Su compromiso en una relación de confianza con el otro, permitirá la exteriorización de las inquietudes espirituales, permitiéndole proveer cuidado espiritual de manera oportuna, fortaleciendo así la salud espiritual de la persona y apoyándolo en la crisis que genera la enfermedad crónica.

Teniendo en cuenta que el objeto de interés de enfermería es el cuidado de la experiencia de la salud de las personas, entonces para enfermería es de interés considerar no solo la importancia de la espiritualidad para las personas con enfermedad crónica y su influencia en la vivencia de esta situación, sino a su vez la manera en que la enfermera puede intervenir por medio del cuidado espiritual en estas experiencias de salud.

Los estudios evidencian la importancia de la espiritualidad para las personas y familiares durante la enfermedad crónica y la manera en que perciben el cuidado espiritual de enfermería en aspectos como la satisfacción de necesidades espirituales, su participación en una construcción generadora de interacción e integralidad, algunas cualidades personales de la enfermera o el establecimiento de una relación interpersonal.

También se afirma la importancia del cuidado espiritual para enfermería, así como la influencia de algunos factores para fortalecer su percepción y práctica como son la preparación, la formación y el desarrollo de competencias en la temática.

Este último aspecto lleva a pensar en la importancia de generar estrategias que desde enfermería, fortalezcan la percepción y práctica del cuidado espiritual durante las situaciones de enfermedad crónica.

Considerando la necesidad de mejorar la percepción del personal de enfermería sobre el cuidado espiritual y la falta de estrategias en el medio para hacerlo, se hace necesario diseñar una intervención educativa para fortalecer el nivel percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual que resulte efectivo y aplicable en la práctica.

1.5 Pregunta de Investigación

¿Es efectiva la intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado” en modificar la percepción que sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual tiene el personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica?

1.5.1 Preguntas Específicas

- ¿Cómo es la adaptación, validez y confiabilidad del instrumento que mide la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería: "Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual" (SSCRS)?

- ¿Qué contenidos tiene la intervención educativa "Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado" dirigida al personal de enfermería que trabajan con personas con enfermedad crónica?

- ¿Qué nivel de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual tiene el personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica sin haber participado en la intervención educativa "Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado"?

- ¿Qué nivel de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual tiene el personal de enfermería que trabajan con personas con enfermedad crónica y que han participado en la intervención educativa "Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado"?

1.6 Objetivos de Investigación

1.6.1 Objetivo General

Evaluar la efectividad de la intervención educativa "Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado" aplicado al personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica, en modificar el nivel de percepción sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual.

1.6.2 Objetivos Específicos

- Diseñar la intervención educativa "Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado".
- Adelantar las pruebas psicométricas de adaptación, validez y confiabilidad del instrumento que mide la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería "Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual", SSCRS por sus siglas en inglés de (McSherry, Draper, & Kendrick, 2002).

- Medir el nivel de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica antes de participar en la intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado”.
- Medir el nivel de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica y que participó o no en la intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado”.

1.7 Hipótesis de trabajo

La intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado” aplicado al personal de enfermería que trabajan con personas con enfermedad crónica es efectivo en modificar positivamente su nivel de percepción sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual.

1.7.1 Hipótesis Estadísticas

- **Hipótesis Alterna**: La intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado” aplicado al personal de enfermería que trabajan con personas con enfermedad crónica es efectivo en modificar su nivel de percepción sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual.

$$\mathbf{H_1: U \neq 0}$$

- **Hipótesis Nula**: La intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado” aplicado al personal de enfermería que trabajan con personas con enfermedad crónica, no es efectivo en modificar su percepción sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual.

$$\mathbf{H_o: U = 0}$$

1.8 Clasificación de las variables

- **Variables Dependientes**: Percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería que trabajan con personas en condición de enfermedad crónica.

- **Variables Independientes**: Intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado”.
- **Variables Intervinientes o confusas**: De acuerdo con la literatura: (1) con las percepciones: niveles educativos (grado de maestría), experiencia clínica (11 a 19 años), especialidad (cuidados paliativos), educación sobre el cuidado espiritual durante la formación de enfermería y educación continuada, espiritualidad personal. (2) Con las actitudes: la educación, religiosidad y bienestar espiritual (3) Con las prácticas de cuidado espiritual: con la edad y el número de años de experiencia en enfermería, número de años de experiencia en la práctica de oncología.

1.9 Operacionalización de variables dependientes

La definición operacional que se presenta a continuación se basa en la “Escala de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual” (McSherry, Draper, & Kendrick, 2002), adaptada como parte del presente estudio en su versión en español. (La adaptación de la escala, se describe en el aparte 3.7.1 y 4.1 del presente documento)

- **Variable 1: Percepción de la espiritualidad**

- Definición conceptual: Necesidad de vivir con significado y propósito, lo que implica un sentido de esperanza. Se refiere a la vida y la existencia, en particular a la necesidad de significado y propósito durante los momentos de enfermedad u hospitalización.
- Definición operacional: Sumatoria de los Ítems: F, I, J, E.
- Naturaleza de la variable: Cuantitativa Continua

- **Variable 2: Percepción del cuidado espiritual**

- Definición conceptual: Se refiere a acciones de la enfermera como escuchar, pasar tiempo con el otro, promover la privacidad y dignidad, mantener las prácticas religiosas y brindar cuidado mostrando cualidades como la bondad y preocupación.
- Definición operacional: Sumatoria de los Ítems A, B, G, H, K, L, N.
- Naturaleza de la variable: Cuantitativa Continua

- **Variable 3: Percepción de religiosidad**

- Definición Conceptual: Es un concepto asociado no solo a la religión y los sistemas de fe y adoración, sino a algo que es universal y único para todas las personas.
- Definición Operacional: Sumatoria de los Ítems: D, M, P.
- Naturaleza de la variable: Cuantitativa Continua

- **Variable 4: Percepción del cuidado personalizado**

- Definición Conceptual: Asocia la dimensión espiritual con la necesidad de un cuidado personalizado en las propias creencias, valores, moral y relaciones.
- Definición Operacional: Sumatoria de los Ítems: C, Q, O.
- Naturaleza de la variable: Cuantitativa Continua

1.10 Operacionalización de la variable independiente

La intervención educativa "Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado" es una estrategia formativa de una sesión, dirigida a fortalecer la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería que trabaja con personas en condición de enfermedad crónica. Aborda las temáticas: realidad de la persona con enfermedad crónica, conceptualización de la espiritualidad y el cuidado espiritual y finalmente, las formas y momentos para proporcionar cuidado espiritual. Es impartida por una enfermera a través de una presentación en diapositivas, un video y un separador con información relacionada. Puede ser evaluada por medio de la "Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual", de McSherry (2002) y adaptada por la investigadora.

Para el presente estudio y la intervención educativa, se concibe el cuidado espiritual como un encuentro intencionado y recíproco entre la enfermera y la persona con enfermedad crónica, en el cual se producen acciones y comportamientos, dirigidos a satisfacer las necesidades espirituales, promover el bienestar y el desarrollo de la perspectiva espiritual personal existencial y/o religiosa (McSherry, Draper, & Kendrick, 2002; Baldacchino & Draper, 2001).

1.11 Justificación

El estudio se justifica de acuerdo con los vacíos en la literatura desde los aspectos sociales, teóricos y metodológicos, así como desde su pertinencia y aporte para la disciplina de enfermería, las instituciones, la sociedad, las personas con enfermedad crónica y el personal de enfermería.

En relación a los aspectos sociales, se considera el aumento de las enfermedades crónicas en el mundo, el impacto de la enfermedad en la vida de las personas y la importancia de la espiritualidad atribuida por pacientes y familiares durante su vivencia; lo cual genera una responsabilidad directa en el cuidado de enfermería.

Con respecto a los vacíos teóricos, se establece que uno de los factores influyentes en la provisión del cuidado espiritual por parte de la enfermería es la educación y formación en la temática, de acuerdo con autores como: Lundmark (2006), McEwen (2005), Taylor (1995) y en sus estudios correlaciónales, Wong, Lee y Lee, (2008) , Wu y Lin (2011) y Musgrave y McFarlane (2004); sin embargo, son pocas las propuestas educativas o formativas que hayan mostrado su efectividad y que hayan sido abordadas para el personal de enfermería de la práctica clínica como se evidencia por ejemplo en los estudios de O'Shea, Quinn Griffin, Fitzpatrick y Wallace (2011) y Vlasblom, Van der Steen, Dirk y Jochemsen (2011). El primero incluyó enfermeras del área pediátrica y neonatal, y el segundo a enfermeras y pacientes de los servicios de medicina interna, cardiología, neurología y unidad coronaria, ambos en el cuidado espiritual.

Igualmente, en el contexto Latinoamericano y específicamente en Colombia no han sido conducidos estudios sobre el cuidado espiritual entre del personal de enfermería que trabajan específicamente con personas con enfermedad crónica y después de una búsqueda sistemática en las principales bases de datos puede afirmarse que no se encuentran registros publicados a la fecha, ni propuestas de intervención para fortalecer al personal de enfermería en el ámbito del cuidado espiritual, por lo que una propuesta de estas características se requiere en la práctica.

Es relevante mencionar que, si bien en la literatura latinoamericana no han sido conducidos estudios descriptivos que exploren de manera contundente el cuidado espiritual y la manera en que está siendo proporcionado en la práctica, la evidencia en la

literatura de otros países establece aspectos importantes que junto con este estudio permitirían el avance del conocimiento en esta área temática y el aporte en el cuidado espiritual provisto por enfermería durante las situaciones de enfermedad crónica.

Con relación a los vacíos metodológicos, se encuentra que los estudios internacionales sobre la temática del cuidado espiritual se han efectuado a partir de abordajes de tipo cualitativo (interpretativos, de teoría fundamentada y grupos focales), muchos de ellos carentes de rigor metodológico; y también cuantitativos (descriptivos, correlaciónales, comparativos y seis de tipo cuasi experimental). Específicamente, dentro de los artículos que mencionan intervenciones educativas en el cuidado espiritual de enfermería, se encuentran: dos estudios que describen un modelo educativo para estudiantes, uno con tendencia cristiana y el otro judeo-cristiana (Johnston Taylor, Testerman, & Hart, 2014) y (Baldacchino D. , 2008). Cuatro estudios de tipo cuasi-experimental realizados con estudiantes de últimos semestres, dos con un estilo interactivo y autónomo (Shih, Gau, Mao, Chen, & Lo, 2001) y (Taylor, Mamier, Bahjri, Anton, & Petersen, 2009), otro basado en el desarrollo de competencias para el cuidado espiritual (van Leeuwen, Tiesinga, Midde, Post, & Jochemsen, 2008) y el último bajo un modelo diseñado por los autores Burkhart & Schmidt (2012). Un estudio se llevo a cabo en tres cohortes de enfermeras y evaluó la unidad de estudio a partir de un cuestionario de 5 preguntas abiertas al finalizar la unidad (Baldacchino D. , 2011). Otro estudio utilizó una metodología con pre y pos prueba en un solo grupo de 41 enfermeras (O'Shea et al., 2011) y el último encontrado fue un estudio cuasi experimental que integro a enfermeras y a estudiantes con un grupo control (Vlasblom et al., 2011). Puede decirse que varios de estos estudios aunque resultaron efectivos, presentan limitaciones en los tamaños de muestra, ausencia de grupos control en varios de ellos, sesgos de selección, todos han sido probados en una sola institución, desconociéndose además en los estudios realizados en enfermeras, si también se incluyeron auxiliares de enfermería o personal de diferentes niveles educativos, por lo que aún no se ha establecido la efectividad de estas intervenciones en poblaciones con características diferentes y acordes a la realidad del cuidado desde la perspectiva de la persona con enfermedad crónica y su familia.

Así mismo, se establece que existen instrumentos para la medición de la percepción del cuidado espiritual de enfermería, las percepciones de pacientes o cuidadores en relación a su espiritualidad y necesidades espirituales e instrumentos que miden algunos de los

factores relacionados con el cuidado espiritual; sin embargo, la mayoría se encuentra en idioma inglés y requieren pruebas de validez y confiabilidad en idiomas y culturas diferentes.

De otra parte se encontró que algunos de los estudios efectuados en Latinoamérica relacionados con la temática de cuidado espiritual, son principalmente documentales, descriptivos o cualitativos de tipo interpretativo, la mayoría sin rigor metodológico.

Más aún, la justificación del estudio desde su pertinencia y aporte establece que:

Para las personas con enfermedad crónica, la participación del personal de enfermería en una intervención educativa permitirá que puedan recibir un cuidado espiritual más efectivo, en el que se promuevan alternativas de apoyo que favorezcan su crecimiento espiritual y fortalezcan su salud espiritual.

Para el personal de enfermería de la práctica asistencial, participar en una intervención educativa, además de capacitarlo para proporcionar cuidado espiritual a sus pacientes; les brindará la oportunidad de cambiar su cotidianidad y validar sus propias convicciones personales y experiencias en el cuidado que ofrecen a través de los años. Igualmente, una mejor percepción del cuidado espiritual, puede mejorar su crecimiento personal y satisfacción laboral.

Para la disciplina este estudio aportaría en primer lugar, la adaptación y validación de un instrumento para la evaluación de la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual en español. En segundo lugar una intervención educativa para enfermería en el cuidado espiritual durante las situaciones de enfermedad crónica, con nivel de efectividad en el mejoramiento de la percepción del cuidado espiritual del personal de enfermería comprobado. Este último aspecto, ampliaría la base de conocimientos sobre el tema, para poder formar al personal de enfermería de manera más consciente en la temática durante estas situaciones de cronicidad, así como para la formación a futura del personal de enfermería en los niveles técnico, profesional y de posgrado.

Para la profesión, el estudio genera un mayor valor social de enfermería, al sentar las bases para dar respuesta a las necesidades especiales de las personas con enfermedad

crónica desde su conocimiento disciplinar y para las instituciones de salud, puede significar mayor satisfacción con el cuidado que reciben los pacientes por parte de enfermería, así como la garantía de la prestación de un cuidado integral y más humano de las personas.

Igualmente, espera mostrar que el cuidado espiritual es importante como parte de las actividades del recurso humano de enfermería en las instituciones y que debe generarse el espacio, las facilidades para proporcionarlo con políticas institucionales que lo respalden.

Por último, para la sociedad, la comprensión del significado del cuidado espiritual por parte del personal de enfermería, aportaría profesionales más humanos y conscientes de su situación y la del otro.

En enfermería se ha establecido la importancia de ofrecer un cuidado integral y abarque las dimensiones bio-psico-sociales y espirituales de la persona; sin embargo, poco se conoce lo que esto significa y especialmente en la dimensión espiritual, cómo proporcionarlo. En este sentido, el presente estudio no solo clarifica la manera de ofrecer este cuidado, sino que además lo analiza a la luz del abordaje teórico de Boykin y Schoenhofer y McSherry.

Watson (2009) expresó: “Ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran restructuración administrativa de la mayoría de los sistemas del 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”. En este sentido, es importante aportar a la sociedad profesionales sensibles a la realidad personal y social de las familias y personas con enfermedad crónica en Colombia, capaces de valorar el papel que la espiritualidad tiene en sus vidas y que contribuyan verdaderamente con un cuidado que promueva el bienestar y la calidad de vida de las personas, en el encuentro del individuo con la esperanza, el significado, el propósito y el sentido ante la situación que experimentan.

2. Capítulo- Marco Teórico

2.1 Cuidado desde la perspectiva de Boykin y Schoenhofer

El cuidado ha sido abordado desde diferentes áreas del conocimiento, perspectivas y significados, que han servido de base para la adopción y posterior desarrollo del concepto en enfermería. En la actualidad el cuidado es considerado un concepto central en la disciplina y dominio de indagación por teóricas como Leininger, Watson, Roach, Mayeroff, Noddings, Boykin y Schoenhofer y Gadow; entre otras, que abordan el cuidado desde una visión de *"ciencia humana"* (McCance, McKenna, & Boore 1999; Vezeau & Schroeder, 1991; Meleis 2005) o *"rasgo humano"* de acuerdo con lo planteado por Morse, Solberg, Neander, Bottorff y Johnson (1990).

Específicamente el modelo conceptual de Enfermería como cuidado propuesto por Boykin y Shoenhofer (2000) centra al cuidado como eje central de enfermería y como objetivo el de"nutrir a las personas que viven el cuidado y que crecen en el cuidado".

Para las autoras el cuidado es la expresión de enfermería, la presencia intencional y autentica de la enfermera con otro que se reconoce como persona, que vive y crece en el cuidado (Schoenhofer & Boykin, 1993, 2000). En este sentido, el papel de la enfermera consiste en llegar a conocer a la persona a través del cuidado, apoyándola y reconociéndola, valorando su mundo y entendiendo la complejidad que significa la naturaleza humana.

El cuidado implica además apertura, respeto y el reconocimiento de ese cuidado compartido entre la persona y la enfermera. Este es vivido momento a momento y se revela de manera constante en expresiones que se desarrollan continuamente y que logran ser entendidas en su significado. El cuidado además se da durante las situaciones de enfermería, una experiencia viva y compartida que potencia a las personas. El

resultado final se establece en los valores experimentados durante la relación de cuidado y de manera subjetiva en el conocimiento del otro (Boykin et al., 1993).

Boykin y Schoenhofer (2001) expresan los siguientes supuestos y características en su modelo:

(1) *Las personas cuidan en virtud de su humanidad*. Ser persona significa vivir y cuidar; por lo tanto, todos tienen la capacidad de cuidar y crecer en el cuidado (pág. 5).

(2) *Las personas cuidan momento a momento*. El cuidado es un proceso de vida que se vive momento a momento; de esta manera, en el ritmo de las experiencias de la vida se desarrollan expresiones propias de personas de cuidado. Así mismo, considerando que la competencia de cuidado se desarrolla a lo largo de la vida, llegamos a entender lo que significa ser una persona de cuidado, vivir cuidando y nutrirse mutuamente como cuidado (pág. 4).

(3) *Las personas son seres totales*. La percepción de "persona total de cuidado" es intencional y ofrece una perspectiva unificadora en la que no existe deficiencia ni ruptura.

(4) *Ser persona es un proceso de vivir y crecer en el cuidado*. Esto implica demostrar congruencia entre las creencias y los comportamientos, así como vivir el significado de la propia vida.

(5) *Ser persona se refuerza mediante relaciones de cuidado*. Ser persona implica ser autentico y reconocerse con otros. A través del conocimiento de sí mismo como persona de cuidado, es posible ser auténtico consigo mismo y ser libre para estar verdaderamente con otros.

(6) *Enfermería es una disciplina y una profesión*. "Los cuidados son una unidad entrelazada de aspectos de la disciplina y profesión de enfermería. Como disciplina, enfermería es una forma de conocer, ser, valorar y vivir el mundo". Enfermería centra el conocimiento necesario para el entendimiento de lo que significa ser humano.

Además del concepto de cuidado otros conceptos son relevantes en el modelo de Boykin y Schoenhofer:

- *Invitación directa*: Da apertura a la relación y al verdadero cuidado mutuo. La enfermera se arriesga a entrar en el mundo del otro e invita a la otra persona a compartir los asuntos más importantes en el momento.
- *Llamada de cuidado*: "Llamada al conocimiento y reconocimiento de la persona que vive cuidados de formas especificas en la situación inmediata. La intencionalidad y la

presencia autentica desencadenan en la enfermera las llamadas de cuidado" (1993, pág. 24).

- *Cuidados compartidos*: La enfermera entra en el mundo del otro con la intención de conocerla como "persona de cuidados", este encuentro origina el fenómeno de los cuidados compartidos dentro del cual la persona se nutre.
- *Situación de enfermería*: "Experiencia vivida y compartida donde los cuidados entre la enfermera y la persona cuidada potencian a la persona". Se construye en la mente de la enfermera y está presente siempre que la intención de ella sea cuidar.

De acuerdo con lo anterior, el modelo conceptual propuesto por Boykin y Shoenhofer (2000), proporciona una perspectiva desde la cual puede comprenderse el cuidado espiritual de enfermería de las personas con enfermedad crónica.

El modelo señala que las personas viven el cuidado y crecen en el cuidado por lo tanto, en la medida en que la enfermera adquiere experiencia en el cuidado de personas con enfermedad crónica, no solo se hace más perceptiva a los cuidados físicos, psicosociales y espirituales de la persona; sino que también aumenta su consciencia, capacidad de acción y sensibilidad hacia las necesidades espirituales del paciente, respondiendo a ellas de manera responsable y competente, permitiéndole también alcanzar un crecimiento espiritual no solo para quien lo proporciona sino a ella misma.

Así mismo, características como la presencia intencional y autentica que describe el modelo, implica apertura y sinceridad por parte de la enfermera, así como habilidad para estar en el momento oportuno proporcionando cuidado espiritual a la persona durante la vivencia de la enfermedad crónica. Esto implica que la enfermera reconozca no solo el impacto de la enfermedad en sí misma, sino que valore la importancia de la espiritualidad y la pertinencia del cuidado espiritual en la vivencia de la persona que afronta esta condición.

De la misma forma, se espera que la enfermera sea capaz de brindar cuidado espiritual de manera deliberada, comprendiendo a la persona y reconociendo su complejidad como ser humano, trascendiendo de esta forma del cuidado físico hacia planos más holísticos.

Es relevante considerar que el cuidado espiritual implica además la capacidad de la enfermera de mostrar apertura y respeto hacia la persona, permitiendo que esta sepa que su espiritualidad también es importante durante su experiencia con la enfermedad crónica y que puede confiar en que sus creencias, valores y significados de vida, son valorados por la enfermera. Lo anterior solo es posible mediante el establecimiento de una verdadera relación entre la enfermera y la persona, y en el marco de la situación de enfermería; en la cual se adquiere conocimiento del otro, se comparten los asuntos que son importantes en el momento y se reconocen los cambios en la salud y el bienestar de la persona gracias al cuidado espiritual que brinda la enfermera.

En conclusión, es importante considerar la congruencia que debe existir entre las creencias, comportamientos y el significado de la vida para la persona durante la vivencia de la enfermedad crónica. En este sentido, la enfermera debe reconocer el porqué de ciertos comportamientos o actitudes, qué los fortalece, qué le permite adaptarse a situaciones difíciles del diagnóstico, tratamiento de la enfermedad o de la vida diaria y cómo todos estos aspectos influyen en el bienestar y la salud de la persona como parte del cuidado espiritual. Así mismo, debe ofrecer la oportunidad a la persona de mantenerse “siendo lo que es” en su cotidianidad, no solo en los aspectos físicos y psicosociales que se promueven con frecuencia durante el cuidado de enfermería, sino también en los espirituales. Todos estos aspectos son importantes para apoyar a la persona y guiar a la enfermera en el cuidado espiritual que realiza.

2.2 Espiritualidad

Desde su origen etimológico, la palabra espiritualidad se deriva del latín ***spirĭtus***, que significa: aliento, coraje, vigor, alma, vida. ***Spirĭtus*** a su vez se derivó de la palabra *spirare* que significa: soplar o respirar y que es equivalente a la palabra hebrea *Ruah* (viento, aliento y exhalación) y a la palabra griega *pneuma* (aliento)” (Real Academia Española, 2001; Merriam-Webster, 2014; Golberg, 1998).

La espiritualidad es una dimensión presente en cada persona que comprende ideas filosóficas sobre la vida, su significado y su propósito y además de acuerdo con Ross (1997) citada en Sánchez (2004) “es subjetiva, compleja e intangible y permea y vitaliza todas las otras dimensiones del ser humano, de manera tal que todos los valores,

pensamientos, comportamientos, decisiones, experiencias y preocupaciones (de la persona) están relacionadas con ella" (pág. 34).

La espiritualidad es una búsqueda personal de significado y propósito en la vida, que motiva a las personas a desarrollar de forma óptima su ser existencial y que brinda fe, esperanza, paz, empoderamiento así como la posibilidad de ser compasivo y de dar y recibir amor (Tanyi , 2002; Golberg, 1998). A través ella, la persona es capaz de obtener la paz interior y la fortaleza que brinda la relación percibida con Dios, Ser trascendente, realidad última o lo que sea que un individuo contemple como valores supremos. Estos valores pueden incluir el amor, la fe, la esperanza, la confianza, la admiración y la inspiración (Narayanasamy, 1999).

También se considera que la espiritualidad es una fuerza que permite el crecimiento personal y la auto-trascendencia, lo cual implica una profunda consciencia de sí mismo (en una conexión intrapersonal), la relación con los demás y el entorno natural (en una conexión interpersonal) y con el Dios invisible o poder más grande (en una conexión transpersonal). Es en estas conexiones donde se produce una expansión de las fronteras, que llevan al individuo a un paso más allá de las "estructuras de la existencia cotidiana" para dotar lo ordinario en un extraordinario significado (Reed, 1992; Haase, Britt, Coward, Kline, & Penn, 1992).

Se ha establecido además que la espiritualidad puede experimentarse de manera existencial o metafísica. De acuerdo con la Real Academia Española (2001), la espiritualidad metafísica se relaciona con los principios, propiedades o principios del ser: Dios, una deidad, el alma, el mundo como realidad total, materia en el sentido del monismo (universo constituido por una sustancia primaria) o espíritu absoluto; mientras que la espiritualidad existencial se centra en los valores humanos y las creencias o principios que guían o direccionan la propia vida (García Sierra, 2000). Por lo tanto, "la espiritualidad es una forma de reunir todos los aspectos de la vida, una forma de experimentar la vida, a los individuos y el ambiente fenomenológico" tal como lo asegura Moore citado por Sánchez (2004, pág. 14).

La palabra espiritualidad, que es muchas veces utilizada como sinónimo de religión o como variables psicológicas, es mucho más amplia y compleja. De acuerdo con autores

como Buck (2006), Tanyi (2002), Dyson, Cobb y Forman (1997) y McEwen M (2005), la espiritualidad es una integración del cuerpo, la mente y el espíritu en la totalidad de la persona, es un fenómeno multidimensional que relaciona lo corpóreo e incorpóreo, lo abstracto, intangible y subjetivo y que permite la paz, la armonía, la fortaleza, la reciprocidad, la confianza, la esperanza, el vínculo y una forma de vida para encontrar significado.

2.2.1 Diferencias entre religión y espiritualidad

La diferenciación entre la espiritualidad y la religión ha sido discutida en la literatura. La religión es considerada como un valor particular y sistema de creencias que proporciona un código ético-moral o un marco para el comportamiento, que refleja los valores culturales y la filosofía personal. De acuerdo con Walsh citado por Tanyi (2002) y Narayanasamy (2004) la religión se construye socialmente, es organizada e institucionalizada con ciertos rituales, valores, prácticas y creencias acerca de Dios o un poder superior y sirve como medio de expresión espiritual.

Aunque algunas personas pueden expresar su espiritualidad a través de los valores religiosos, rituales y creencias se afirma que la pertenencia a una religión no significa automáticamente que una persona es o será espiritual. En este sentido, mientras la espiritualidad puede estar relacionada con la religión para algunas personas, para otras puede que no lo sea, tal como lo manifiesta Oldnall (1996) y Watts (2009). Por ejemplo, “la espiritualidad de un ateo (que niega la existencia de Dios) o un agnóstico (que no está seguro de la existencia de Dios) puede estar centrada en una fuerte creencia basada en relaciones significativas, valores auto-elegidos y la consecución de objetivos en lugar de creer en Dios” (Tanyi, 2002, págs. 500-509).

La diferencia fundamental entre religión y espiritualidad se da en que la espiritualidad es universal y personal, mientras que la religión está ligada a la cultura y la sociedad. Por lo cual, como lo afirma McEwen (2005, pág. 502), aunque la espiritualidad está en el centro de todas las religiones, cada religión concibe la espiritualidad dentro de los parámetros de un marco teológico de creencias, rituales y prácticas definidas; y sea como parte de las tradiciones religiosas o seculares, la espiritualidad reconoce la importancia de las

preguntas sobre la vida y la muerte, la relación consigo mismo, con los demás y con el más allá o cosmos.

2.2.2 Diferencias entre las variables psicológicas y espiritualidad

Pese a que en la literatura las dimensiones espirituales y psicológicas de la persona han sido delimitadas, es posible encontrar algunas superposiciones, en especial en las expresiones comportamentales que llevan a la confusión y ambigüedad, debido a que la espiritualidad es un fenómeno que impide la observación directa y su presencia y estado deben ser inferidos a partir de conductas manifiestas, estados de ánimo o emociones perceptibles.

Ferrell (2007) expresa que la dimensión psicológica incorpora el sentido de control en el enfrentamiento de una enfermedad desde la felicidad, satisfacción, capacidad de concertación y recordación, utilidad, ansiedad, depresión y miedo; mientras que la dimensión espiritual considera aspectos de significado y propósito de la vida, la esperanza, la incertidumbre y la trascendencia.

Por su parte Taylor (2002) citada por Sánchez (2009, pág. 22) define la dimensión psicológica como aquellos aspectos de la relación humana en un nivel inmediato como, por ejemplo, manejar el duelo, la pérdida, el dolor físico; mientras que la dimensión espiritual hace referencia a problemáticas de la vida en términos del significado último, valores y relaciones que tienen trascendencia.

En este sentido, y como lo manifiestan Arnold (1989), Labun (1988), Brooke (1987) y Chapman (1986) citados por Golberg (1998), la evaluación de actitudes y comportamientos en el sujeto sugiere la valoración de pistas sutiles de ambas dimensiones, que presentan un reto importante para enfermería y en el cual es relevante considerar que los aspectos psicosociales no son intercambiables con la espiritualidad.

2.3 Cuidado espiritual

Pese a que el cuidado espiritual como concepto es relativamente reciente en la literatura de enfermería, varios autores lo han empleado y definido en diferentes contextos y perspectivas de la práctica de enfermería. Es importante mencionar como se estableció

en el marco de referencia por Pinzón (2009), Tanyi (2002) (2002) y Nightingale et al (1994); que el cuidado espiritual en sí mismo ha estado acompañando la práctica de enfermería a través de los años.

Algunas de estas definiciones describen la intencionalidad, los aspectos con los cuales se relaciona y lo que se busca en la provisión del cuidado espiritual, como en el caso de lo expresado por autores como Greasley y cols. (2002), Burkhart y Hogan (2008) y Dhamani y cols. (2011).

Greasley, Chiu, & Gartland (2001) definen en su estudio el cuidado espiritual como "el reconocimiento del significado y propósito de la vida de una persona, que puede expresarse o no a través de creencias y prácticas religiosas formales. También se asocia con la calidad del cuidado interpersonal, en términos de la expresión del amor, preocupación y amabilidad a los pacientes" (pág. 629-637).

Burkhart y Hogan (2008) expresan que "el cuidado espiritual en la práctica de enfermería es una relación interpersonal y de interacción entre la enfermera y la persona, con la intensión de promover su bienestar espiritual. Estos encuentros de cuidado pueden influir en la espiritualidad de la enfermera y de esta forma repercutir en las decisiones de cuidado espiritual en el futuro" (pág. 2464).

Dhaman, Paul, y Olson (2011) mencionaron en su estudio que el cuidado espiritual "estaba relacionado con la práctica religiosa, el cuidado integral y las prácticas de curación. (…) Significa la incorporación de prácticas o creencias religiosas en la prestación de los cuidados de enfermería" (pág. 1-7). Dentro de la naturaleza holística de los cuidados de enfermería, se refirieron a la relación entre la curación y la espiritualidad, al creer que la curación era en sí misma un proceso espiritual y un núcleo de la atención de enfermería.

Monareng (2012) expresa que el cuidado espiritual "es un concepto subjetivo y dinámico, un aspecto único de la atención que integra todos los demás. Surge en el contexto de la conciencia de la dimensión trascendente de las enfermeras y refleja la realidad de un paciente" (pág. 1-9).

Otras autoras han descrito el cuidado espiritual como una respuesta a las necesidades espirituales de la persona, algo que integra otras dimensiones del individuo, establece un equilibrio entre ellas y que además promueve un sentido de plenitud y bienestar al permitir la superación de una situación determinada.

Es así como Taylor (1995) citada por McEwen (2005) definió el cuidado espiritual como "la promoción de la atención a respuestas estresantes, que tienen un impacto sobre el individuo o grupo desde el punto de vista espiritual. El cuidado espiritual facilita un balance entre los aspectos biopsicosociales y espirituales de la persona promoviendo un sentido de plenitud y bienestar". Más tarde la misma autora complementó en (2002) su definición expresando que el cuidado espiritual también contemplaba "las actividades y formas de ser que traen calidad de vida espiritual, bienestar y funcionalidad, todos los cuales son dimensiones de la salud de los clientes. (…) El cuidado espiritual permite que la persona sea capaz de superar su situación actual e identificar el significado y propósito y la experiencia de conectarse con otros" (pág. 502).

Baldacchino y Drape (2001) por su arte, establecen que "cuando una persona se enfrenta a estrés emocional, enfermedad física o la muerte, pueden experimentar una desarmonía entre mente, cuerpo y espíritu y la necesidad del cuidado espiritual de enfermería para mejorar sus estrategias personales en el manejo de su propia espiritualidad"(pág. 833-841).

Narayanasamy (2001) citada por van Leeuwen et al., (2008) define el cuidado espiritual como "el cuidado proporcionado por las enfermeras para satisfacer las necesidades espirituales y/o problemas espirituales de los pacientes".

Ramezani y Ahmadi (2014) expresan que el cuidado humano se demuestra a través de la presencia, el respeto y la preocupación por la satisfacción no solo de las necesidades del cuerpo y la mente de las personas, sino también de las necesidades espirituales de esperanza y significado en medio de una crisis de salud, la cual demanda una atención similar para un cuidado óptimo por parte del personal de enfermería sea o no religioso.

Por otro lado, el cuidado espiritual también ha sido definido desde su manifestación en la relación entre la persona y el profesional de enfermería, en el reconocimiento de sí mismo y del otro; así como desde los aspectos que aborda en la situación particular del ser humano.

Bradshaw (citada por Tanyi, 2002) sostiene que el cuidado espiritual se manifiesta en la dignidad, la aceptación y el amor, y la honestidad en la relación enfermera-paciente y el fomento de paz y la esperanza.

Sánchez (2004) expresa que el cuidado espiritual es "propiciar a través de una relación de cuidado, la satisfacción de las necesidades espirituales, así como ayudar a las personas a identificar y desarrollar su perspectiva espiritual y su conciencia personal de espiritualidad" (pág. 20).

Considerando lo anterior, el cuidado espiritual es un componente esencial en la práctica de enfermería. Propicia a través de una relación (interpersonal y reciproca), el cuidado del espíritu humano, mente y corazón en la integración de todas las dimensiones del ser humano; satisface las necesidades espirituales y ayuda a las personas a identificar y desarrollar su perspectiva espiritual y su conciencia personal de espiritualidad, con la incorporación de aspectos religiosos y no religiosos.

2.3.1 Atributos y características del cuidado espiritual

Los conceptos descritos, hacen evidentes varios de los atributos o características del cuidado espiritual, que son propuestos por autores como Sawatzky y Pesut (2005) y Kang (2006) desde enfermería y Edwards, Pang, Shiu y Chan (2010), los cuales se describen a continuación.

Sawatzky y Pesut (2005) sugieren que los atributos del cuidado espiritual en enfermería se relacionan con las siguientes características: es intuitivo, interpersonal, altruista y de integración.

La ***intuición*** es un atributo esencial del cuidado espiritual, si se considera que la naturaleza de la esfera espiritual no puede ser entendida a través del pensamiento racional. La intuición es una forma de conocimiento que pasa por alto nuestra dependencia usual a la lógica del análisis lineal de las cosas. Los pacientes pueden resistirse a exponer este aspecto íntimo de su ser a sus cuidadores, resultando ofensivo si se vuelve rutinario, de la misma manera que ocurre con la evaluación del dolor. Es común que los pacientes elijan enfermeras con los que se tenga una sensación de conexión para compartir sus experiencias espirituales. La intuición por lo tanto es un

componente esencial en el reconocimiento de la oportunidad para compartir estas experiencias.

El cuidado de enfermería es también ***interpersonal***, es decir, se requiere el uso terapéutico de la enfermera a través del compromiso y de la presencia. Se reconoce que la superación de los propios miedos y ansiedades en el compromiso con el paciente no siempre es fácil y que diferentes sistemas de creencias o problemas espirituales personales sin resolver pueden ser riesgosos. Sin embargo, el compromiso interpersonal puede ser facilitado por excelentes habilidades de comunicación verbales y no verbales y por una actitud de cordialidad, respeto, escucha y empatía. De esta manera, el dialogo y una actitud de apertura, sin prejuicios y de aprendizaje por parte del profesional de enfermería es esencial, así como de valores interpersonales de amor, compasión y cuidado.

Un tercer atributo del cuidado espiritual es el ***altruismo***. El altruismo ofrece la dirección moral del lugar que ocupan las necesidades espirituales en el paciente. Kendrick y Robinson (2000) manifiestan que es una extensión de uno mismo por el bien de los demás. Este atributo es importante debido al posible abuso del poder en el proceso de cuidado espiritual. De acuerdo al autor, el espíritu es el origen de todo lo que valoramos, donde se encuentra el significado y la fuerza central de la voluntad y el corazón y por lo tanto debe manejarse con prudencia debido a que puede llevamos a ser dominantes con otros. Lo anterior, muestra la importancia del cuidado espiritual recíproco.

El último atributo consiste en que el cuidado espiritual debe ser ***integrador***. El autor establece que la espiritualidad es una fuerza que da sentido y dirección a todos los aspectos de la vida, por lo que no es posible separar la dimensión espiritual de los aspectos físicos, sociales o emocionales de uno mismo. Así mismo, reconoce la importancia de facilitar las conexiones con la familia, personas significativas y la comunidad de fe.

Por su parte, Kang (2006) efectuó un análisis del concepto de cuidado espiritual a partir de una revisión de la literatura entre 1985 y 2005, e identificó los atributos del concepto de cuidado espiritual en enfermería en un proceso de tres etapas: *valoración espiritual, intervención espiritual y evaluación espiritual*. Cada una de estas tres etapas incluye tres dimensiones de relaciones: transpersonal, interpersonal e intrapersonal (de acuerdo con

la relación con la existencia trascendental y los aspectos internos y relaciones externas de la persona). La autora manifiesta que el proceso de cuidado espiritual está influenciado por aspectos como las características de los proveedores de la atención médica y la situación de enfermería. Expresa además que la calidad del cuidado espiritual depende de las características de las enfermeras(os) relacionadas con su percepción y conocimiento del cuidado espiritual y el entorno clínico.

De otra forma, Edwards et al., (2010) en su meta-síntesis sobre el papel del cuidado espiritual durante los cuidados paliativos, y con base en la literatura de diferentes disciplinas del área de la salud, establecieron varios de los atributos del cuidado espiritual en la definición del concepto de cuidado espiritual al expresar:

- El cuidado espiritual es relacional y por lo tanto se da en la relación con otros.
- Se puede realizar en la medida en que se presta asistencia física, enfocada en la presencia, escucha, conexión, apertura y participación en un intercambio recíproco y un cuidado común.
- Se trata de ayudar a los pacientes a encontrar significado, esperanza y fortaleza.
- Se da en relaciones afirmativas de apoyo a los pacientes que les permita satisfacer sus propias necesidades espirituales como “sanadores internos”.
- Identifica los recursos internos (como los sistemas de creencias personales) que ayudan a la persona a trascender y encontrar curación.
- Puede ser proporcionada por diferentes disciplinas profesionales, pero también puede darse por las familias, amigos o comunidad espiritual.

Así mismo, Monareng (2012) en su análisis del concepto de cuidado espiritual encontró los siguientes seis atributos: presencia terapéutica, uso terapéutico de sí mismo, intuición, exploración de la perspectiva espiritual, “centralidad” en el paciente y creación de un ambiente que nutra espiritualmente; estos guardan relación con los encontrados por Ramezani y Ahmadi (2014) quienes reportan atributos como la presencia para el cuidado espiritual, la búsqueda de significado y propósito, el diálogo espiritual, la trascendencia y la conexión armoniosa.

De acuerdo con lo anterior, se establece que el cuidado espiritual se da en las relaciones interpersonales entre el profesional de enfermería y la persona a su cuidado. Intervienen aspectos como la intuición, el altruismo, la integración, la reciprocidad, la ayuda, la

individualidad y se da importancia a los aspectos transpersonales, intrapersonales e interpersonales en la relación enfermera y sujeto de cuidado.

2.3.2 Competencias en el cuidado espiritual

La responsabilidad del profesional de enfermería en el cuidado espiritual está relacionada con la función espiritual del paciente y su estado de salud. van Leeuwen y Cusveller (2004) establecen la importancia de la práctica espiritual en tres situaciones: la primera, cuando la persona práctica habitualmente su espiritualidad y desea continuar haciéndolo durante la atención de salud (en este caso la enfermera deberá mantener la funcionalidad de la persona en este aspecto mientras recibe su atención). La segunda, se da en lo que la autora denomina la "espiritualidad de la enfermedad o crisis" y en la que personas que se enfrentan a la enfermedad, la incapacidad o la muerte, están vulnerables y pueden experimentar sufrimiento espiritual, una lucha en búsqueda del sentido de la vida o de un conflicto de fe, (en el manejo de estas situaciones de crisis espiritual, se requiere también de capacidades importantes por parte de la enfermera. La tercera, puede darse cuando la persona experimenta una función espiritual “distorsionada", es decir, con necesidad de una intervención (que demanda de la misma manera de competencias específicas para el manejo de estas situaciones y un conocimiento en la temática de cuidado espiritual).

El concepto de “competencia del profesional de enfermería” involucra aspectos como aptitudes, actitudes, habilidades, capacidades, conocimientos y destrezas, que son movilizados en el desarrollo de las intervenciones de enfermería, con el fin de solucionar situaciones o aspectos de la práctica. Estas competencias incorporarían además el dominio de los conocimientos propios de la disciplina, su aplicación en las situaciones de la práctica, así como la integración actitudes y habilidades interpersonales y personales de la enfermera (Baldacchino D., 2006).

Estudios de van Leeuwen et al. (2004, 2006) y Baldacchino D. (2006) establecen y describen las competencias de enfermería en el cuidado espiritual, en poblaciones de pacientes, enfermeras y capellanes.

Van Leeuwen et al., (2004) realizaron una revisión de artículos cualitativos. La pregunta principal de la revisión de la literatura fue: ¿cuáles son las competencias que una enfermera debe poseer para la brindar un cuidado espiritual adecuado? Los resultados del estudio mostraron un perfil de competencias con tres dominios básicos: conocimiento y uso de las dimensiones de sí mismo (que consiste en la forma en que las enfermeras se relacionan con sus pacientes: las actitudes y cualidades personales, la responsabilidad profesional, el conocimiento y la visión), la dimensión espiritual del proceso de enfermería (que hace referencia a las competencias para manejar las diferentes fases del proceso de enfermería en este aspecto tales como observación, evaluación, diagnóstico, preparación, información y asesoramiento, continuidad y coordinación del cuidado y cooperación multidisciplinaria) y la garantía y calidad de la experiencia (que se refiere a las competencias en el manejo de factores contextuales para el cuidado espiritual en la organización y el fomento de las condiciones institucionales). Así mismo, se identificaron seis competencias básicas: manejo de las propias creencias, abordaje del tema, recopilación de información, discusión y planificación, provisión y evaluación e integración a las políticas.

Posteriormente, van Leeuwen et al., (2006) efectuaron otro estudio de grupos focales con el fin de profundizar en los aspectos espirituales del cuidado de enfermería a pacientes, enfermeras y capellanes de hospitales de las unidades de cardiología, oncología y neurología. Los resultados arrojaron varias categorías relevantes como lo son: la espiritualidad de la enfermera, sus actitudes, emociones, comunicación entre el paciente y la enfermera, plan de enfermería, límites personales, el tiempo, las cuestiones culturales y la educación.

Por su parte Baldacchino, (2006) también efectuó un estudio exploratorio con el fin de establecer las competencias de las enfermeras para brindar cuidado espiritual a personas con infarto agudo de miocardio en la Isla de Malta. Los resultados del estudio identificaron cuatro competencias principales en las enfermeras: el papel de la enfermera como profesional y como persona, la prestación del cuidado espiritual en el proceso de enfermería, la comunicación de las enfermeras(os) con pacientes, el equipo interdisciplinario, las organizaciones clínicas y educativas y finalmente, la protección de los aspectos éticos durante el cuidado espiritual.

Con relación a la competencia de la enfermera como persona individual, se estableció la importancia del desarrollo de la consciencia espiritual y la reflexión de la propia dimensión espiritual. En la competencia del cuidado espiritual durante el proceso de enfermería, se dieron cuestionamientos en torno a qué, quién, cómo, cuándo y dónde, debe brindarse el cuidado espiritual. El proceso de evaluación, planificación e implementación del cuidado espiritual, va más allá del cuidado físico, interviniendo de forma directa en la relación enfermera-paciente. Con respecto a la competencia de comunicación de enfermería con los pacientes, equipo interdisciplinario y organizaciones clínicas y educativas, se manifiesta la necesidad de mejorarla en especial en lo que respecta al equipo interdisciplinario y el departamento de educación institucional.
Finalmente, con respecto a la competencia de protección de los aspectos éticos durante el cuidado, se hizo evidente la necesidad de dar continuidad a la atención y la importancia del proceso de documentación; sin embargo, existen inquietudes en lo referente al anonimato, la confidencialidad y el consentimiento informado, antes de someter información sobre la situación espiritual de la persona ante otros miembros del equipo multidisciplinario como por ejemplo los capellanes.

Así mismo, se describieron algunos de los aspectos que limitan el cuidado espiritual en el estudio y que se relacionan con la falta de educación sobre la temática, el ambiente hospitalario con el número excesivo de pacientes y el modelo biomédico predominante.

Todo lo anterior evidencia los avances en términos de características, aptitudes, actitudes y factores de interés para enfermería en la prestación del cuidado espiritual, que deben ser considerados durante los procesos formativos en la temática y aplicados a las diferentes necesidades espirituales que puede llegar a presentar una persona con enfermedad crónica.

2.2.3 Factores relacionados con el cuidado espiritual durante las situaciones de enfermedad crónica

En la literatura se señalan algunos factores influyentes en el cuidado espiritual provisto por los profesionales en su práctica. Dentro de estos factores, la percepción de la espiritualidad, los relacionados con el bienestar espiritual, algunos aspectos socio demográficos, la especialidad laboral, los años de experiencia, las actitudes del

profesional hacia el cuidado espiritual, la religiosidad de la enfermera, la habilidad para brindar cuidado espiritual o la educación son algunos de los reportados.

De esta manera, la percepción de la espiritualidad personal se ha correlacionado de manera significativa en algunos estudios con los diferentes niveles educativos (F=4,62, p=0.01 grado de maestría), la experiencia clínica (F=4,88, p=0,002 de 11 a 19 años), la especialidad (F=6,23 p=0.00 cuidados paliativos), la educación sobre el cuidado espiritual durante la formación de enfermería (t =2,28, p=0,02) y la educación continua (T=6,20, p =0.00) (Wu & Lin, 2011).

La percepción de espiritualidad personal se ha relacionado con sus dimensiones “yo” con la comprensión del cuidado espiritual (beta=1.06, |t|=10.74, P<0.001) (Chung, Wong, & Chan, 2007). Igual con las dimensiones “búsqueda existencial”, “universalidad” y “percepción de la espiritualidad” entre los sujetos de diferentes niveles educativos (P<0.05). Así como de las dimensiones de la espiritualidad y las nociones del cuidado espiritual y provisión del mismo (P <0,001) (pág. 167).

La percepción analizada desde las actitudes de la enfermera para brindar cuidado espiritual se han correlacionado con la educación (coeficiente de ruta= 0.16, p=0.04), religiosidad intrínseca y extrínseca (coeficiente de ruta= 0.26, p=0.003) y su bienestar espiritual (coeficiente de ruta =0.39, p=0.001) (Musgrave & McFarlane, 2004). También con la religiosidad no organizada y grado de comodidad mientras se proporciona cuidado espiritual (p=<0.01). Otros factores que influyen son: la creencia en Dios, la creencia en la vida después de la muerte, la religiosidad organizada, el grado educativo,y la educación percibida en el cuidado espiritual (p=<0.01 y <0.05) (Lundmark, 2006).

Son también significativas las correlaciones entre las prácticas de cuidado espiritual (como la oración), con la edad (r=0.25, p<0.001) y el número de años de experiencia en enfermería (r=0.20, p<0.01). La frecuencia de remisión al clero con el número de años de experiencia en la práctica de oncología (r=0.18, p<0.01); así como con el uso de intervenciones tradicionales como la asistencia de las enfermeras a servicios religiosos con la oración abierta o privada (p=0.001), el ofrecimiento de oración (p=0.0001) o la comprar material religioso para sus pacientes (p=0.0063) (Taylor, Amenta, & Highfield, 1995).

Ross (2006) expresa que la percepción del cuidado espiritual puede promoverse a través de factores como la consciencia de las enfermeras sobre su propia espiritualidad, la existencia de buenas relaciones con otros profesionales, ambientes favorables (por ejemplo, dotación de personal, tiempo y/o recursos), educación en cuidado espiritual y la posibilidad de los pacientes de comunicar sus necesidades al personal (Ross, 2006)

Otras variables influyentes y que han sido descritas en la literatura como barreras para percibir y dar cuidado espiritual son las descritas por McEwen (2005) quien clasifica estas barreras en tres categorías: barreras individuales (relacionadas con aspectos personales de la enfermera), de conocimiento (formación y conocimientos sobre el cuidado espiritual) y barreras situacionales (propios del encuentro entre la enfermera y la persona), institucionales o ambientales (relacionadas con restricciones o espacios físicos.

También se estableció que uno de los factores influyentes en cómo se percibe y se da el cuidado espiritual es la educación en el cuidado espiritual. Desde enfermería, autores como Lundmark (2006) y van Leeuwen y cols. (2006), y desde otras disciplinas de la salud, Bentur y Resnizky (2010) y Yardley, Walshe y Parr (2009), han manifestado que la falta de educación y formación está relacionada con el cuidado espiritual como una de las dificultades para su ejercicio, por lo cual se ha sugerido como necesaria la capacitación de los profesionales de la salud en este ámbito (Taylor, Amenta, & Highfield, 1995).

2.3.3 Intervenciones educativas de enfermería en la formación de cuidado espiritual

La educación espiritual en enfermería se hace evidente en las cinco revisiones de la literatura efectuadas a la fecha (Ross, 2006; Stern y James, 2006; Timmins y Kelly, 2008; Leathard; Cook, 2009 y Pike; 2011). Todas ellas dan cuenta de la importancia que tiene para la disciplina esta temática y los intentos que se han efectuado para establecer estrategias de formación en el cuidado espiritual. Ross (2006) además, expresa que enfermería recibe poca educación en la dimensión espiritual del cuidado y que la formación en la temática aumentaría la capacidad de la enfermera para brindar cuidado espiritual. Cita a Narayanasamy quien ha realizado diversos estudios que han tratado de generar un marco para la educación espiritual, con el modelo ASSET (Actioning Spirituality and Spiritual Care Education and Training in Nursing) y que contempla aspectos como la autoconciencia de la enfermera, el conocimiento del concepto de

espiritualidad y sus dimensiones, la aplicación de conocimientos, habilidades y actitudes y la evaluación de las necesidades de cuidado (Narayanasamy, 1999).

Nueve artículos encontrados en la revisión de la literatura, hacen evidente los intentos que se han hecho para la formación de enfermería en el cuidado espiritual. En el (Anexo l), se presenta una tabla con nueve artículos que contienen experiencias educativas en el tema de cuidado espiritual. Títulos, autores, año de publicación, país de origen, modelo teórico o pedagógico empleado y metodología abordada son presentados. De estos nueve artículos, dos presentan una descripción del modelo empleado para brindar educación en el cuidado espiritual a estudiantes de enfermería, uno con una perspectiva cristiana y el otro judeo-cristiana (Taylor, Testerman, & Hart, 2014; Baldacchino D., 2008). Igualmente se encontró que cinco estudios utilizaron el modelo ASSET propuesto por Narayanasamy 1999, (O'Shea, et al., 2011; Baldacchino D., 2008; 2011; Shih, Gau, Mao, Chen, & Lo, 2001; Taylor EJ, Testerman N, Hart D, 2014). Tres estudios abordaron modelos de los propios autores: Vlasblom et al. (2011), Burkhart y Schmidt (2012) y van Leeuwen et al. (2008). Dos estudios plantearon un modelo de aprendizaje autónomo por correspondencia: Shih, et al. (2001) y Taylor et al. (2009). Así mismo, dos estudios fueron aplicados en enfermeras de unidades especializadas; de estos, uno se aplicó a enfermeras y pacientes (Vlasblom, et al., 2011) y el otro a enfermeras de una unidad neonatal y pediátrica (O'Shea et al., 2011). Respecto a la metodología empleada, un estudio utilizó cohortes, tres estudios efectuaron un estudio con un solo grupo con medición pre y pos prueba y tres con dos grupos experimental y control.

Shih et al., (2001) desarrollaron un programa de cuidado espiritual para la maestría en ciencias de enfermería, basado en el modelo ASSET de Narayanasamy (1999). Su intención fue la de facilitar la aplicación de los contenidos del programa a los usuarios de sus estudiantes (n=221) por medio de un diseño pre y pos prueba. Tuvo una duración de 18 semanas y estuvo organizado en clases teóricas, casos clínicos, entre otras actividades; las cuales fueron impartidas con un DVD y un libro de 100 páginas, por lo que la pedagogía utilizada fue la de aprendizaje autónomo. Los resultados muestran que la intervención mejora de manera significativa la efectividad del programa ($p<0,0001$). Los estudiantes mejoraron su actitud hacia el cuidado espiritual, la capacidad para proporcionar una respuesta empática, los conocimientos de comunicarse sobre espiritualidad y la espiritualidad personal. No se encuentran diferencias entre las

instituciones religiosas y no religiosas de las cuales provienen los estudiantes. El análisis de regresión no mostro predicciones entre las variables demográficas o el trabajo.

Baldacchino, D (2008) llevó a cabo una intervención educativa basada en el modelo ASSET, con un enfoque judeo-cristiano, para un diplomado realizado a un grupo de 65 enfermeras. El objetivo fue aumentar la conciencia sobre la espiritualidad en el cuidado y su aplicación como parte del cuidado integral. Esta unidad se fue perfeccionando de acuerdo con los aportes de dos cohortes previas (en 2003 y 2004), los cuales incluyeron métodos de enseñanza tradicional, ejercicios de auto-reflexión, estudios de casos y discusiones en grupos pequeños. La evaluación de esta intervención de 14 semanas se efectuó con base al impacto académico y profesional percibido por lo estudiantes de manera cualitativa en un cuestionario auto administrado.

Van Leeuwen et al., (2008) desarrollaron un estudio de tipo cuasi-experimental cruzado (pre y pos prueba), que tuvo como objetivo determinar el efecto de un curso para estudiantes de enfermería en el desarrollo de competencias en cuidado espiritual y los factores influyentes en una muestra de 97 estudiantes. El programa estuvo organizado en temas de educación, entrenamiento en habilidades de comunicación en cuidado espiritual, reflexión sobre experiencias en cuidado espiritual; en un tiempo de seis semanas. La información se midió con el instrumento de competencias de enfermería en cuidado espiritual de van Leeuwen et al., (2009). Los resultados del estudio mostraron cambios estadísticamente significativos en las puntuaciones de tres de las sub-escalas del instrumento: profesionalización y mejoramiento del cuidado espiritual, la remisión a los profesionales y la actitud hacia la espiritualidad del paciente (T1) y para toda la cohorte de estudiantes en todas las sub-escalas después de 6 semanas (T2). La comparación de los resultados en el pre y pos prueba mostró una diferencia significativa entre los grupos de intervención y control en la primera medición y puntuaciones significativamente más altas para los estudiantes en el grupo de intervención en comparación con los del grupo control en la segunda medición ($p<0.00$).

Taylor et al., (2009) determinaron la eficacia de un programa de aprendizaje autónomo por correspondencia con las siguientes temáticas: actitud hacia el cuidado espiritual, capacidad de crear respuestas verbales empáticas ante el dolor espiritual y experiencia espiritual personal. El estudio se llevó a cabo en estudiantes y enfermeras pertenecientes

a instituciones religiosas y no religiosas, quienes completaron el programa enviado por correo (n=201). El diseño fue de pre prueba y pos prueba. Los resultados del estudio mostraron diferencias significativas gracias a la intervención p<0=0001. Los cambios se dieron en variables como la actitud, la capacidad de crear respuestas empáticas, la experiencia espiritual y los conocimientos. Respecto a las actitudes frente al cuidado espiritual, las autoras dicen que hay un efecto de interacción de tiempo entre los estudiantes y las enfermeras ya que los resultados mostraron una mejor actitud entre los estudiantes en comparación con las enfermeras. No se encontraron diferencias entre las instituciones religiosas o no religiosas.

O'Shea et al., (2011) llevaron a cabo un estudio que evaluó el efecto de una sesión educativa a 41 enfermeras pediátricas y neonatales de un hospital infantil sobre su perspectiva hacia la provisión del cuidado espiritual, por medio de un diseño pre y pos test. Establecieron además la relación entre la percepción sobre la espiritualidad de las enfermeras y la perspectiva hacia la provisión de cuidado espiritual. La sesión educativa se basó en el modelo ASSET de Narayanasamy (1999). Los resultados del estudio confirmaron que la intervención educativa, tuvo un efecto significativo en las puntuaciones pos prueba (t= 6,19 p=0,00), lo que demostró una perspectiva más positiva hacia la provisión del cuidado espiritual después de la sesión educativa. Así mismo, el estudio mostró que entre más espiritual se considere la enfermera, más positiva será su percepción sobre el cuidado espiritual (r=-.48, p=0.01).

Taylor, et al., (2014) describen un modelo para la integración del cuidado espiritual en una escuela de enfermeras cristianas a lo largo del pregrado, cuyos estudiantes son euro-estadounidenses, asiáticos, afro-americanos, e hispanos. El artículo presenta los resultados de una encuesta aplicada a profesores y estudiantes por correo electrónico y en la cual se preguntó a los profesores qué hacían para enseñar cuidado espiritual, y en el caso de los estudiantes, qué tanto percibieron y qué aprendieron sobre proporcionar cuidado espiritual. Los resultados señalan que se dan muchos métodos para la enseñanza, la mayoría desde una perspectiva de atención de enfermería y otros de fortalecimiento de la conciencia espiritual y el bienestar de los estudiantes que los habilita para ofrecerlos a los pacientes.

Baldacchino, D (2011) también estableció en una unidad educativa, el impacto del afrontamiento espiritual a la enfermedad y la cualificación del cuidado de las enfermeras. Esta unidad organizada en sesiones de 4 horas, se realizó en tres cohortes de enfermeras (A: n=33, B: n=35, C: n=35). Los resultados del estudio mostraron beneficios de la unidad educativa en: actualización de conocimientos, aspectos espirituales durante la enfermedad, comprensión del impacto global de la enfermedad sobre la vida de los pacientes, concientización sobre el papel de la enfermera en el cuidado espiritual, sobre la propia espiritualidad y el reconocimiento de las enfermeras como agentes de cambio.

Vlasblom et al., (2011) diseñaron un entrenamiento para enfermeras de un hospital urbano de tendencia cristiana en el cuidado espiritual. El diseño del estudio fue cuasi experimental, con medición pre y pos prueba y grupo control. En el grupo experimental participaron enfermeras de 4 servicios (n=44 iniciaron y 31 terminaron) y en el control participaron de 1 servicio (de este no se incluyó información en el estudio debido a que en la segunda medición, solo 14 enfermeras estaban empleadas en ese servicio). La medición inicial se efectuó en ambos grupos 6 semanas antes de la intervención y la medición final 6 semanas después. Así mismo, en el estudio participaron los pacientes correspondientes a los mismos servicios donde participaron las enfermeras, (n=51 inicial y n=81 final en el grupo experimental) y (n=24 inicial y 31 final en el grupo control). El programa incluyó 4 sesiones de 4 horas en los temas: lugar del cuidado espiritual en el perfil de las enfermeras, comunicación de la espiritualidad e interacción con otros profesionales y capellanes. Los resultados mostraron el efecto positivo de la intervención, en variables como la percepción de la espiritualidad de las enfermeras (p=0,05), en la identificación de las necesidades espirituales y el registro de la información (p=0,01). Así mismo, los pacientes evaluaron el cuidado espiritual y la atención de las necesidades espirituales como adecuadas (p=0,006).

Finalmente Burkhart y Schmidt (2012) efectuaron un estudio donde se desarrolló y probó una pedagogía de cuidado espiritual que integró la experiencia pastoral y de enfermería. El propósito de esta pedagogía fue enseñar a los estudiantes a reconocer señales en el paciente, proveer intervenciones espirituales y el ejercicio de reflexiones sobre la experiencia posterior al encuentro. El estudio contó con dos fases, la primera donde los investigadores diseñaron un programa educativo y reflexivo basado en la teoría Burkhart. La segunda fase, donde se midió la eficacia de este programa en un pre y pos prueba,

controlado y aleatorio, con estudiantes de enfermería de últimos semestres durante su última inmersión clínica (n=59). Las metodologías empleadas fueron: sesiones didácticas grupales, foros online y exámenes. Los contenidos contemplados fueron: qué es el cuidado espiritual, cómo es vivida la espiritualidad, la identidad personal y ser enfermera y cómo proveer cuidado espiritual. Los resultados revelaron un aumento estadísticamente significativo $p < 0.05$ y $p < 0.01$, en la percepción de los alumnos respecto a su capacidad de cuidado espiritual, sobre todo en situaciones clínicas familiares complejas. Los resultados también indican un aumento significativo en el uso de prácticas de reflexión por parte de los estudiantes y apoyo en momentos de estrés.

Los estudios anteriores evidencian la importancia del cuidado espiritual para enfermería y la necesidad de generar enfoques educativos exitosos para la formación del personal de enfermería en la temática. Los resultados obtenidos han sido positivos y en su mayoría significativos; sin embargo, es relevante generar propuestas de formación con metodologías mas rigurosas y controladas como las de Vlasblom, Leeuwen y Bukhart en el trabajo específico, no solo con estudiantes en formación, sino también con personal de enfermería que ejerza actualmente en la práctica asistencial. Así mismo, como lo menciona Ross (2006), es necesario generar investigación con nuevos enfoques exitosos para la enseñanza y formación en cuidado espiritual. En el apartado de discusión del presente estudio se amplían y contrastan algunos aspectos relacionados con estas intervenciones y la que aquí se propone.

2.4 Espiritualidad y Cuidado Espiritual de acuerdo con McSherry

Dentro de los autores que han abordado la temática de la espiritualidad y el cuidado espiritual en enfermería se encuentra entre otros Wilfred McSherry, quien ha efectuado importantes contribuciones en esta área temática durante los últimos años (McSherry, Draper, & Kendrick, (2002); McSherry & Ross, (2002); McSherry & Cash, 2004; McSherry, 2006; McSherry & Smith, (2007); McSherry & Jamieson, (2011); Cockell & McSherry, (2012); McSherry & Jamieson, (2013).

Para McSherry et al., (2002), la conceptualización de la espiritualidad en la literatura de enfermería adquiere dos formas: una religiosa y otra existencial. La que contempla la creencia religiosa se deriva de una tradición histórica y se basa en descriptores religiosos

y teocéntricos. Esta forma de espiritualidad es de cierta forma más tangible y observable en indicadores tales como la creencia en un Dios o la práctica de una actividad religiosa formal en comparación con la existencial. Por otro lado, se encuentra la forma existencial que ha sido clasificada como “una forma pos moderna” de espiritualidad. Es muy subjetiva y refleja la preocupación que tiene para el individuo los aspectos de la sociedad material y de situaciones de la vida. Esta forma de espiritualidad puede tener descriptores de tipo fenomenológico o existencial (2004). La conceptualización de espiritualidad vista de esta forma es multifacética y por lo tanto es posible que los individuos puedan identificarse con una o ambas formas de espiritualidad (2002).

Considerando lo anterior podría establecerse que cada individuo tiene un significado propio de espiritualidad y que por lo tanto, el concepto puede implicar cosas diferentes dependiendo de la interpretación o visión del mundo que tenga cada persona. Por esta razón y buscando obtener una mejor comprensión para el personal de enfermería en la práctica del cuidado espiritual, McSherry y Cash (2004) proponen una taxonomía que pueda explicar y acomodar las diferentes nociones de significado sobre la espiritualidad que se pueden encontrar en la literatura de enfermería y atención médica.

Tabla 2-1 Taxonomía de espiritualidad

Descriptores							
Teísta: Creencia en un ser supremo, argumentos cosmológicos no necesariamente de un 'Dios' sino también una deidad.	**Religiosa:** Afiliación-creencia en un Dios, la realización de ciertas prácticas religiosas, costumbres y rituales.	**Lenguaje:** Las personas pueden usar cierto lenguaje al definir la espiritualidad como la fuerza interior, paz interior.	**Cultural, Política o de Ideologías sociales:** Una persona puede tomar una posición política en particular o ideología social lo cual influye y gobierna sus actitudes y comportamientos dependiendo de la fe.	**Fenomenológico:** Se aprende sobre la vida por vivir y de una variedad de situaciones y experiencias tanto positivas como negativas.	**Existencial:** Una filosofía semántica de la vida y el ser, encontrar sentido, propósito y satisfacción en todos los acontecimientos de la vida.	**Calidad de Vida:** Aunque la calidad de la vida no es explícita, en la definición está implícito.	**Místico:** Relación entre lo trascendente, interpersonal, transpersonal, la vida después de la muerte.
Izquierda……Derecha							
✓ El orden o secuencia de los descriptores presentes en la taxonomía se hayan determinado individualmente dependiendo de las creencias, valores y experiencias de vida o visión del mundo. ✓ La taxonomía es restrictiva, en tanto implica la capacidad de intelectualizar, apoyando la posición o postura que tales definiciones son exclusivas o restrictivas. ✓ La taxonomía implica que la visión del mundo de un individuo determina su definición de la espiritualidad. ✓ Las descripciones que aparecen en la taxonomía no son exhaustivas, ya que pueden ser infinitas. ✓ La taxonomía sugiere dos formas de espiritualidad: la vieja y la pos moderna. La vieja=religiosa y teísta, mientras que la post-moderna= fenomenológica y existencial.							

Fuente: McSherry & Cash (2004)

En el extremo izquierdo está presente una espiritualidad basada en ideales religiosos y teístas, mientras que en el extremo derecho hay una espiritualidad basada en elementos

seculares, humanistas, existenciales. Un camino intermedio contiene elementos tanto de la izquierda y la derecha, pero no son tan fundamentales o radicales. La taxonomía sugiere que no hay elementos constantes hay formas que asemejan los hilos de una tela, comunes a todos los individuos en la manera en que pueden percibir o definir la espiritualidad. Estos hilos están en un estado de fluctuación inconstante en la tela que crean. La idea de que cada individuo teje su propio patrón o tejido está presente (2004).

Además de la taxonomía propuesta, McSherry se interesó también en el estudio de las percepciones de la espiritualidad y el cuidado espiritual tal y como es percibido por el personal de enfermería. Estableció cuatro factores que muestran asociaciones subyacentes entre ellas y que apoyan la comprensión de estas percepciones. Estos factores son: espiritualidad, cuidado espiritual, religiosidad y cuidado personalizado.

El factor de la espiritualidad está compuesto por aspectos tanto existenciales como religiosos. Los elementos existenciales abordan aspectos relativos a la necesidad del individuo de encontrar y vivir su vida con significado y propósito. Por otro lado, los aspectos religiosos sugieren que la espiritualidad no solo es un concepto asociado a una religión, sistema de fe o de culto, sino que el carácter universal de la espiritualidad se hace evidente mediante el reconocimiento de áreas como la creatividad, el arte y la expresión de sí mismo. Es así como la espiritualidad es un fenómeno mucho más amplio que simplemente asignar expresiones religiosas (2002).

Lo anterior expuesto por McSherry guarda relación con lo expresado por otros autores que, desde el componente existencial de la espiritualidad, afirman que este factor está compuesto por ideas relacionadas con el significado y el propósito en la vida, y que deben ser hallados por el individuo durante el proceso de su enfermedad u hospitalización. Esto con el fin de adaptarse a la situación de vida en la que se encuentra y proyectar lo que desea para el futuro respecto al proceso de salud (Simsen 1985 citado en McSherry et al., 2002; Golberg, 1998; Tanyi, 2002; Buck, 2006; Vachon, 2008).

También desde el componente religioso Oldnall (1996), Dyson, et al. (1997), Tanyi (2002), Buck (2006) y Watts (2009) expresan que la espiritualidad es algo mucho más amplio que la religión y que si bien esta es un componente importante de la espiritualidad, la persona puede expresar o no su espiritualidad a través de ella, tal como lo expone también McSherry (2002). Lo anterior implica que si una persona es religiosa,

no necesariamente puede ser percibida como espiritual y que al contrario, una persona no religiosa también puede percibirse como espiritual.

El componente del cuidado personalizado sugiere aspectos de la espiritualidad que son únicos, diferentes y específicos para cada individuo (sea creyente, ateo o agnóstico) y que está enmarcado en aspectos como la moral, creencias, valores y las relaciones personales. McSherry et al., (2002) sostienen que todas las dimensiones de la espiritualidad y de la vida son únicas para cada individuo y expresan una inspiración secundaria a una fuerza religiosa o una filosófica abstracta

Este aspecto es valorado al igual que McSherry por diferentes autores que refieren el carácter subjetivo, individual y personal de la espiritualidad tales como Ross (1997) citada por Sánchez (2004), Tanyi (2002) y McEwen (2005). El cuidado personalizado se aprecia al considerar no solo la capacidad de cada individuo de interpretar su propia vida y experiencia de salud, sino también los valores y atributos personales que son fuente de guía y fuerza para el individuo (Buck, 2006). En este sentido, aspectos como la moral, las buenas relaciones interpersonales, el perdón o valores como la amistad, el amor, la fe, la esperanza, la confianza, la admiración y la inspiración son aspectos importantes en la precepción espiritual de la persona y manifiestan el carácter subjetivo de la espiritualidad (Narayanasamy, 2004).

El componente del cuidado espiritual según McSherry está constituido por acciones y comportamientos de cuidado que lleva a cabo la enfermera en la práctica y que pueden tener una tendencia religiosa y/o existencial. La enfermera debe escuchar, pasar el tiempo con el otro, mantener la privacidad y la dignidad, así como promover el encuentro de significado y propósito, mostrar cualidades como bondad, preocupación, amabilidad, apertura y empatía. Algunas de las intervenciones de tipo religioso y existencial reportadas en la literatura y que son similares a lo planteado por el autor son:

Religiosas:

- Permitir reuniones con el capellán, sacerdote, pastor, líder religioso o persona significativa (Rieg, Mason, & Preston, 2006).
- Mantener las prácticas y rituales religiosos durante la hospitalización (Hubbell, Woodard, Barksdale-Brown, & Parker, 2006; Burkhart et al., 2008; Dhamani, Paul, & Kaye, 2011).

- Oración (Hubbell et al., 2006; Burkhart et al., 2008; Dhamani et al., 2011).
- Meditación (McEwen, 2005).
- Lectura de libros sagrados (Hubbell et al., 2006; Burkhart et al., 2008; Dhamani et al., 2011).
- Conversar sobre Dios, Ser Superior, creencias, literatura, música sagrada o cualquier otro tema religioso (McEwen, 2005).
- Remitir a expertos el cuidado espiritual (McEwen, 2005).

***Existenciales*:**

- Mantener el respeto por la dignidad, privacidad, las creencias culturales o religiosas.
- Promover el encuentro del significado a la enfermedad (Greasley, Chiu, & Gartland, 2001; Taylor et al., 1995; Taylor & Outlaw, 2002).
- Brindar apertura: amabilidad, preocupación y empatía (Greasley et al., 2001; Dhamani et al., 2011).
- Pasar tiempo con la persona: Dando ánimo, apoyo, fortaleza, en especial en momento de necesidad (McEwen, 2005).
- Escuchar: Brindar tiempo para discutir, explorar temores, ansiedades o problemas.
- Promover la paz consigo mismo y el mundo (McEwen, 2005).
- Facilitar la culminación de los asuntos pendientes (Edwards, Pang, Shiu, & Chan, 2010).
- Promover la esperanza y una perspectiva positiva: ante el miedo, los sentimientos negativos, las pérdidas (Edwards et al., 2010; Dyson, et al.,1997; Thomas & Retsas, 1999).
- Permitir que la persona se involucre y mantenga el control de sus propias actividades (Edwards et al., 2010).
- Facilitar en contacto con la naturaleza.
- Permitir la expresión de sentimientos mediante el arte y la creatividad.
- Hacer uso de la presencia y el contacto de manera terapéutica.

Las intervenciones reportadas en la literatura muestran que el cuidado espiritual, está dirigido a promover en la persona su salud y bienestar, a través del encuentro del significado y propósito en su vida (incluyendo en las situaciones de enfermedad), tal como lo propone McSherry (2002, 2004, 2006, 2011, 2013).

2.5 Relación teórica entre la teoría de cuidado de Boykin y Schoenhofer y la de cuidado espiritual de McSherry

Para Boykin y Schoenhofer el cuidado es la expresión de enfermería, el centro del conocimiento para entender lo que significa el ser humano, su magnitud y su complejidad. Esta complejidad incluye también a la espiritualidad y la vivencia de una enfermedad crónica. Al establecer las relaciones entre las proposiciones más relevantes de cada teoría, es posible encontrar la congruencia que existe entre ambas y cómo la dimensión espiritual del cuidado se hace evidente.

En el anexo O se presentan los supuestos principales de la teoría de Boykin y Schoenhofer y McSherry y de acuerdo a ellos se describe a continuación su relación teórica.

Los *resultados del cuidado espiritual* pueden generarse desde el valor o valores experimentados, así como desde el conocimiento adquirido de la otra persona.

Los *valores experimentados* durante la relación de cuidado pueden incluir las normas, reglas o ideales de la persona, que rigen su conducta. También el significado que le atribuye a las cosas buenas y malas de la vida y aquellas que experimenta durante la enfermedad crónica (tales como el diagnóstico, el tratamiento, la hospitalización, entre otros); así como la importancia de las relaciones interpersonales, la amistad, el arte y la creatividad como expresión de la propia espiritualidad.

El *conocimiento que se adquiere del otro* se da en el encuentro de la persona con enfermedad crónica y la enfermera. El cuidado espiritual se hace evidente no solo en el cuidado que se comparte, sino en la manera en que ambos se nutren y potencian.

Por otra parte el *cuidado compartido* implica el encuentro de la experiencia espiritual entre dos personas, quien se encuentra afrontando la situación de enfermedad crónica y la enfermera que proporciona el cuidado. Ambos individuos viven y crecen en el cuidado espiritual momento a momento y con cada encuentro en el presente. El cuidado compartido se produce a través de la escucha, la autenticidad y la discusión entre las partes de aquello que resulta significativo.

La *nutrición o potenciación de los actores involucrados*, en este caso la enfermera y la persona con enfermedad crónica, se da en la medida en que el individuo adquiere paz consigo mismo, con el mundo o con un Ser supremo o Dios. Cuando experimenta perdón, esperanza y propósito en su vida y cuando su vivencia adquiere significado. Para la enfermera, la potenciación o nutrición se da cuando logra atribuir significado a los momentos de cuidado espiritual, cuando es capaz de experimentar gratitud y crece en el ámbito personal y profesional, cuando sus acciones de cuidado son realizadas de manera trascendente y cuando logra explorar y hacer uso de sus cualidades personales en el cuidado espiritual de la persona en situación de cronicidad. En otras palabras ambos hallan sentido, consciencia e importancia a la dimensión espiritual en la vivencia de la enfermedad crónica.

Además de los resultados del cuidado espiritual mencionados, se encuentran también algunas características para considerar por parte de la enfermera como lo son: la invitación directa, la intencionalidad y la presencia, el valor del mundo del otro en las expresiones espirituales, el apoyo, el reconocimiento y el respeto.

La *invitación directa* involucra la apertura a la relación de cuidado con amabilidad, preocupación y empatía por parte de la enfermera, abriéndose a cuidar espiritualmente y a conocer al otro en aquello que es significativo y que tiene importancia durante la vivencia de la enfermedad crónica.

La *intencionalidad y la presencia* se dan cuando la enfermera pasa tiempo con el otro y está “ahí” en el momento de mayor necesidad espiritual en la vivencia de la enfermedad crónica; es decir, está atenta a la llamada de cuidado espiritual. Se presenta cuando la enfermera está interesada en conocer y compartir con el otro un momento de cuidado. Escucha, facilita la expresión de su angustia o sufrimiento espiritual, promueve el significado a la situación, mantiene la privacidad y la dignidad de la persona y se muestra amable, abierta y empática, haciendo uso de sí misma de manera deliberada.

El *valor atribuido al mundo del otro* implica no solo la consideración de las expresiones espirituales manifestadas por la persona, sino también el apoyo y el respeto de lo que para ella es importante y significativo. Dar valor al mundo del otro implica el

reconocimiento del valor de la espiritualidad para el individuo y las actitudes, aptitudes y motivaciones derivadas de ella y que se harán presentes durante la experiencia de la enfermedad.

Las *expresiones de cuidado espiritual* son desarrolladas y manifestadas de manera continua durante todo el proceso de la enfermedad crónica. Estas permitirán identificar el significado y el valor atribuido por la persona, a la vivencia de circunstancias tales como la hospitalización, el diagnóstico, el tratamiento o la consulta médica.

El *apoyo y el reconocimiento* por parte de la enfermera se generan en las expresiones de espiritualidad de la persona, en sus creencias, valores personales y prácticas religiosas o existenciales. Algunas de ellas son por ejemplo: ir a la iglesia, sinagoga, mezquita o lugar de culto, leer la Biblia u otra literatura sagrada, escuchar música sagrada, asistir a ritos sagrados, meditar, orar, entre otros; prácticas que hacen parte de la cultura y la vida espiritual de la persona que en el momento se encuentra en condición de cronicidad.

Finalmente *el respeto por la dignidad, la privacidad, las creencias culturales y espirituales* de la persona son importantes para la enfermera como punto de partida en el conocimiento del otro y la generación de cuidado compartido. La potenciación y nutrición que se logra en la experiencia de cuidado espiritual solo es posible mediante el respeto de estos valores por amabas partes.

De acuerdo con lo enunciado, puede establecerse que las teorías de Boykin y Schoenhofer y McSherry son congruentes en la manera de abordar el cuidado espiritual de enfermería frente a las personas con enfermedad crónica y sus familias. La perspectiva que aportan estas dos teorías al trabajarlas de manera integrada generan una guía importante para el desarrollo y provisión del cuidado espiritual durante la práctica de enfermería en sus diferentes roles y en la generación de conocimiento disciplinar y teórico.

3. Capítulo - Marco Metodológico

3.1 Tipo de estudio

El presente estudio es de tipo cuantitativo explicativo, cuasi-experimental, con dos grupos (control y experimental) y evaluación con pre y pos-prueba.

- **Cuantitativo Explicativo**: Porque genera información numérica a partir de la explicación del fenómeno de estudio y su causalidad (Hernández, Fernández, & Baptista, 2008). En este caso el establecimiento de la efectividad de la intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado” (causa) en la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería que trabajan con personas con enfermedad crónica (efecto).
- **Cuasi-experimental**: Debido a que examina la relación causal o el efecto de una variable independiente, en este caso la intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado”, en el nivel de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería (Burns & Grove, 2012).
- **Con dos grupos:** Se incluyó un grupo experimental al cual se le aplicó la intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado” y un grupo control al cual se la administró una intervención educativa sobre cuidado seguro.
- **Evaluación pre y pos prueba:** Se efectuaron dos mediciones del nivel de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería antes y después de la intervención en ambos grupos.

3.2 Descripción del diseño cuasi-experimental

Este estudio buscó determinar la efectividad de la intervención educativa "Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado*"* en la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería que trabajan con personas con enfermedad crónica en instituciones clínicas, a partir del planteamiento de un diseño cuasi experimental.

Los diseños cuasi experimentales tienen como finalidad examinar el efecto de una intervención de enfermería sobre una variable dependiente con el fin de mejorar los resultados de la práctica enfermera. Se diferencia de los diseños experimentales en que "suelen carecer de cierto grado de control de la manipulación del tratamiento, el control del entorno y/o selección de sujetos" (Burns & Grove, 2012, pág. 35 y 279).

Dentro de la clasificación de los diseños cuasi experimentales, se encuentran los de *medición de dos o más grupos con pre prueba y pos prueba*. Este "incorpora dos grupos; uno recibe la intervención experimental y el otro no y ambos son evaluados con pre y pos prueba" (García Cabrero, 2009, pág. 33). La clasificación antes mencionada, se puede observar mejor en el siguiente esquema, que además ejemplifica la manera en fue conducido el diseño cuasi experimental en el presente estudio.

Tabla 3-1 Esquema del diseño cuasi-experimental

	Grupo	Pre-prueba	Intervención	Pos prueba
Experimental	G_1	O_1	X_1	O_2
Control	G_2	O_3	X_2	O_4

Fuente: Adaptado de García Cabrero (2009)

La representación simbólica del diseño del estudio de acuerdo al esquema es el siguiente:

- **Grupo experimental:**

G_1: Personal de enfermería que trabaja con personas en condición de enfermedad crónica en la práctica clínica.

O_1: Medición inicial de la percepción de la espiritualidad y del cuidado espiritual. (Observación realizada inmediatamente antes de iniciar la intervención con la "Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual", adaptado por la investigadora).

X_1: Recibieron la Intervención educativa "Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado".

O_2*:* Medición final de la percepción de la espiritualidad y del cuidado espiritual. (Observación que oscilo entre los 8 y 20 días posteriores a la aplicación de la intervención con la "Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual", adaptado por la investigadora).

- **Grupo control:**

G_2: Personal de enfermería que trabaja con personas en condición de enfermedad crónica en la práctica clínica.

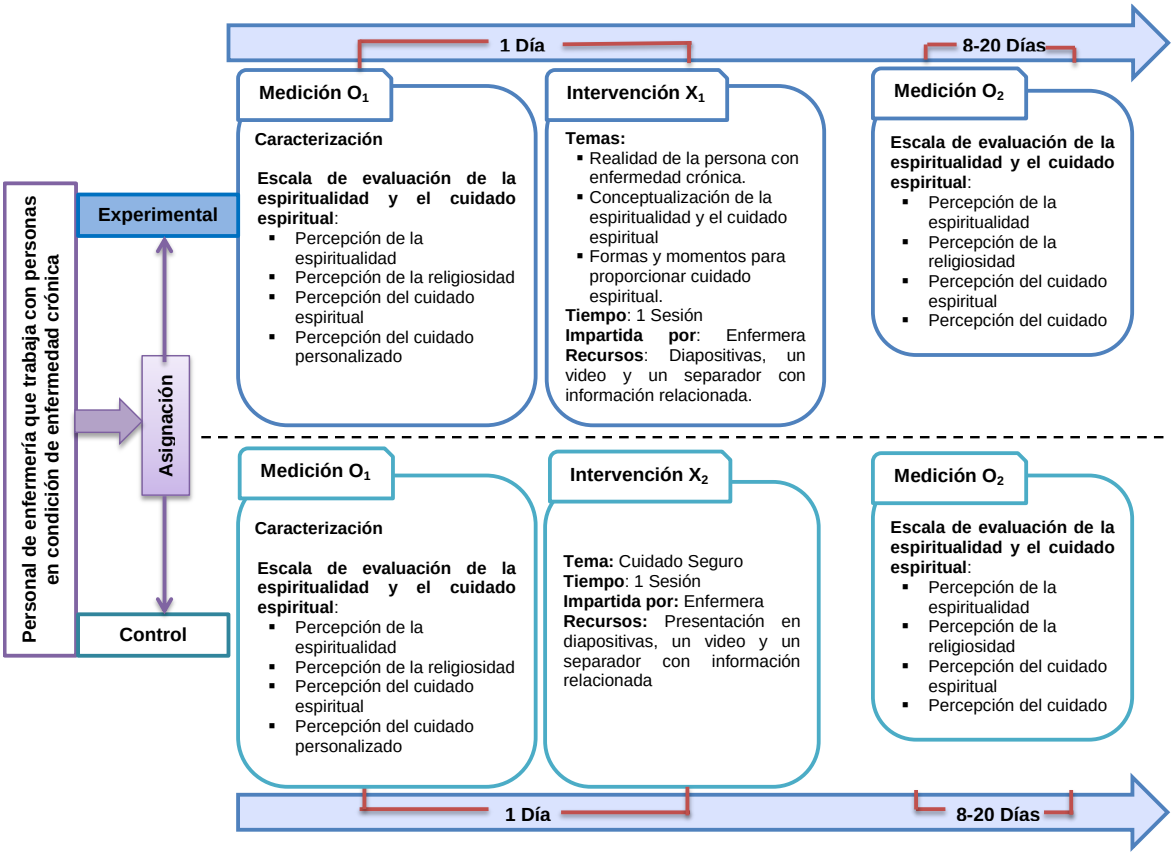
O_3: Medición inicial de la percepción de la espiritualidad y del cuidado espiritual. (Observación realizada inmediatamente antes de iniciar la intervención con la "Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual", adaptado por la investigadora).

X_2: Recibieron la Intervención educativa de cuidado seguro.

O_4*:* Medición final de la percepción de la espiritualidad y del cuidado espiritual. (Observación que oscilo entre los 8 y 20 días posteriores a la aplicación de la intervención con la "Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual", adaptado por la investigadora).

El grupo control del presente estudio recibió una intervención en la temática de cuidado seguro que guardó las mismas características que la intervención impartida al grupo experimental. La idea de este grupo fue proporcionar control al estudio y observar mejor el efecto de la intervención de cuidado espiritual que estaba siendo valorada (Hernández et al. 2008, pág. 162). Además de lo anterior, se establecieron algunas variables reportadas por la literatura que podían ser consideradas intervinientes o confusas en las percepciones del personal de enfermería que eran imposibles de controlar. Esto teniendo en cuenta que las variables correspondían a cualidades personales y profesionales de los participantes del estudio y al ambiente natural donde laboran, que en finalmente fue donde fue impartida la intervención educativa y las mediciones. Las variables son: el nivel educativo (Wong, Lee, & Lee, 2008), experiencia clínica, tiempo de práctica en la especialidad actual, educación sobre cuidado espiritual durante la formación como enfermera (Wu & Lin, 2011), espiritualidad personal (Chung, Wong, & Chan, 2007), religiosidad y bienestar espiritual personal (Musgrave & McFarlane, 2004).

Figura 3-1 Esquema del diseño de la Investigación



Elaborado por: Vargas (2015)

3.3 Riesgos del diseño cuasi experimental

Dentro de las consideraciones de los diseños cuasi experimentales es importante mencionar los siguientes aspectos:

3.3.1 Causalidad

Las situaciones tienen causas que llevan a efectos. De acuerdo con Hume citado por Burns & Grove (1997, pág. 226), cuatro condiciones deben darse para que se establezca la causalidad: 1) Debe haber una fuerte correlación entre la causa propuesta y el efecto; 2) la causa propuesta debe preceder el efecto en el tiempo; 3) la causa tiene que estar presente siempre que el efecto ocurra y 4) la causa, no es directamente observable sino que debe ser inferida. En el caso del presente estudio, la causa propuesta es la intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en

el cuidado" y el efecto esperado es una mejor percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual por parte del personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica. Sin embargo, es importante manifestar que pocos fenómenos en enfermería pueden simplificarse en una causa y efecto único; por lo tanto, otros factores deben también ser identificados y explorados para así lograr una comprensión más clara del fenómeno (Burns & Grove, 1997, págs. 226-227). En este sentido, además de la variable independiente que correspondió a la intervención educativa, se incluyeron otras variables intervinientes como aspectos causales: el nivel educativo, la experiencia clínica cuidando a personas con enfermedad crónica, la inclinación religiosa, la educación previa sobre cuidado espiritual, la inclinación religiosa, el número de pacientes a cargo, el tipo de contratación de la enfermera y el turno donde labora.

3.3.2 Manipulación

La introducción de una intervención experimental o control implica la manipulación por parte del investigador de la variable independiente. Lo que supone que al modificar de manera consciente la intervención (variable independiente) se podrá observar el efecto de dicha manipulación en la variable dependiente (Polit & Beck, 2012, págs. 203-204). Para este estudio, la introducción de dos intervenciones diferentes (la de cuidado espiritual para el grupo experimental y la de cuidado seguro para el grupo control) permite establecer el efecto producido sobre la percepciones de la espiritualidad, el cuidado espiritual, la religiosidad y el cuidado personalizado del personal de enfermería que trabaja con personas en condición de enfermedad crónica (variable dependiente). Es importante mencionar que el procedimiento de administración de cada intervención en ambos grupos se efectuó de manera rigurosa de acuerdo al protocolo de intervención previsto.

3.3.3 Validez Interna

De acuerdo con Hernández et al., (2008) la validez interna es el "grado de confianza que se tiene de que los resultados del experimento se interpretan adecuadamente y son válidos (se logra cuando hay control)" (pág. 169). En otras palabras, se refiere al grado en que es posible inferir que la variable independiente en realidad influye en la dependiente y que la relación no es errónea. Dentro de los factores que pueden amenazar la validez interna se encuentran:

- *La amenaza de historia*: Son acontecimientos externos que se presentan al mismo tiempo de la intervención (variable independiente) y que puede afectar a las variables dependientes de interés para el investigador (Polit & Beck, 2012, pág. 244). Este sesgo se daría si el personal de enfermería participante en el estudió, hubieran asistido durante ese mismo periodo de tiempo a alguna capacitación, seminario o congreso relacionado con el cuidado o la espiritualidad. Para controlar este sesgo, la investigadora estuvo atenta a la programación de capacitaciones en las instituciones donde se llevo a cabo el estudio y además considero este aspecto como parte de los criterios de exclusión.
- *La amenaza de selección*: Resulta de diferencias pre-existentes en los grupos; es decir, implica elegir a sujetos para los grupos sin que ambos sean equiparables (Hernández et al., pág. 173). Este sesgo se evito con la equivalencia obtenida entre las instituciones participantes y su personal de enfermería, en la manera en que fueron asignadas a cada grupo y en la proporción alcanzada entre los dos grupos en número.
- *Maduración:* Son los "procesos que experimentan los sujetos durante el estudio como resultado del transcurso del tiempo y no a causa de la intervención o variable independiente" (Polit & Beck, 2012, pág. 245). Lo anterior podría haberse presentado si los participantes durante el periodo de tiempo del estudio, hubieran experimentando alguna vivencia espiritual personal, con sus pacientes o familiares a cargo, que suscitara mayor sensibilidad espiritual. Este sesgo no pudo ser controlado y por lo tanto pudo afectar los resultados sobre la variable dependiente.
- *Sensibilización:* Efecto que ejerce la pre-prueba en el desempeño de los participantes en la pos-prueba. En este estudio es posible que la administración del instrumento antes de la intervención educativa, haya generado sensibilización. Sin embargo, este sesgo se manejó al tener un grupo control que recibió las mismas pruebas antes y después de la intervención educativa y por lo tanto, contra el cual determinar si al final se presentaron efectos derivados de la aplicación de la pre prueba.
- *Instrumentación:* Refleja el riesgo proveniente del cambio de instrumentos de medición u observadores entre el primer levantamiento de datos y los subsiguientes (pág. 246). Este sesgo se controló al usar el mismo instrumento en la pre prueba y pos prueba en ambos grupos y el mismo investigador como observador. Así mismo,

es importante mencionar las pruebas de validez y confiabilidad a las que fue sometido el instrumento de medición.

- *Mortalidad:* Se debe a las diferencias en la atrición de los grupos que se comparan en el transcurso del estudio (pág. 245). Lo anterior implicó el retiro voluntario o involuntario del personal de enfermería participante en ambos grupos (experimental y control). Este riesgo se controló con la incorporación de muestras mayores a las requeridas, de manera que el retiro de algunos no causara un efecto nocivo en la investigación. Sin embargo, es importante mencionar que la atrición en este estudio estuvo en alrededor del 14,4%. Las causas fueron cambio de lugar de trabajo, de servicio o de turno y la no localización de la enfermera en la institución para el momento de aplicación de la segunda medición o pos prueba.
- *Difusión de tratamientos experimentales:* Implica el intercambio de información sobre la intervención entre los participantes tanto en el grupo experimental como control (Hernández et al., pág. 173). Para mitigar este sesgo se le pidió a los participantes terminada cada sesión, la mayor discreción con los colegas que aún no habían asistido a la intervención educativa correspondiente.

3.3.4 Validez Externa

Se refiere a la posibilidad de generalizar los resultados de la investigación a otros entornos o muestras (Polit & Beck, 2012, pág. 250). Se determinó por la confiabilidad del diseño y el grado de generalización de los resultados a la población del personal de enfermería de las instituciones que trabajan con personas con enfermedad crónica y que presenten las mismas características contempladas por el personal de enfermería del presente estudio. La intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado” fue diseñada de tal manera que permitiera su replicación en otras poblaciones de enfermeras y evaluar su efectividad en cada caso. De igual forma, el aporte del instrumento con sus correspondientes pruebas psicométricas son de utilidad para esta comprobación.

Es importante mencionar que uno de los sesgos de validez externa del presente estudio es la presencia de la investigadora en los procesos de medición e intervención. Para mitigar los efectos de su presencia en el proceso, la investigadora trató de mantenerse

neutral y en estabilidad emocional para impartir de la misma forma la información ofrecida a ambos grupos.

3.3.5 Universo, población y muestra

- **Universo**: Personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería) que trabajan con personas en condición de enfermedad crónica.
- **Población:** Personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería) que trabajan con personas en condición de enfermedad crónica en instituciones clínicas de la ciudad de Bogotá.
- **Muestra para la intervención educativa:** Para determinar el tamaño de muestra de la intervención se siguió el procedimiento de comparación de medias a partir de la formulación de una hipótesis nula y otra alternativa, donde se pretende establecer las diferencias entre los grupos experimental y control, así como la variabilidad de estas diferencias (Martínez & Bes-Rastrollo, 2008, pág. 382). Se plantea la primera fórmula para el cálculo del tamaño de muestra en la que se compara la efectividad entre grupos (muestras independientes) de acuerdo con lo que plantea M.M, D.y D, R., (1992).

$$n = 2\{\sqrt{X^2_{1-\propto}\,(k-1)-(k-2)} + z_{1-\beta}\}^2\,(\frac{\delta}{\Delta})^2 + 1$$

Donde:

α : Probabilidad de incurrir en el error tipo I

β : Probabilidad de incurrir en el error tipo II

σ : Cota superior de la desviación estándar a partir de los valores producidos por la variable puntaje total de la escala utilizada.

∆ : Diferencia mínima entre los promedios de los grupos para establecer el valor de β.

k : Número de grupos a comparar.

$$n = 2\{\sqrt{X^2_{1-0.03}\,(2-1)-(2-2)} + z_{1-0.06}\}^2\,\left(\frac{11.33}{6}\right)^2 + 1$$

Por lo tanto los valores establecidos en este caso son: α=0.03, β=0.06, σ=11.33, ∆=6 y k=2, dando como resultado un n=100.

Posterior a este proceso, se estableció el tamaño de muestra para evaluar la efectividad dentro de los grupos. Para este caso, el tamaño de muestra corresponderá el entero tal que cumpla la siguiente igualdad:

$$n = \left\{ \frac{\sigma_d \left(t_{1-\alpha}(n-1) + t_{1-\beta}(n-1) \right)}{\delta} \right\}^2 + 1$$

$$n = \left\{ \frac{22.67 \ (t_{1-0.01}(84-1) + t_{1-0.05}\,(84-1))}{10} \right\}^2 + 1$$

α: Probabilidad de incurrir en el error tipo I

β: Probabilidad de incurrir en el error tipo II

σ: Cota superior de la desviación estándar a partir de los valores producidos por la variable puntaje total de la escala utilizada

δ: Diferencia mínima entre los promedios de los grupos para establecer el valor de β

Los valores establecidos en este caso son: α=0.01, β=0.05, σ=22.67 y ∆=10, dando como resultado un n=84.

Por lo tanto, se establece que el número de sujetos necesarios del personal de enfermería, para conformar cada grupo en el estudio es de 100: n=100 en el grupo experimental y n=100 en el grupo control.

3.4 Criterios de Inclusión

- Enfermeras o auxiliar de enfermería que trabajen con personas en condición de enfermedad crónica.
- Tiempo mínimo de experiencia en el área de 6 meses.
- Perteneciente a cualquiera de las tres instituciones donde se llevó a cabo el estudio.

3.5 Criterios de Exclusión

- Cuando la enfermera se encontrara participando en cualquier capacitación relacionada con temas sobre el cuidado o la espiritualidad durante el tiempo del estudio.
- Enfermera que no logrará culminar la participación completa en el estudio (pre prueba, intervención educativa y pos prueba).

3.6 Medición

La medición de la efectividad de la intervención educativa "Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado" sobre la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica se realizó a partir de la "Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual" (SSCRS por sus siglas en inglés), propuesta por McSherry et al., (2002). La escala mide la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería, en 4 sub-escalas: percepción de la espiritualidad, percepción del cuidado espiritual, percepción de la religiosidad y percepción del cuidado personalizado.

Esta escala desarrollada en Reino Unido se derivó a partir de una rigurosa revisión de la literatura, en la cual también se expresó la necesidad de desarrollar una herramienta que midiera la comprensión y actitudes de enfermería frente a la espiritualidad y el cuidado espiritual. Su desarrollo se efectuó a partir de la información obtenida en 549 enfermeras clínicas que laboran en el Servicio Nacional de Salud en Inglaterra, en diferentes servicios de atención.

El proceso psicométrico de la SSCRS incluyó una prueba piloto con 50 integrantes del personal de enfermería, un proceso de análisis factorial exploratorio con análisis de matriz de correlación (0.00001; 0.03483), prueba de esfericidad de Barlett (0.05=1817,83), KMO (Kaser-Meyer-Okins=0.78092) y rotación varimax que estableció una varianza explicada del 54% en 5 factores iniciales y que se redujeron a 4 con base a un parámetro de cargas factoriales >0.35, resultando finalmente una escala de 17 ítems y 4 factores. La confiabilidad por Alfa de Cronbach fue de 0.64, lo cual muestra una fiabilidad media de acuerdo con autores como Hernández et al., (2008) y baja de acuerdo

con Polit y Beck (2012, pág. 410), quienes consideran suficiente con un parámetro de 0.70.

El instrumento ha sido utilizado y validado en otros países, como por ejemplo Hong Kong (Wong, Lee, & Lee, 2008) donde se reportó una validez de contenido de 0.98 y un Alfa de Cronbach de 0.83 (Wu & Lin, 2011); también fue utilizado por Lovanio y Wallace (2007) en los EE.UU., en Irán por Mazaheri, Khoshknab, Bagher y Rahgozar (2009) y en Turquía por Ozbasaran, Ergul, Temel, Alsal y Coban (2011).

Las cuatro sub-escalas que propone el instrumento de McSherry se organizan como se presenta a continuación:

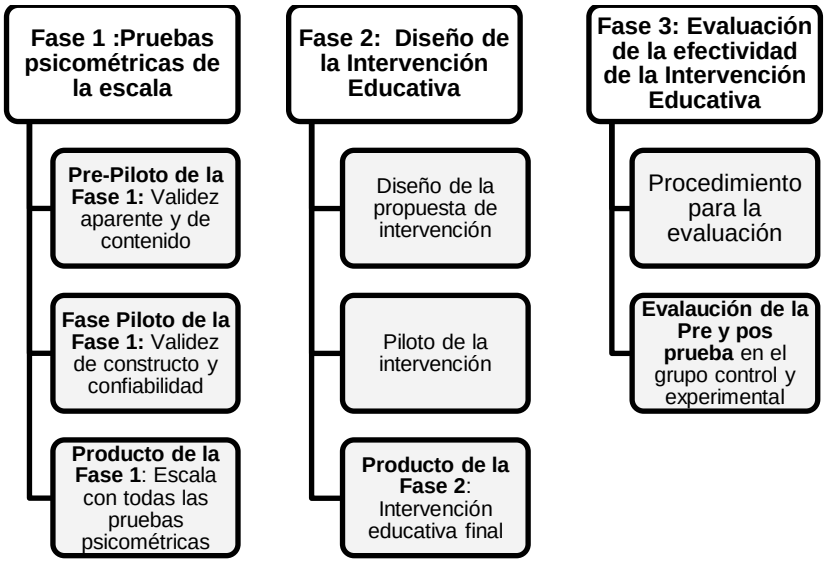
Percepción de la Espiritualidad (Existencial)	5 ítems	F, H, I, J, L C
Percepción del Cuidado Espiritual	5 ítems	A, B, G, K
Percepción de la religiosidad	3 ítems	D, M, P
Percepción del Cuidado personalizado	3 ítems	N, O, Q

La valoración de cada ítem se efectúa mediante una escala tipo likert de 1 a 5; siendo 1= extremadamente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= no está seguro, 4= de acuerdo y 5= extremadamente de acuerdo. Para la interpretación de la escala, los puntajes positivos son puntuados de 1 a 5 y los puntajes negativos se puntúan de manera inversa. La puntuación total de la escala se calcula con la sumatoria de las sub-escalas y por lo tanto, puntuaciones altas en la escala indican niveles altos de percepción espiritual y de cuidado espiritual.

3.7 Descripción del estudio

Para que el estudio diera cumplimiento a los objetivos propuestos, se organizó en tres fases como se muestra en la Figura 3-2. La primera fase corresponde al desarrollo de las pruebas psicométricas de la “Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual”. La segunda correspondió al diseño de la intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado”. La tercera al final determina la efectividad de la intervención educativa.

Figura 3-2 Fases del estudio



Elaborado por: Vargas (2015)

3.7.1 Fase 1-Pruebas psicométricas de la "Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual"

Las pruebas psicométricas de la escala se realizaron de la siguiente manera:

- ***Obtención del aval del autor de la escala***: Para efectuar el proceso de validez y confiabilidad, así como para utilización de la misma en el proceso de medición de la intervención (ver Anexo A).
- ***Traducción y re-traducción de la escala***: Fue traducida del inglés al español por 2 traductores oficiales y filólogos y también por 2 enfermeras bilingües, quienes de manera independiente efectuaron la traducción de la escala. Posteriormente, les fue entregada una versión en consenso al español de la posible traducción y cada uno dio su aprobación. Esta última versión fue traducida a su vez por un traductor oficial diferente, del idioma español al inglés y enviada al autor para una primera impresión. Con sus observaciones, esta versión de la escala se sometió a un panel de expertos quienes apoyaron los procesos de validez aparente y de contenido. Por último esta versión del consenso se envió al autor, quien dio su aprobación.
- ***Prueba Piloto***: Se efectuó con 10 enfermeras que efectuaron aportes para los últimos ajustes y versión final.

- ***Cálculo de muestra para la validez de constructo***: La selección de la muestra para validez y confiabilidad del instrumento se efectuó de acuerdo con los parámetros necesarios para la realización de la validez de constructo por el procedimiento de análisis factorial. Si bien no existe un solo criterio para determinar el número de sujetos respecto al número de ítems, para el presente estudio se decidió tomar una muestra 10 veces mayor que el número de variables o ítems (n=10k donde k es el número de ítems o variables), de acuerdo con lo sugerido por Nunnally (1978), Thorndike (1982) y Martínez citados por Morales (2012, pág. 14).En este sentido y considerando que la escala tiene un total de 17 ítems, la muestra estaría conformada por 170 participantes. En este caso, 183 sujetos participaron en este proceso, lo que corresponde a un 7,6% adicional a la muestra deseada.
- ***Obtención de la información para la validez de constructo***: Participaron miembros del personal de enfermería vinculados laboralmente a instituciones de carácter asistencial (clínico, comunitario, público y privado); de educación superior, así como enfermeras que trabajan de manera independiente. Ellos decidieron participar independiente y voluntariamente en la evaluación de validez y confiabilidad de la escala, previa lectura y aprobación del consentimiento informado.

3.7.2 Fase 2- Diseño de la intervención educativa

De acuerdo con Naylor citado por Polit y Beck (2012), un “estudio de intervención de enfermería cuestiona las prácticas de cuidado existente o prueba innovaciones en el cuidado. Son modelados a partir de los valores y objetivos de enfermería, son guiados por una fuerte base teórica, son conformados a partir de los recientes avances de la ciencia y son diseñados para mejorar la calidad del cuidado y la salud de los individuos, familias, comunidades y la sociedad” (pág. 631). En este sentido, el presente estudio propone una intervención educativa, con bases teóricas suficientes, guiadas por la perspectiva de Boykin y Schoenhofer y de McSherry y soportada por la evidencia de la literatura sobre el fenómeno de interés. Busca mejorar el nivel de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería en el cuidado de las personas con enfermedad crónica.

El Consejo de Intervención médica de Reino Unido describió las fases para el desarrollo de una intervención en salud; las cuales fueron modificadas por Campbell en 2000 (pág.

633). Estas últimas se ajustaron y tomaron como parámetro para la intervención educativa de la presente investigación.

Tabla 3-2 Fases para el desarrollo y prueba de intervenciones complejas de enfermería

Fases propuestas por el Concejo de Intervención médica de Reino Unido	Fases modificadas por Campbell 2000
▪ Fase 0 Pre-clínica: Desarrollo teórico.	1. Teoría: Revisión de la literatura, predicción de factores y estrategias de diseño.
▪ Fase 1 Modelado: Influencia de la intervención e interés de los resultados.	2. Modelado: Componentes de la intervención.
▪ Fase 2 Prueba Piloto: Incluye el protocolo formal de la intervención	3. Ensayo Exploratorio: Establecimiento de lo constate y variable de la intervención, opciones de replicación y prueba piloto.
▪ Fase 3 Prueba de la intervención: Diseño aleatorio	4. Ensayo Aleatorio Controlado: Diseño cuasi-experimental. Comparación de la intervención con la alternativa.
▪ Fase 4 Pruebas de replicación de la intervención: En condiciones diferentes	5. Implementación a largo plazo: Posibilidad de replicarse en entornos no controlados.

Fuente: Polit & Beck (2012, pág. 633)

A continuación se menciona la descripción de cada una de las fases propuestas por Campell en el desarrollo de la presente intervención:

- *Teoría*: Esta primera fase se llevó a cabo durante el proceso de revisión de la literatura y del estado del arte del fenómeno estudiado, el cual se hace evidente en los marcos de referencia y teórico del presente estudio. Allí se identifica el avance del conocimiento del fenómeno de acuerdo con la literatura empírica, los factores intervinientes directos e indirectos que influyen en el fenómeno de estudio, los países donde se han desarrollado las investigaciones y los diseños metodológicos de los estudios realizados a la fecha.
- *Modelado*: La intervención educativa "*Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado*", se desarrolló a partir de la secuencia de 7 diferentes etapas que dieron origen a su versión final.

  (1) La primera etapa, consistió en extraer las proposiciones teóricas propuestas por McSherry, organizarlas y generar una presentación con un contenido inicial.

  (2) La segunda etapa, se llevó a cabo con la presentación de este contenido a un grupo de cuidadores de personas con enfermedad crónica, otro de estudiantes de

pregrado que cursaban la asignatura de “cuidado de enfermería en situaciones crónicas de salud” y finalmente a un grupo enfermeras pertenecientes al Grupo de cuidado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. Todos ellos aportaron observaciones y recomendaciones que sirvieron para ajustar y validar una versión final de los contenidos.

(3) La tercera etapa fue reflexiva respecto a una estrategia pedagógica, que se ajustara a las limitaciones del tiempo del personal de enfermería de la práctica asistencial, que fuera factible para ser ofrecida en los espacios de capacitación destinados en las instituciones clínicas y hospitalarias, que promoviera la comprensión de la temática por parte de dicho personal y con la cual ellas pudieran verse identificadas. Considerando estos aspectos, se eligió una estrategia audiovisual y para este caso fue un video.

El video, de acuerdo con Bravo citado por Monteagudo, Sánchez, & Hernández (2007) es “un medio de difusión masiva dirigido a un público homogéneo, con intereses comunes, que generalmente es concentrado en un lugar determinado para su proyección, acompañado de presentaciones orales y debates, entre otros, lo cual favorece que sus realizadores tengan una retroalimentación inmediata de su trabajo” (pág. 1-9). Así mismo, de acuerdo con lo que plantea Salas citado por Monteagudo et al. (2007), “el video didáctico es un medio de comunicación que posee un lenguaje propio, cuya secuencia induce al receptor a sintetizar sentimientos, ideas, concepciones, etc., que pueden reforzar o modificar las que tenia previamente. Permite metodizar actuaciones y enfoques, profundizar en el uso de técnicas, recomponer y sintetizar acciones y reacciones, así como captar y reproducir situaciones reales excepcionales, que pueden estudiarse y analizarse minuciosamente en diferentes momentos”. Es así como, con esta estrategia audiovisual, se buscó que el personal de enfermería participante en la intervención educativa fuera capaz de movilizar conocimientos, ideas, sentimientos, experiencias y al mismo tiempo pudieran observar ejemplos de situaciones relacionadas con el cuidado espiritual de las personas con enfermedad crónica para lograr modificar positivamente su percepción sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual en su práctica cotidiana.

(4) La cuarta etapa correspondió a la elaboración del video. Para esto se diseñó un guion y una puesta en escena que desarrollara uno a uno los contenidos previamente establecidos. Se hizo una selección de escenarios y un llamado a voluntarios a participar como actores. Se enviaron las cartas y permisos necesarios para efectuar la filmación y al final se llevó a cabo el rodaje durante un tiempo de 2 semanas. Posteriormente se realizó la edición del material durante 3 semanas, dando como resultado un DVD de 16 minutos de duración (Ver Anexo J).

(5) La quinta etapa, consistió en la elaboración de la presentación de diapositivas que acompañarían al video para la intervención educativa y de un separador con información relacionada. La presentación contó con: 6 diapositivas informativas e introductorias que abordaron explicaciones sobre el carácter del estudio, el consentimiento informado, el diligenciamiento de los cuestionarios, 11 diapositivas con contenido específico (temas a tratar, enlace para el video, reflexiones sobre el cuidado espiritual, entre otras) y finalmente, 2 diapositivas de cierre (con la invitación a participar en la pos prueba y solución de inquietudes para la segunda medición) para un total de 19 diapositivas. Por otro lado el separador se entregó al finalizar la intervención y contó con unas preguntas de reflexión para el personal de enfermería y algunos puntos clave para recordar sobre cuidado espiritual (ver Anexo J).

(6) La sexta etapa, consistió en el planteamiento del protocolo de intervención. Este contó con dos opciones de aplicación, dependiendo de si la intervención educativa se realizaba en un salón o auditorio, o si debía aplicarse en el lugar de trabajo del personal de enfermería; es decir, en los servicios de enfermería. El protocolo de intervención con las dos opciones se presenta en el Anexo K. Es importante mencionar que ambas opciones de aplicación de la intervención, mantienen los mismos lineamientos generales.

(7) La séptima etapa consistió en la elaboración de la intervención control en el tema de cuidado seguro, de tal manera que mantuviera las mismas características y lineamientos que la intervención de cuidado espiritual.

- *Ensayo Exploratorio*: Los aspectos que deben mantenerse constantes durante la replicación de la intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado”, son la presentación de diapositivas, el video y el separador. También la escala de evaluación de la percepción de la

espiritualidad y el cuidado espiritual antes y después de la intervención, si se desea conocer el efecto o cambio producido en el personal de enfermería. Los aspectos variables serían los de consentimiento informado que son adaptables a cada situación, la enfermera facilitadora y el lugar de aplicación que bien puede ser en un salón o auditorio o en el servicio de enfermería.

***Prueba Piloto de la intervención educativa**:* Los objetivos de la prueba piloto fueron: poner a prueba el protocolo de investigación y determinar la viabilidad del mismo, identificar posibles problemas logísticos, precisar el tiempo necesario, para realizar las observaciones y la intervención, ganar experiencia por parte de la enfermera como facilitadora de la intervención y evaluar la asistencia del personal de enfermería a la convocatoria.

Esta fue desarrollada en una unidad renal con un total de 8 participantes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. 5 de ellos recibieron la intervención educativa experimental y 3 recibieron la intervención educativa de control. En este caso se aplicó el protocolo de salón o auditorio. La experiencia permitió refinar el protocolo establecido y afirmar su viabilidad. Respecto al tiempo, la duración total en el grupo experimental fue de 1:20 minutos, la duración total en el grupo control fue de 1 hora. El tiempo de aplicación de la pos prueba a los 8 días en ambos grupos estuvo alrededor de 5 a 7 minutos. El número de diapositivas se redujo en tres diapositivas que se consideraron repetían alguna información. Se tomó información sobre las impresiones del personal de enfermería y la enfermera investigadora ganó experiencia en la provisión de los contenidos. Respecto a la logística, la enfermera investigadora sostuvo diferentes reuniones con la coordinadora de la unidad renal para establecer los horarios de asistencia del personal de enfermería de cada turno en la intervención. Así mismo, se vio la necesidad de tener acceso a un video beam y computador portátil (para la reproducción del video), así como paquetes de cuestionarios suficientes. Estos paquetes estaban organizados en 4 colores diferentes: para el grupo experimental, verde para la pre prueba y y amarillo para la pos prueba; para el grupo control, rosado para la pre prueba y azul para la pos prueba. Cada uno de estos cuestionarios contenía un número en la parte superior que sirvió para emparejarlo con su igual en la pos prueba. La asignación de este número solo era conocida por la investigadora quien llevaba una hoja de registro electrónica con esta información.

Por otro lado, se hizo una prueba piloto con dos integrantes del personal de enfermería de los servicios de hospitalización. Además de los objetivos planteados anteriormente, era necesario determinar si el ambiente propio del servicio afectaba la aplicación de la intervención educativa. En este caso hay que manifestar que sí se presentaron dos interrupciones con una de las participantes; sin embargo, en este caso se hizo la pausa necesaria, se le permitió a la enfermera hacer algún comentario y se dio continuidad a la intervención sin presentarse ningún inconveniente adicional. Es importante manifestar que la visita por parte de la investigadora al servicio se acordó con la enfermera en la hora más conveniente para ella de acuerdo al ritmo del turno. Los demás aspectos se mantuvieron similares a la aplicación realizada en salón o auditorio.

- *Ensayo Aleatorio Controlado:* Que corresponde a la aplicación diseño cuasi-experimental propiamente dicho, se presentará en el aparte 3.7.3 Fase 3 Evaluación de la efectividad de la intervención educativa
- *Implementación a largo plazo:* La intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado”, puede ser implementada en cualquier escenario de la práctica clínica de enfermería relacionada con el cuidado en situaciones crónicas de salud. Sin embargo, es necesario establecer su eficacia a largo plazo y su réplica en escenarios con características diferentes a los abordados en la presente investigación con el fin de establecer su efectividad en estos ámbitos.

3.7.3 Fase 3-Evaluación de la efectividad de la intervención educativa

Para efectuar el procedimiento de evaluación de la efectividad se llevaron a cabo los siguientes cinco pasos:

Paso 1. Elección del escenario de investigación. En la ciudad de Bogotá se ubicaron 3 instituciones privadas, de tercer y cuarto nivel de atención, que aceptaron participar en el estudio. Una de ellas fue un hospital universitario, con principios católicos y ubicado en la zona centro de la ciudad. Otra de ellas, fue una clínica ubicada hacia el sur de Bogotá y que es centro de referencia para estratos medios y bajos de la ciudad de y sus al redores. La última es una clínica ubicada en la zona norte, que atiende personas de estratos medios y altos.

En las tres instituciones se efectuó una reunión en la dirección de los departamentos de enfermería, las coordinadoras de educación y las coordinadoras de cada uno de los servicios, con el fin de presentar los procedimientos de recolección e intervención educativa. En estos encuentros se acordaron los posibles servicios donde se encontrarían las enfermeras y auxiliares de enfermería, que cumplieran quizás con los criterios de inclusión para el estudio. La investigadora usó varias estrategias para facilitar la participación de este personal. Una de ellas fue pasar por cada servicio y acordar una cita con la enfermera o auxiliar a la hora que les resultara más conveniente. La segunda fue plantear un cronograma mensual, en la que cada día se programaba una temática (bien la de cuidado espiritual o la de cuidado seguro), en tres horarios disponibles a lo largo del día. De esta manera la enfermera elegía el día y la hora a la que deseaba asistir.

Paso 2. Selección del personal de enfermería para el estudio. Las enfermeras fueron seleccionadas en un muestreo por conveniencia y asignación 1:1 para el grupo experimental y control. Al iniciar cada encuentro con el personal de enfermería, se brindó la explicación del estudio, el consentimiento informado correspondiente y los criterios de inclusión y exclusión para participar en la investigación. Algunas de ellas manifestaban en ese momento, que no cumplían con alguno de los requisitos; en ese caso, se les permitía quedarse aunque no entraron a formar parte de la muestra. Posteriormente en el cuestionario de caracterización, esta información era corroborada con las preguntas que advertían sobre la experiencia laboral en años y la experiencia cuidado a personas con enfermedad crónica. Cuando el cuestionario mostraba menos de 6 meses, la persona era excluida de la muestra. Los servicios a los que pertenecía este personal de enfermería participante fueron: hospitalización, educación, medicina interna, cardiología, oncología, hematología, neumología, unidad renal, consulta externa, pediatría, trasplante, UCI adultos y pediátrica y obstetricia (es importante aclarar en este caso que muchas enfermeras y auxiliares de enfermería laboraban en más de un servicio o tenían turnos rotativos, lo que implicó su trabajo con diferente tipo de pacientes).

Paso 3. Medición con el cuestionario de caracterización y la escala de percepción de la espiritualidad y el cuidad espiritual. Después de terminar la explicación del

estudio y en el momento establecido en el protocolo de investigación, la investigadora dio el tiempo a los participantes para que diligenciaran el cuestionario de caracterización y la escala de percepción de la espiritualidad y el cuidad espiritual. Mientras lo hacían la investigadora permaneció en el mismo lugar, aunque apartada del personal de enfermería participante para ofrecerle la mayor privacidad del caso. En algunos casos se presentaron inquietudes sobre la manera correcta de marcar el cuestionario o en algunos de los ítems inversos de la escala. Cuando todos los participantes terminaban se procedía a recolectar los paquetes con los cuestionarios y se iniciaba con la intervención educativa.

Paso 4. Intervención Educativa: "Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado". Este aparte responde a la pregunta de investigación: ¿Qué contenidos tiene la intervención educativa "Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado" dirigido al personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica?

Esta intervención abordó los siguientes temas: Realidad social de la enfermedad crónica y de la persona con enfermedad crónica, qué es la espiritualidad, qué es el cuidado espiritual, cuándo ofrecer cuidado espiritual y cómo dar cuidado espiritual. En la Tabla 3-1 que se presenta a continuación se describen las fases de la intervención educativa que implementó la investigadora, junto con la diapositiva que acompañó la temática presentada (ver Anexo J).

Tabla 3-1: Descripción de las fases de la intervención educativa "Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado"

Fases	Temática de la Diapositiva	Descripción de la diapositiva por parte de la investigadora
Presentación e Introducción	Bienvenidos	Esta diapositiva era presentada durante el ingreso de los participantes y entrega de los paquetes o sobres con los cuestionarios correspondientes. (Esta diapositiva se omitía con la opción de intervención educativa en el servicio).
	Información sobre el contenido de cada sobre o paquete	Explicación del contenido de cada paquete entregado a los participantes: consentimiento informado, cuestionario de caracterización, escala de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual.
	Consentimiento informado	Lectura de la diapositiva con información del consentimiento informado y el estudio en general. La investigadora informa a los participantes, que ellos conservarán una de las copias del consentimiento informado que tienen en sus manos y que por favor firmen la copia adicional, si están de acuerdo y aceptan participar en la investigación.

	Información sobre el cuestionario y la escala	Se explica la manera correcta de diligenciar el cuestionario de caracterización y la escala de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual. En este espacio se aclara de nuevo a los participantes el por qué deben volver a diligenciar esta escala pasados 8 días.
	Diligenciamiento	En esta diapositiva la investigadora invita a los participantes a firmar el consentimiento informado, así como a diligenciar el cuestionario de caracterización y la escala de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual.
Cuerpo de la intervención	Recolección de sobres o paquetes	Se les invita a los participantes a entregar a la investigadora los paquetes con el material diligenciado.
	Inicio de la Intervención	Se introduce el tema de la siguiente manera: “los seres humanos somos integrales y holísticos. Normalmente hablamos de las dimensiones físicas, psicológicas y sociales de la persona, pero lo espiritual muchas veces queda amalgamado entre lo psicológico y lo social. Lo cierto es que la dimensión espiritual también existe y hace parte de todos los seres humanos”. “Cada uno de nosotros tiene una visión y un significado diferente de lo que es la espiritualidad, que quizás puede ser diferente para los demás o común en algunos aspectos. Así también ocurre con nuestros pacientes, cada uno de ellos tiene un significado diferente de espiritualidad y puede mostrar unas necesidades espirituales diferentes de acuerdo con las circunstancias de vida en las que se encuentre en ese momento” Lo que vamos a ver hoy es: qué es el cuidado espiritual y cuál es el papel que tenemos en enfermería en el cuidado de esa dimensión espiritual del ser humano, enfocándonos en la situación de enfermedad crónica que viven nuestros pacientes.
	Temáticas a considerar en la intervención	Se da lectura a las preguntas que aparecen en la diapositiva y que se resolverán a lo largo de la intervención.
	Video	En este espacio la enfermera reproduce el video para los participantes.
	Esquema sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual	Se presenta un esquema en el que se puntualiza información ya proporcionada en el video, respecto a la conceptualización y características de la espiritualidad y el cuidado espiritual.
	Intervenciones realizadas por la enfermera	Se invita a reflexionar a los participantes sobre las acciones y realizadas por las enfermeras en el video. También sobre las cualidades personales de la enfermera de la diapositiva. Se menciona que no todo el personal de enfermería debido a su personalidad comparte o toma las mismas actitudes de esta enfermera; sin embargo, es importante reconocer que muchas enfermeras o auxiliares de enfermería a pesar de ser más serias, son bastante amables y empáticas con sus pacientes.
	Reflexiones	Se invita a los participantes a leer las palabras que allí se presentan y se les pregunta (para que solo lo piensen) si estas características corresponden al cuidado de enfermería normal o si ya estaríamos hablando de un cuidado espiritual de enfermería.

	Cuidado espiritual y cuidado de enfermería	Se manifiesta a los participantes que “el cuidado de enfermería siempre se da desde una relación interpersonal y el cuidado espiritual aún más. No podemos dar cuidado espiritual si no tenemos una relación mínima con nuestros pacientes. La diferencia entre el cuidado en general y el cuidado espiritual es el sentido y la manera en que se proporcionan. El cuidado de enfermería en términos generales puede ser significativo pero no trasciende hasta tocar áreas tan profundas del ser como si lo hace el cuidado espiritual, el cual surge del interior de la persona y evoca aspectos trascendentes de la vida, las creencias, la existencia y el propósito.
	El cuidado espiritual es significativo	“Una enfermera siempre estará presente momento a momento durante la vivencia de la enfermedad crónica de una persona. Desde el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la muerte siempre habrá una enfermera cerca. Esa experiencia de cuidado estará cargada de significado, no solo para la enfermera, sino también para la persona”. “Gracias al cuidado espiritual, la enfermera puede permitirse explorar sus cualidades personales, experimentar gratitud y sentir que su labor tiene un propósito; lo cual le permitirá un crecimiento personal y profesional. Al final, el resultado de todo será que la enfermera estará proporcionando un cuidado más trascendente e integral”.
	Reconociendo la experiencia espiritual	“Siempre decimos que la enfermera es el profesional más cercano a la persona, que está presente en todas las etapas de su enfermedad. Expresamos además que nos interesa el cuidado de la experiencia de salud de las personas y el cuidado integral y holístico. Si esto es así, entonces nos interesa el valor que tiene la espiritualidad para la persona, así como conocer y comprender la espiritualidad como parte de la salud de las personas y sobre la manera en que influye en su salud”.
	Taxonomías de enfermería y cuidado espiritual	“El las conocidas taxonomías de enfermería (NANDA, NIC, NOC), también pueden observar aspectos relacionados con las espiritualidad y el cuidado espiritual, pero estos conceptos tal y como los vemos no nos resultan tan familiares o claros a la hora de llevarlos a la práctica. A veces no sabemos qué es lo que significan. Sin embargo, hemos visto de qué manera podemos dar cuidado espiritual y tratar de integrar esta dimensión en nuestro cuidado diario”.
	Consideraciones finales sobre el cuidado espiritual	Se da lectura a la información de la diapositiva. Respecto a las necesidades espirituales podemos reconocer por ejemplo: (la de amor, pertenencia, respeto, privacidad, dignidad, perdón, la de encontrar significado en las situaciones buenas y malas de la vida, apoyo, animo, fortaleza, esperanza, propósito, la de discutir temores, ansiedades, la de paz, expresión de si mismo, relacionarse con otros y prácticas religiosas entre otras). “Respecto a la religión podemos decir que una persona puede pertenecer a una religión porque en casa creció bajo esa inclinación, pero es posible que para ella no sea significativa y no la vive verdaderamente. Por lo tanto, es necesario establecer el grado de importancia que tiene para la persona”.
Cierre	Diligenciamiento 2	Invitación por parte de la investigadora, a la participación del personal de enfermería en la segunda medición.
	Gracias	Entrega de separador. Se les invita a que lo lean y reflexionen sobre lo que se mencionó en la sesión y lo que ahí se encuentra escrito.

Elaborado por: Vargas (2015)

Paso 5. Segunda medición de la escala de percepción de la espiritualidad y el cuidad espiritual. La segunda medición de la escala se aplicó en un tiempo que osciló entre los 8 a 20 días posteriores a la realización de la intervención. En la mayor parte de los casos, se realizó antes de iniciar la intervención educativa en la temática de "cuidado seguro", a la que también se les invitó a participar. Así mismo, el personal de enfermería que hizo parte del grupo control y que participó inicialmente en la intervención de cuidado seguro, recibió la intervención de cuidado espiritual. La segunda forma de diligenciamiento se hizo de manera directa en los servicios donde laboraba el personal de enfermería durante un espacio en su turno de trabajo. El tiempo de diligenciamiento de los cuestionarios oscilo entre los 5 a 7 minutos.

3.8 Análisis de los datos

Los datos fueron digitados por la investigadora en una base de datos de Excel y posteriormente analizados en el programa SPSS versión 20, licenciado por la Universidad Nacional de Colombia.

El análisis estuvo organizado en cuatro partes:

- *Análisis psicométrico de la "Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual"*: Permitió determinar el grado de validez y de confiabilidad de la escala.
- *Análisis descriptivo de la muestra total y por grupos (experimental y control):* Permite caracterizar, así como describir y resumir información relacionada con el personal de enfermería participante y su percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual.
- *Análisis de normalidad de los datos*: Establece si los datos se distribuyen normalmente de acuerdo al modelo y determina el uso de análisis inferenciales posteriores (paramétricos y no paramétricos).
- *Análisis inferencial de la muestra total y por grupos (experimental y control):* Que establece la efectividad de la intervención educativa, así como las posibles asociaciones entre variables.

3.8.1 Métodos estadísticos

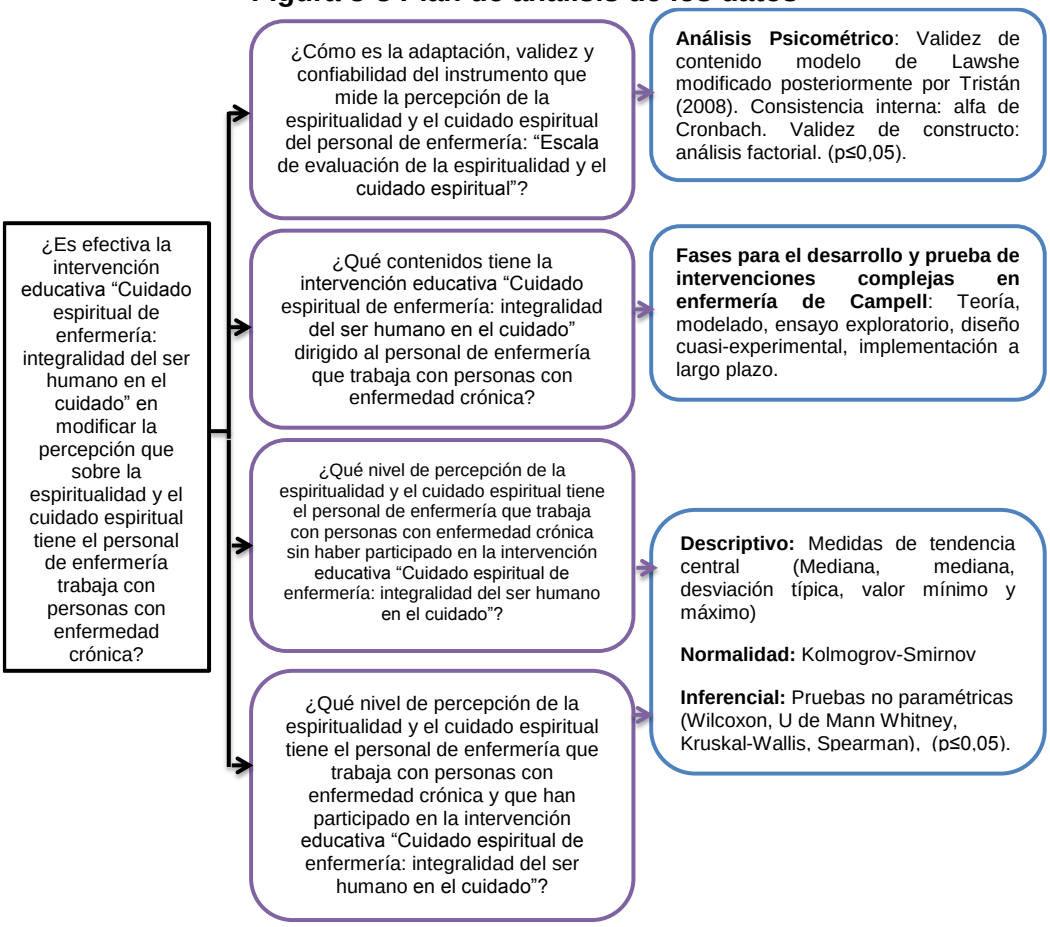
- **Prueba U de Mann Whitney**: es un procedimiento no paramétrico que sustituye a la t para comparar las medianas de dos grupos o muestras independientes. Se usa en

alguna de las siguientes situaciones: alguna de las muestras contiene menos de 30 observaciones y no se puede asumir la normalidad, se trata de una variable ordinal, la muestra es muy pequeña (menos de 10 observaciones) (Martínez, Sánchez, & Faulin, 2008, pág. 317).

- **Wilcoxon**: es una prueba no paramétrica utilizada para comparar dos muestras relacionadas, cuando los datos no cumplen una distribución normal. Se utiliza si los datos a comparar son ordinales o cuando la muestra es pequeña (menos de 30 sujetos), (pág. 335).
- **Kruskal-Wallis**: Es un método similar al análisis de varianza pero de tipo no paramétrico. Permite comparar en un solo test las medianas de un conjunto de k muestras independientes. Puede utilizarse en los casos en que no haya normalidad, el tamaño de la muestra sea pequeño o los datos sean ordinales (pág. 432).
- **Sperman:** El coeficiente de correlación de Spearman es un estimador no paramétrico, que se utiliza en aquellos casos donde las variables examinadas no cumplen con los criterios de normalidad o cuando las variables son ordinales. Estima el grado de asociación de cualquier tipo, sea cual sea la función que relacione las dos variables (págs. 559-560).

En la Figura 3-3 se presenta el plan de análisis de los datos del presente estudio.

Figura 3-3 Plan de análisis de los datos



Elaborado por: Vargas (2015)

3.9 Aspectos éticos de la investigación

Para la realización de la presente investigación, se contemplaron los aspectos éticos universales de investigación en seres humanos, de acuerdo con la reglamentación y las recomendaciones nacionales (Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993) e internacionales. Se promovieron y respetaron los derechos humanos, valores, costumbres y creencias del personal de enfermería participante y se salvaguardó su dignidad e integridad, tal como lo establece la Ley 911 de 2004, capítulo IV, en su artículo 29 (Responsabilidad del profesional de enfermería en la investigación y la docencia).

Se consideraron los principios de beneficencia y no maleficencia, confidencialidad y privacidad, veracidad y fidelidad y el de autonomía, contemplados en el capítulo II del Código de ética de Enfermería, (Principios de ética), tal como se describe a continuación:
Beneficencia y no maleficencia: Durante la participación del personal de enfermería en la investigación se le respetó como seres humanos, reconociendo su dignidad, la expresión de sus sentimientos, pensamientos y emociones y aquellas conductas que surgieron durante la intervención educativa, tanto en el grupo experimental como en el de control. Con el estudio se quiso demostrar la importancia del cuidado espiritual para enfermería, evidenciando la necesidad que en las instituciones de salud se promuevan los espacios para brindarlo y se generen políticas tendientes a respaldarlo, al mismo tiempo que podría contribuir con la satisfacción laboral de la enfermera y su crecimiento personal.

Confidencialidad y Privacidad: Se salvaguardó por medio del manejo de la información y por el lugar y las condiciones donde fueron administrados los cuestionarios para efectuar las mediciones en ambos grupos. Los datos fueron procesados por la investigadora, se protegió la identidad de cada enfermera participante y la información que aquí se obtuvo y no revelará de ninguna forma particularidades de los participantes.

Veracidad y Fidelidad: Al personal de enfermería participante se le respetó su derecho a ser informados sobre la naturaleza del estudio de acuerdo al protocolo que fue diseñado para la administración de la intervención. Los hallazgos generales de la investigación, serán presentados en la Institución.

Autonomía: Se le informó al personal de enfermería participante en el estudio, que su decisión de hacer parte de él era voluntaria y que podía retirarse en cualquier momento del proceso si así lo decidía.

Para garantizar estas consideraciones, se elaboró un consentimiento informado donde se explicó la naturaleza de la investigación, sus objetivos y se solicitó la autorización correspondiente de la participación de la enfermera en el estudio, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993, capítulo 1, Título II, artículos 14 y 15. Lo anterior para el proceso psicométrico de la escala, así como para la participación en la intervención (ver Anexos C y D).

El estudio fue sometido a consideración por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia quien dio su aval, así como por las instituciones participantes (ver Anexo B).

Así mismo, la investigación contó con la autorización del doctor Wilfred McSherry para la aplicación de la "Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual" (ver Anexo A)

Es importante manifestar que al personal de enfermería participante en el estudio se le brindó la oportunidad de recibir la intervención educativa en el tema de cuidado espiritual y también en la de cuidado seguro. De igual modo, cada enfermera recibió una constancia de participación otorgada desde el Grupo de investigación en cuidado de enfermería al paciente crónico por su participación en el estudio,

Los costos del estudio fueron asumidos por la investigadora, con el apoyo del Grupo de investigación en cuidado de enfermería al paciente crónico de la Universidad Nacional de Colombia, a través del "Programa para la disminución de la carga de la enfermedad crónica no transmisible en Colombia".

4. Capítulo - Marco de análisis y resultados

El marco de análisis que se desarrolla a continuación, proporciona las respuestas a las preguntas trazadas para la presente investigación y aborda los siguientes análisis:

- *Análisis psicométricos de la "Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual"*: Para la validez de contenido se empleó el modelo de Lawshe (1975) modificado posteriormente por Tristán (2008). La consistencia interna de la escala fue evaluada a través del cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach para el instrumento completo y para cada una de las sub-escalas. La validez de constructo se efectuó por medio del procedimiento de análisis factorial. Para los análisis se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 20, asumiendo un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.
- *Análisis descriptivo de la muestra total y por grupos (experimental y control):* La estadística descriptiva fue utilizada para mostrar las características del personal de enfermería participante. Algunas de las variables incluidas fueron: género, estado civil, experiencia cuidando a personas con enfermedad crónica, número de pacientes a su cargo, tipo de contratación y turno de trabajo. Adicionalmente, se incluyeron variables consideradas confusas como: edad, nivel educativo, experiencia laboral, educación o formación en cuidado espiritual, religiosidad y la experiencia en la atención de pacientes (oncológicos).
- *Análisis de normalidad de los datos:* Para lo cual se utilizó la prueba Kolmogorov-Smirnov que se aplica para muestras mayores de 50 personas y que determina si las variables siguen o no una distribución normal.
- *Análisis inferencial de la muestra total y por grupos (experimental y control):* Establece la efectividad de la intervención educativa "Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado" en la modificación de la percepción sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual. Este análisis incluyó pruebas no paramétricas tales como Wilcoxon (de muestras relacionadas para la

medición inicial y final de cada grupo), U de Mann Whitney (para muestras independientes), Kruskal-Wallis (para muestras independientes con más de 2 grupos). También se utilizó la prueba de Sperman para establecer las correlaciones entre las variables de caracterización y consideradas confusas, con la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual.

4.1 Análisis psicométricos de la "Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual"

Pregunta a responder: ¿Cómo es la adaptación, validez y confiabilidad del instrumento que mide la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería: "Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual" (SSCRS)?

4.1.1 Traducción y re-traducción

La descripción del proceso de traducción y re-traducción se presentó en el capítulo Diseño Metodológico (aparte 3.7.1 de la Fase 1). Sin embargo, aquí se mencionan las observaciones que el autor de la escala efectuó a dos palabras: en el ítem (b) entre *sympathy* y *cheerfulness* y en el ítem (p) para corregir *not apply neither*, por *not apply either*.

4.1.2 Validez facial o aparente

Este proceso fue efectuado por 10 enfermeras (8 expertas en la temática de espiritualidad y situaciones de cronicidad y 2 enfermeras clínicas). Se tuvo en cuenta el fraseo de cada una de las preguntas, las recomendaciones y observaciones de cada uno de los participantes, los criterios de claridad, precisión y comprensión.

Los resultados mostraron que la escala cumple con los criterios de claridad en un 94%, comprensión en un 92% y precisión en un 91%, que corresponden al porcentaje de acuerdo entre las 10 participantes. El porcentaje general de la escala en estos tres aspectos fue del 92%.

Por parte de los expertos, el porcentaje de acuerdo en su comprensión fue del 91%, 94% su claridad y 90% su precisión.

En las enfermeras de la práctica, el porcentaje de acuerdo fue de 97% en su claridad, 91% en su precisión y 100% en su comprensión.

En el (Anexo H) se presentan las observaciones efectuadas por cada uno de los expertos respecto a los ítems y a continuación se presenta la Tabla 4-1, con los resultados por ítem de acuerdo con las consideraciones de las enfermeras participantes en la validez aparente de la escala.

Tabla 4-1: Observaciones por ítem efectuadas por las enfermeras participantes en la validez aparente de la escala

Ítem	Semántica actual	Propuesta de modificación
1	Creo que la espiritualidad tiene que ver con la búsqueda de significado en los eventos buenos y malos de la vida.	Cambiar eventos por situaciones
2	Creo que la espiritualidad se relaciona con tener una sensación de esperanza en la vida	Cambiar esperanza por propósito.
4	Creo que las enfermeras pueden proporcionar cuidado espiritual al permitir al paciente encontrar significado y propósito a su enfermedad.	Cambiar permitir por promover
5	Creo que la espiritualidad tiene que ver con la manera en la cual uno asume su propia vida en el aquí y ahora.	Cambiar asumir por enfrentar, organizar o estructurar
9	Creo que las enfermeras (os) pueden brindar cuidado espiritual pasando tiempo con un paciente dándole apoyo y consuelo especialmente en momentos de necesidad	Cambiar consuelo por animo o fortaleza
10	Creo que las enfermeras(os) pueden brindar cuidado espiritual al escuchar a los pacientes y darles tiempo para discutir y explorar sus temores, ansiedades y problemas	Cambiar discutir y explorar por discutir, explorar sus temores, ansiedades y problemas.
11	Creo que la espiritualidad implica solamente ir a la Iglesia o lugar de culto religioso	Cambiar implica por incluir o tener que ver
12	Creo que la espiritualidad no aplica para ateos ni agnósticos	Explicar Agnóstico (Opciones posibles: o quienes no saben con seguridad si Dios existe o no)
13	Creo que la espiritualidad no incluye aspectos como el arte, la creatividad y la autoexpresión.	Autoexpresión no es comprensible (Opciones posibles: la expresión de si mismo, la manifestación de si mismo)
15	Creo que la espiritualidad involucra las amistades y relaciones personales.	Propuesta "Creo que la espiritualidad involucra las relaciones interpersonales".
16	Creo que la espiritualidad incluye la moral de las personas	Propuesta "Creo que la espiritualidad incluye la moral, es decir, las normas o reglas que rigen la conducta de las personas".

Fuente: Datos del estudio

4.1.3 Validez de contenido

La validez de contenido se efectuó a partir de los conceptos de ocho enfermeras expertas en la temática de espiritualidad y situaciones de cronicidad; quienes clasificaron los ítems en relevante, poco relevante y no relevante.

Así mismo, para determinar la validez de contenido se utilizó como referencia el modelo de Lawshe (1975), modificado por Tristán (2008). Este modelo consiste en obtener el acuerdo del panel de expertos en su opinión con respecto a cada uno de los ítems de la escala, asociadas con la habilidad, conocimiento o competencia medidos por los ítems.

La validez de contenido, se obtuvo a través de los datos adquiridos en el grado de acuerdo de los expertos respecto al instrumento. Para obtener este valor, se aplicaron las siguientes ecuaciones:

- *Ecuación para el cálculo de validez de contenido para cada ítem "Razón de validez de contenido (CVR')"*

[1] $CVR' = \frac{n_e}{N}$

donde:

n_e= número de expertos que tienen acuerdo en la categoría "Valido (Relevante)"
N = número total de expertos

En este caso para aceptar el acuerdo entre los expertos, el valor debe ser mayor o igual a 0.582 (Tristán & Molgado, 2007).

- *Ecuación para el cálculo de validez de contenido global del instrumento "Índice de validez de contenido (IVC)"*

[2] $$CVI = \frac{\sum_{i=1}^{M} CVR_i}{M}$$

donde:

$\sum_{i=1}^{M} \boldsymbol{CVRi}$ = sumatoria de las razones de validez de contenido de los ítems aceptables

M = total de ítems aceptables de la prueba.

Tabla 4-2: Cálculo validez de contenido de la escala

Ítem	Válido (Relevante)	Poco Válido (Poco Relevante)	No válido (No Relevante)	CVR'	CVI
1	8	0	0	1	0,91911765
2	8	0	0	1	
3	8	0	0	1	
4	8	0	0	1	
5	5	2	0	0,625	
6	7	0	1	0,875	
7	4	3	5	0,625	
8	8	0	0	1	
9	8	0	0	1	
10	8	0	0	1	
11	7	1	0	0,875	
12	7	0	0	0,875	
13	8	0	0	1	
14	8	0	0	1	
15	7	1	0	0,875	
16	7	1	0	0,875	
17	8	0	0	1	

Fuente: Datos del estudio.

Los resultados correspondientes a la razón de validez de contenido (CVR') de los 17 ítems, muestran que son mayores de 0.582, oscilando entre un mínimo de 0.625 y un máximo de 1. Así mismo, el valor general del Índice de validez de contenido (CVI), se estableció en un 0.919, lo cual demuestra un grado de acuerdo entre los expertos con respecto a la validez del contenido de los ítems de la escala.

Al establecer el valor del CVI, en cada una de las sub-escalas, se tienen valores superiores a 0.582, como se muestra a continuación:

Tabla 4-3: Cálculo de CVI por sub-escalas de la escala

Sub-escalas McSherry y cols. (2002)	CVI por sub-escalas
Percepción de la Espiritualidad (Existencial)	0,91
Percepción del Cuidado Espiritual	0,90
Percepción de la Religiosidad	0,93
Percepción del Cuidado Personalizado	0,91

Fuente: Datos del estudio

Las observaciones efectuadas por cada uno de los expertos respecto a los ítems se presentan en el (Anexo I).

El consolidado de la validez aparente y de contenido, con las modificaciones propuestas de la escala en cada uno de los ítems es el siguiente:

1) Creo que la espiritualidad tiene que ver con la búsqueda de significado en las situaciones buenas y malas de la vida.
2) Creo que la espiritualidad se relaciona con tener una sensación de esperanza y propósito en la vida
3) Creo que la espiritualidad es una fuerza unificadora que le permite a una(o) estar en paz consigo mismo y con el mundo.
4) Creo que las enfermeras(os) pueden proporcionar cuidado espiritual al promover en el paciente el encontrar significado y propósito a su enfermedad.
5) Creo que la espiritualidad tiene que ver con la manera en la cual uno enfrenta su propia vida en el aquí y ahora.
6) Creo que la espiritualidad tiene que ver con la necesidad de perdonar y ser perdonada(o).
7) Creo que las enfermeras(os) pueden dar apertura a brindar cuidado espiritual demostrando amabilidad, preocupación y empatía
8) Creo que las enfermeras(os) pueden brindar cuidado espiritual acordando reuniones con el capellán del hospital o líder espiritual del paciente, si así lo requiere.
9) Creo que las enfermeras (os) pueden brindar cuidado espiritual pasando tiempo con un paciente dándole apoyo, ánimo y fortaleza, especialmente en momentos de necesidad.
10) Creo que las enfermeras(os) pueden brindar cuidado espiritual al escuchar a los pacientes y darles tiempo para discutir, explorar sus temores, ansiedades y problemas
11) Creo que la espiritualidad incluye solamente ir a la Iglesia o lugar de culto religioso.
12) Creo que la espiritualidad no aplica para ateos ni para quienes no están seguros si Dios existe o no (agnósticos).
13) Creo que la espiritualidad no incluye aspectos como el arte, la creatividad y la expresión de si mismo.

14) Creo que la espiritualidad no está relacionada con la creencia y fe en Dios o en un ser superior.
15) Creo que la espiritualidad involucra las relaciones interpersonales.
16) Creo que la espiritualidad incluye la moral de las personas, es decir, las normas o reglas que rigen la conducta de las personas.
17) Creo que las enfermeras(os) pueden brindar cuidado espiritual respetando la privacidad, dignidad y creencias religiosas y culturales del paciente.

4.1.4 Prueba Piloto

Los objetivos de la prueba piloto, fueron los de efectuar últimos ajustes a la escala de percepción de la espiritualidad y cuidado espiritual, revisar la claridad y comprensión del consentimiento informado y el cuestionario de caracterización. Se efectúo con 10 enfermeras de la práctica asistencial. A partir de este procedimiento, se realizaron los últimos ajustes en los ítems 8, 17, 12 y 13 (a, e, m, p respectivamente).

Las principales modificaciones realizadas en estos ítems, fueron que en el ítem (a) además de capellán del hospital, se agregó al sacerdote, pastor, rabino o líder espiritual que es más amplio y comprensible. En los ítems (e, m y p), se agregó la negación al comienzo de la proposición en la forma “No creo”. En el (Anexo G), se presenta la versión final.

Se determinó también un tiempo promedio de diligenciamiento de los cuestionarios y el consentimiento informado entre 10 a 20 minutos.

4.1.5 Validez de Constructo

Esta prueba se aplicó en un grupo de 183 integrantes del personal de enfermería quienes decidieron participar independiente y voluntariamente en la evaluación de validez y confiabilidad de la escala de espiritualidad y cuidado espiritual, después de la lectura de la información contenida en el consentimiento informado.

De 183 participantes, solo 143 diligenciaron el cuestionario de caracterización, debido a la imposibilidad de aplicarlo a 40 de los participantes (por falta de insumos en ese momento). Sin embargo puede decirse que de estos 143 profesionales de enfermería, el

91,2% era de género femenino, el 51,7% presentaba una edad inferior a los 35 años, eran casadas (43.9%) o solteras (41,2%) y su nivel educativo es de pregrado (33,7%), especialización (33,1%) o maestría (31,0%) principalmente.

Respecto a la experiencia laboral de los participantes, el 25,6% tenía entre 10 a 15 años de experiencia, el 24,3% de 4 a 9 años y el 18,9% de 16 a 21 años. El tipo de institución donde labora el personal de enfermería fue asistencial (clínica/hospitalaria) en un 67,6% y universitaria en un %19,7. Su contratación fue de termino indefinido (62,8%) y termino fijo (20,9%). Así mismo, se encontró que el personal labora en la mañana 38,0%, en la tarde 17,7% y la noche 16.8%

Tabla 4-4: Distribución de variables sociodemográficas del personal de enfermería participantes en la validez de constructo de la Escala

Variable	Categoría	N°	%
Experiencia cuidado pacientes con enfermedad crónica	6 meses	16	11,3
	De 6 meses a 3 años	26	18,4
	De 4 a 6 años	29	20,5
	De 7 a 9 años	12	8,51
	De 10 a 12 años	23	16,3
	De 13 a 15 años	7	4,96
	De 16 a 18 años	10	7,09
	De 19 a 21 años	5	3,55
	Más de 21 años	13	9,22
N° de pacientes con enfermedad crónica a su cargo	De 1 a 5 pacientes	40	33,3
	De 6 a 10 pacientes	16	13,3
	De 11 a 15 pacientes	17	14,1
	De 16 a 20 pacientes	12	10,0
	De 21 a 25 pacientes	7	5,83
	Más de 26 pacientes	17	14,1
	No aplica	11	9,17
Inclinación Religiosa	Católica	120	82,7
	Cristiana	16	11,0
	Adventista	5	3,45
	Agnóstico	1	0,69
	Ateo	2	1,38
	Gnóstico	1	0,69
Formación sobre cuidado espiritual	Si	58	39,4
	No	89	60,5

Fuente: Resultados del estudio

Con relación al tiempo de experiencia de cuidado a personas con enfermedad crónica, se encuentra que un 29,7% de los participantes cuenta con una experiencia entre 6 meses y 6 años, seguido de un 29,0% con 4 a 9 años, 21,2% con 10 a 15 años y 19,8% con más

de 16 años. El número de personas con enfermedad crónica a cargo oscila entre 1 a 10 en un 46,6% y 11 a 20 en un 24,1%. Igualmente, la religión predominante de los participantes es la católica (82,7%), seguida de la cristiana (11%). Al final a la pregunta de si recibieron o no algún tipo de formación sobre cuidado espiritual, el 39.4% expreso que si y el 60.5% respondió no, lo cual llama la atención en este caso.

***Análisis factorial de la Escala de Espiritualidad y Cuidado Espiritual*:** El análisis factorial utilizado fue el de componentes principales, técnica estadística de síntesis de información o reducción de la dimensión (Pérez, 2009, pág. 222). Se estableció de acuerdo al número de los factores descritos por McSherry (2002) para la escala, lo que permitió contrastar estos resultados con los obtenidos en el presente estudio.

Con el fin de determinar la pertinencia de la aplicación del análisis factorial, se efectuó la prueba de esfericidad de Bartlett y la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO).

El KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) reportado fue de 0.792, lo que significó una alta correlación entre las variables y por lo tanto la conveniencia de utilización del análisis factorial. Así mismo, la prueba de esfericidad de Bartlett se encontró estadísticamente significativa reportando un Chi-cuadrado (136)=644.478, p=0.000; lo cual ratifica la aplicación de este análisis (Grupo de Petrología Aplicada, 2011).

Con la indicación del uso de la prueba, se realizó el análisis factorial evidenciándose que los cuatro factores explican el 49.31% de la varianza total; quedando pendiente por lo tanto la explicación del 23.68% para el caso del presente estudio.

Tabla 4-5: Varianza explicada para cuatro factores de la escala de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual

Varianza total explicada									
	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,237	24,923	24,923	4,237	24,923	24,923	3,134	18,435	18,435
2	1,632	9,6	34,522	1,632	9,6	34,522	1,812	10,656	29,091
3	1,311	7,715	42,237	1,311	7,715	42,237	1,789	10,526	39,617

4	1,203	7,075	49,312	1,203	7,075	49,312	1,648	9,695	49,312
5	1,054	6,201	55,513						
6	0,939	5,521	61,034						
7	0,912	5,368	66,402						
8	0,809	4,756	71,158						
9	0,777	4,569	75,726						
10	0,696	4,093	79,819						
11	0,642	3,777	83,596						
12	0,603	3,549	87,145						
13	0,561	3,299	90,444						
14	0,491	2,89	93,334						
15	0,427	2,509	95,843						
16	0,375	2,203	98,046						
17	0,332	1,954	100						
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.									

Fuente: Resultados del estudio

Posteriormente, para determinar el peso factorial de cada uno de los componentes, se efectuó la rotación varimax para así obtener una interpretación clara de las interrelaciones entre las variables. El análisis efectuado fue el de componentes principales como se observa en la Tabla 4-6.

Tabla 4-6 Matriz de componentes rotados de la escala de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual

Matriz de componentes rotados[a]				
	Componente			
	1	2	3	4
f			**0,426**	
h	**0,405**		**0,57**	
i	**0,45**		**0,522**	
j	**0,453**		**0,545**	
l	**0,678**			
c				**0,544**
a	**0,459**			**0,459**
b	**0,425**			
g	**0,673**			
k	**0,715**			
e*			**-0,59**	
d*		**0,673**		
m*		**0,659**		
p*		**0,708**		
n	**0,693**			
o			**0,513**	**0,492**

q				**0,776**
Método de extracción: Análisis de componentes principales.				
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.				

Fuente: Resultados del estudio

Tabla 4-7 Reorganización de los Ítems de acuerdo con las cargas factoriales de la escala de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual

Factor	Ítem según la carga	Sub-escala a la que corresponde	Ítems modificados en comparación a modelo factorial de McSherry (2002)
1	H, I, J, L, A, B, G, K, N	Percepción del cuidado espiritual	Se adiciona los ítems H, I, J, L, N
2	D, M, P	Percepción de la religiosidad	Se mantiene en el modelo del autor
3	F, H, I, J, E, O	Percepción de la espiritualidad	Se adiciona el ítem H
4	C, A, Q, O	Percepción del cuidado personalizado	Se adiciona el ítem O

Fuente: Resultados del estudio

La Tabla 4-7, presenta la reorganización de los Ítems de acuerdo con las cargas factoriales en las cuatro sub-escalas. De esta manera, el primer factor que estaría conformado por los ítems H, I, J, L, A, B, G, K, N; que corresponden a la sub-escala "percepción del cuidado espiritual", cambian con respecto al modelo factorial propuesto por McSherry (2002), al adicionarse los ítems H, I, J, L, N. El factor 2 está compuesto por los ítems D, M, P y que corresponden a la sub-escala "percepción de la religiosidad" y se mantiene igual al modelo original. Del factor 3 hacen parte los ítems F, H, I, J, E, O; que harían parte de la sub-escala "percepción de la espiritualidad" y que siguen agrupados de la misma forma a la propuesta del autor, adicionando el ítem H. Finalmente del factor 4, se establecen los ítems C, A, Q, O, que corresponden a la sub-escala "percepción del cuidado personalizado" y que se mantiene de acuerdo al modelo del autor, con la incorporación del ítem O.

De acuerdo con los resultados anteriores la organización final de los ítems de la "Escala de Espiritualidad y Cuidado Espiritual" en su versión en español se presenta a continuación:

Tabla 4-8 Agrupación de los ítems de la escala de espiritualidad y cuidado espiritual en su versión en español

Sub-Escala	N° de Ítems	Ítems
Percepción de la Espiritualidad	5 ítems	F, I, J, E
Percepción del Cuidado Espiritual	5 ítems	A, B, G, K, N, H, L
Percepción de la religiosidad	3 ítems	D, M, P
Percepción del Cuidado personalizado	3 ítems	C, Q, O

Fuente: Resultados del estudio

Fluctuación de respuesta de los participantes en cada ítem de la escala: Se determinó además la distribución de respuestas de los participantes medidos a través de cada uno de los 17 ítems de la escala. En la Tabla 4-9, se observa el comportamiento de los ítems de acuerdo con las cinco opciones de respuesta, evidenciándose variabilidad general en la mayor parte de los ítems, a excepción los ítems D, G, H, I, J, K, L N, en los cuales se presenta una frecuencia de respuesta de 0 o 1, (que corresponden a un 0 o 1% de participantes que seleccionaron esa opción).

Tabla 4-9 Distribución de respuesta de los participantes en los ítems de la escala de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual

Ítem	Extremadamente en desacuerdo		En desacuerdo		No está seguro		De acuerdo		Extremadamente de acuerdo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
a	5	3	29	16	22	12	88	48	39	21
b	2	1	1	1	3	2	74	40	103	56
c	8	4	35	19	24	13	67	37	49	27
d	94	51	81	44	3	2	4	2	1	1
e	54	30	78	43	11	6	21	12	18	10
f	7	4	23	13	9	5	89	49	55	30
g	0	0	1	1	2	1	92	50	88	48
h	1	1	10	5	20	11	89	49	62	34
i	1	1	7	4	7	4	98	54	70	38
j	1	1	9	5	14	8	106	58	53	29
k	0	0	1	1	5	3	99	54	78	43
l	0	0	0	0	3	2	89	49	91	50
m	46	25	85	46	27	15	15	8	10	5
n	0	0	0	0	1	1	73	40	109	60
o	5	3	18	10	17	9	102	56	41	22
p	77	42	67	37	22	12	13	7	4	2
q	6	3	25	14	20	11	92	50	40	22

Fuente: Resultados del estudio

4.1.6 Confiabilidad

***Consistencia interna de la Escala de Espiritualidad y Cuidado Espiritual*:** La consistencia interna de la escala se estableció a través del Alpha de Cronbach, reportando un 0,733 para el total de la escala. Lo cual de acuerdo con Burns y Grove es aceptable, considerando que la escala está siendo perfeccionada y está siendo utilizando en una variedad de muestras diferentes; en este caso en el contexto colombiano (2012, pág. 342).

Así mismo, se evaluó la "Correlación elemento-total corregida", que corresponde al coeficiente de homogeneidad corregido y se encontró que todas las correlaciones eran positivas, lo cual nos indica que no habría necesidad de eliminar ítems. Dos ítems D y E, presentaron correlaciones débiles de 0.20, sin embargo, dada su importancia teórica se dejaron en la escala.

Tabla 4-10 Confiabilidad total de la escala de percepción de la espiritualidad y cuidado espiritual

Ítem	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
a	66,0884	38,348	0,326	0,721
b	65,2818	40,015	0,386	0,718
c	66,1492	38,628	0,251	0,731
d*	65,3481	41,739	0,17	0,733
e*	66,0829	40,421	0,103	0,752
f	65,8895	38,199	0,325	0,721
g	65,3315	39,912	0,505	0,713
h	65,674	38,876	0,403	0,714
i	65,5249	37,74	0,605	0,699
j	65,6906	39,226	0,399	0,715
k	65,3978	40,196	0,443	0,716
l	65,3039	40,257	0,473	0,715
m*	66,0055	39,139	0,254	0,729

** Ítems invertidos*

Fuente: Resultados del estudio

Consistencia interna por Sub-escalas: La consistencia interna por sub-escalas evidencia coeficientes medios regulares en todas las sub-escalas, a excepción de la escala de “Percepción de la Espiritualidad” que presenta una confiabilidad media aceptable (Hernández et al., pág. 439).

Tabla 4-11 Confiabilidad por sub-escalas de la escala de espiritualidad y cuidado espiritual

Sub-Escala	Alpha de Cronbach
Percepción de la Espiritualidad	0.657
Percepción del Cuidado Espiritual	0,575
Percepción de la Religiosidad	0,546
Percepción del Cuidado Personalizado	0,492

Fuente: Resultados del estudio

Es necesario tener en cuenta que el valor de Alfa es afectado directamente por el número de ítems que componen una escala. A medida que se incrementa el número de ítems, se aumenta la varianza colocada en el numerador, de tal manera que puede obtenerse un valor sobrestimado de la consistencia de la escala (Oviedo & Campo, 2005). En este caso, la escala no cuenta sino con 17 ítems razón por la cual los valores del Alpha por sub-escala son en apariencia más bajos a los rangos establecidos por los autores.

4.2 Análisis descriptivo de la muestra total y por grupos (experimental y control)

El personal de enfermería participantes en esta fase del estudio está compuesto en su mayoría por mujeres (91,9%), entre los 26 y 35 años de edad (59,5%), solteras o casadas. La experiencia laboral promedio fue de 10,3 años (con un mínimo de un año y un máximo de 34 años). El 100% tenía experiencia en el área asistencial, seguida de la administrativa en un 14,9%. Casi todas expresaron tener experiencia en pacientes con enfermedades de tipo cardiovascular, renal, oncológico, osteomuscular, respiratorio y en menor proporción en trasplantes, ginecobstetricia, pediatría, quirúrgicas y metabólicas (39,9%).

Tabla 4-12 Caracterización del personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica

Variable		Total		Grupo Experimental n=112		Grupo Control n=111	
		N°	%	N°	%	N°	%
Género	Femenino	204	91,9	103	92	102	91,9
	Masculino	18	8,1	9	8	9	8,1
Edad	<21-30	97	43,7	45	40,2	53	47,7
	31-40	86	38,8	47	42	39	35,1
	41-50	32	14,5	16	14,3	16	14,4
	51-60	7	3	4	3,6	3	2,7

Estado Civil	Soltero(a)	97	43,7	46	41,1	52	46,8
	Casado(a)	75	33,8	41	36,6	34	30,6
	Separado(a)	14	6,3	9	8	5	4,5
	Unión libre	36	16,2	16	14,3	20	18
Experiencia en la atención de personas con ECNT en el área:	Administrativa	33	14,9	20	17,9	12	10
	Asistencial	222	100	112	100	111	100
	Formulación de Proyectos	4	1,8	3	2,7	1	0,9
	Ambulatorio	20	9	13	11,6	7	6,3
Experiencia en la atención de pacientes con enfermedades:	Cardiovasculares	151	68	72	64,3	80	72,1
	Renales	145	65,3	70	62,5	76	68,5
	Oncológicos	142	64	70	62,5	73	65,8
	Osteo-articulares	102	45	48	42,9	54	48,6
	Neurológicos	130	58,6	61	54,5	69	62,2
	Otras	18	39,9	9	8,1	9	8,1

Fuente: Datos del Estudio

El nivel educativo predominante fue pregrado (36,7%) o técnico como auxiliar de enfermería (33%). El 54,5% manifiesta haber tenido algún tipo de formación en el cuidado de personas con enfermedad crónica, mientras que la experiencia laboral en el cuidado de estos pacientes es de alrededor de unos 7,1 años (con un mínimo de 1 año y un máximo de 25 años). El personal de enfermería tiene en su mayoría contrato indefinido (83,8%), turnos de 6 horas entre mañana, tarde o noche y un promedio de 14 pacientes a su cargo.

Finalmente se pudo establecer que el 84,7% del personal de enfermería expresó una inclinación religiosa católica y tan solo el 22,5% manifestó haber recibido algún tipo de formación en el tema de cuidado espiritual.

Tabla 4-13 Distribución del personal de enfermería respecto a las variables intervinientes o confusas del fenómeno de estudio

Variable		Total		Grupo Experimental n=112		Grupo Control n=111	
		N°	%	N°	%	N°	%
Nivel Educativo	Técnico	73	33	34	30,4	39	35,1
	Pregrado	81	36,7	46	41,1	38	34,2
	Especialización	57	25,8	30	26,8	27	24,3
	Maestría	9	4,1	2	1,8	7	6,3
Formación en pacientes con enfermedad crónica	Si	121	54,5	65	58	57	51,4
	No	100	45	47	42	53	47,7
Inclinación Religiosa	Católica	188	84,7	93	83	95	85,6
	Cristiana no católica	23	10,4	10	8,9	13	11,7
	Agnóstico o Ateo	3	1,4	3	2,7	1	0,9

	No responde	3	1,4	1	0,9	0	0
	Ninguna	2	0,9	5	4,5	2	1,8
Recibió formación en Cuidado Espiritual	Si	50	22,5	24	21,4	26	23,4
	No	172	77,5	88	78,6	85	76,6
Tipo de Contratación	Término indefinido	186	83,8	93	83	94	84,7
	Término fijo	21	9,5	9	8	12	10,8
	Cooperativa	10	4,5	8	7,1	2	1,8
	Orden de prestación de servicios	4	1,8	2	1,8	2	1,8
	No responde	1	0,5	0	0	1	0,9
Turno de trabajo	Mañana	79	35,6	27	24,1	52	46,8
	Tarde	56	25,2	32	28,6	25	22,5
	Noche	43	19,4	25	22,3	18	16,2
	Jornada ordinaria	36	16,2	22	19,6	14	12,6
	Otro	2	0,9	1	0,9	1	0,9
	Más de un turno	6	2,7	5	4,5	1	0,9

Fuente: Datos del Estudio

Por otro lado, al comparar la caracterización entre el grupo experimental y el grupo control puede observarse que ambos presentan características similares en todas las variables, lo que implica que el personal de enfermería participante presentaba las mismas características para ambos grupos (ver Tablas 4-12 y 4-13).

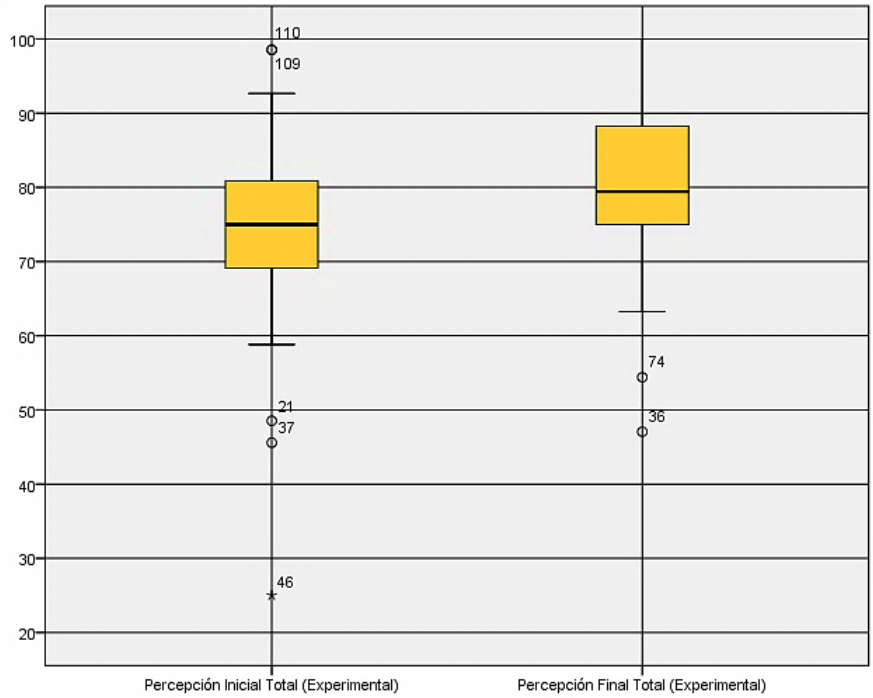
4.2.1 Percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica

Para el análisis descriptivo de la escala de medición de la espiritualidad y el cuidado espiritual (en el grupo experimental y control), se optó por llevar la escala total y cada sub escala a una métrica entre 0 y 100, con el fin de efectuar comparaciones entre ellas de tal manera que las diferencias en el número de ítems de cada sub escala no interfiriera con el análisis y su posterior comparación.

Comparación en la puntuación de la percepción inicial y final de la espiritualidad y el cuidado espiritual en el grupo experimental. Como se observa en la Figura 4-1, la puntuación de la *percepción final* presenta un ligero cambio hacia puntajes superiores, en comparación con la puntuación de la *percepción inicial*; lo cual se hace evidente en la mediana inicial de las puntuaciones del personal de enfermería que se ubicó en 75 con

una desviación estándar de 10,4 en comparación con la final, que fue de 79,4 con una desviación estándar de 10.

Figura 4-1 Comparación de la percepción inicial y final total de la espiritualidad y el cuidado espiritual en el grupo experimental



Fuente: Datos del Estudio

El puntaje mínimo de la *percepción inicial* del grupo experimental fue de 25, siendo este un dato extremo y el máximo fue de 98,5. También se encontró que el 50% del personal de enfermería presentó un puntaje superior a 75. Por otro lado, el puntaje mínimo de la *percepción final* del grupo experimental fue de 47 y el máximo de 100. El 25% del mismo personal puntuó con valores inferiores a 69,1 y el 75% con valores superiores a 80,8 en su *percepción inicial*, mientras que en la *percepción final*, el 25% obtuvo puntajes inferiores a 74,7 y el 75% puntuaciones superiores 88,2. Lo anterior ratifica la diferencia entre las puntuaciones iniciales y finales de este grupo, posterior a la intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: Integralidad del ser humano en el cuidado”.

Comparación de la percepción inicial y final en las sub escalas en el grupo experimental: A continuación se presentan las 4 sub escalas que conforman la escala de medición de la espiritualidad y el cuidado espiritual de McSherry et al., (2002) y adaptado por la autora del presente estudio. De esta manera, la sub escala de

percepción de la espiritualidad estuvo conformada por los ítems E, F, I, J; la sub escala de *percepción del cuidado espiritual* por los ítems A, B, G, H, K, N, L; la sub escala de *percepción de la religiosidad,* abordo los ítems D, M, P y la sub escala de *percepción del cuidado personalizado,* los ítems C, Q, O.

En la Figura 4-2 se presenta la comparación de las puntuaciones de la percepción inicial y final de las cuatro sub escalas en el grupo experimental. Respecto a la sub escala:

Percepción de la espiritualidad: El personal de enfermería presentó una mediana inicial y final de 75, con una desviación estándar inicial de 13 y final de 14,3 respectivamente. Así mismo, el puntaje mínimo de la *percepción inicial y final* fue de 31,2 y el máximo de 100. El 25% de mismo personal obtuvo puntuaciones en la percepción inicial inferiores a 62,5 y el 75% puntajes superiores a 81,2 en comparación con el 25% del personal de enfermería, que obtuvo en la *percepción final* puntajes inferiores a 68,7 y en el 75% puntuaciones superiores a 87,5. Lo anterior evidencia que la modificación en esta sub escala se efectuó entre las puntuaciones del 25% y 75% de los participantes, en la cual se observaron mejoras hacia puntajes superiores.

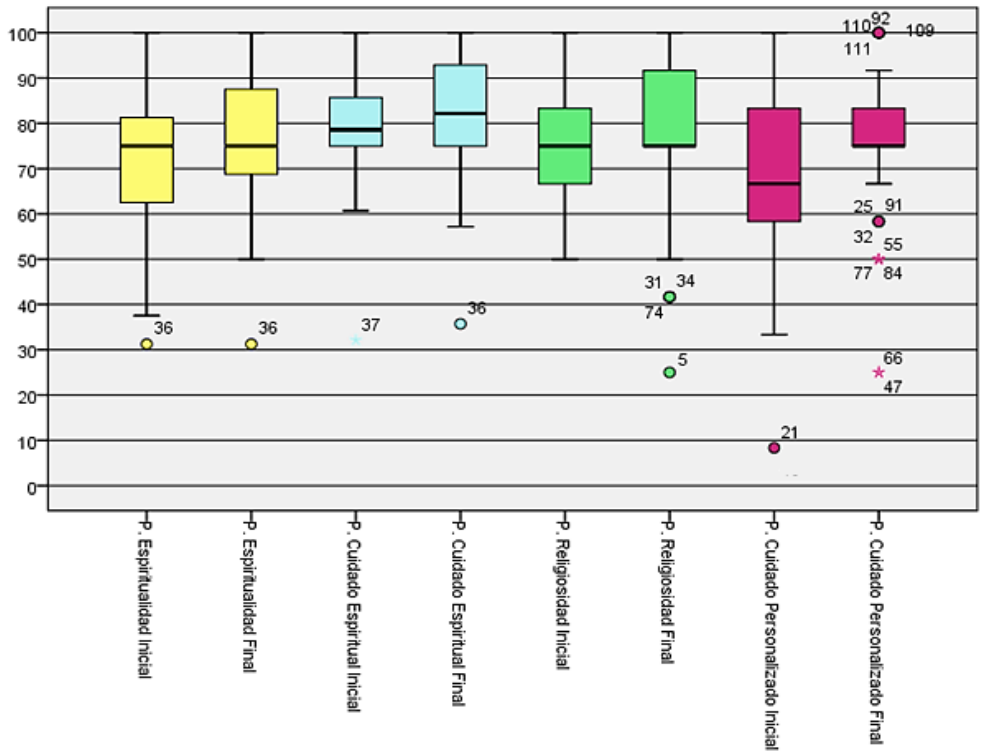
Percepción del cuidado espiritual: El personal de enfermería tuvo una mediana inicial de 78,5 con una desviación estándar de 12,7 en comparación a la mediana final que fue de 82,1 con una desviación estándar de 11. El puntaje mínimo en la *percepción inicial* fue de 32,5 (siendo este un caso extremo) y el máximo de 100 en comparación con la *percepción final*, en donde el puntaje mínimo se ubicó en 35,7 y el máximo en 100. Igualmente, en su *percepción inicial,* se encontró que el 25% de este personal obtuvo un puntaje por debajo de 75 y el 75% un puntaje superior a 85,7 en comparación con la *percepción final*, donde el 25% puntuó por debajo de 75 y el 75% por encima de 92,8. Todo lo anterior refleja un comportamiento de mejora de las puntuaciones del personal de enfermería en esta sub escala.

Percepción de la religiosidad: El personal de enfermería alcanzó una mediana de 75 en su *percepción inicial y final* con una desviación estándar de 13,9 y 16 respectivamente. El puntaje mínimo fue de 41,6 y el máximo fue de 100 en su *percepción inicial*, mientras que en la *percepción final* la puntuación mínima fue de 25 (siendo este un dato extremo en la muestra) y la máxima de 100. Así mismo, se encontró que el 25% del mismo personal obtuvo un puntaje por debajo de 66,6 y el 75% superior a 83,3 en la *percepción inicial*, en

contraste con *la percepción final* donde el 25% puntuó por debajo de 75 y el 75% de los integrantes del personal de enfermería por encima de 91,6. Lo anterior evidencia que la modificación en esta sub escala se efectuó entre las puntuaciones del 25% y 75% de los participantes, en la cual se observaron puntuaciones más altas.

Percepción del cuidado personalizado: El personal de enfermería presentó una mediana de 66,6 con una desviación estándar de 18,1 en la *percepción inicial*, mientras que en la *percepción final* la mediana fue de 75 con una desviación estándar de 15. El puntaje mínimo en la *percepción inicial* fue de 8 (siendo este un valor atípico a las puntuaciones generales del grupo) y el máximo fue de 100, en comparación con la *percepción final* que presentó un puntaje mínimo de 16,6 y uno máximo de 100. Así mismo, se encontró que el 25% del personal de enfermería obtuvo un puntaje por debajo de 58,3 y el 75% por encima de 83,3 en la *percepción inicial* en comparación con la *percepción final,* donde el 25% obtuvo puntajes inferiores a 75 y el 75% puntajes superiores a 91,6. Lo anterior evidencia que las puntuaciones en esta escala mejoraron de la percepción inicial respecto a la percepción final.

Figura 4-2 Comparación inicial y final de las percepciones de la espiritualidad, cuidado espiritual, religiosidad y cuidado personalizado en el grupo experimental



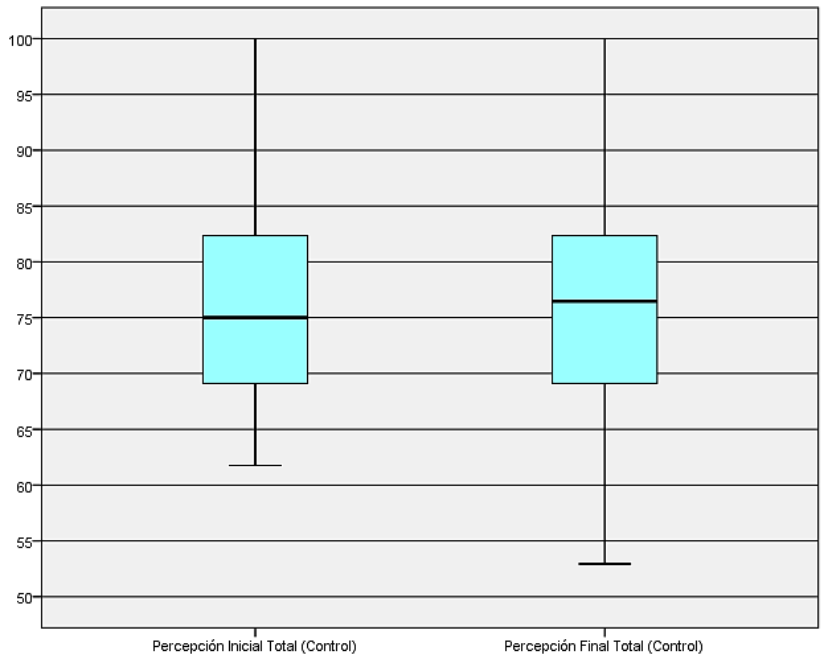
Fuente: Datos del Estudio

Comparación en la puntuación de la percepción inicial y final de la espiritualidad y el cuidado espiritual en el grupo control. Como se observa en la Figura 4-3, la puntuación de la *percepción inicial* respecto a la *percepción final* en el grupo control se mantiene casi igual. De esta manera se observa que la mediana inicial de las puntuaciones del personal de enfermería se ubico en 75 con una desviación estándar de 8,9 y la mediana final,en 76,4 con una desviación estándar de 9,8.

Igualmente, se observó que el puntaje mínimo de la *percepción inicial* del grupo control fue de 61,7 y el máximo fue de 100 mientras que el puntaje mínimo de la *percepción final* fue de 52,9 y el máximo de 100. También se encontró que el 25% del personal de enfermería obtuvo un puntaje inferior a 69,1 y el 75% superior a 82,3 en su *percepción inicial y final*.

Todo lo anterior evidencia que desde lo descriptivo no se presentan diferencias entre las puntuaciones iniciales y finales de la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual, posterior a la intervención en el tema de cuidado seguro.

Figura 4-3 Comparación de la percepción inicial y final total de la espiritualidad y el cuidado espiritual en el grupo control



Fuente: Datos del Estudio

Comparación de la percepción inicial y final en las sub escalas en el grupo control. En la Figura 4-4 se presenta la comparación de las puntuaciones de la percepción inicial y final de las cuatro sub escalas en el grupo control. Respecto a cada sub escala puede establecerse lo siguiente:

Percepción de la espiritualidad: El personal de enfermería presentó una mediana inicial de 68,7 y una final de 75 en esta sub escala, con una desviación estándar inicial de 13,2 y una final de 14,6 respectivamente. Así mismo, el puntaje mínimo de la *percepción inicial* fue de 31,2 y el de la *percepción final* fue de 31,2 (siendo este un dato atípico en la muestra) y el máximo en ambos fue de 100 (también secundario a un dato atípico). El 25% del personal de enfermería obtuvo puntuaciones en la *percepción inicial* inferiores a 62,5 y el 75% puntajes superiores a 75 en comparación con el 25% de las enfermeras que obtuvo en la *percepción final* puntajes inferiores a 62,5 y en el 75% de ellas puntuaciones superiores a 81,2. Lo anterior evidencia un leve cambio en esta sub escala, en las puntuaciones de la media y en el 75% de las puntuaciones de las enfermeras.

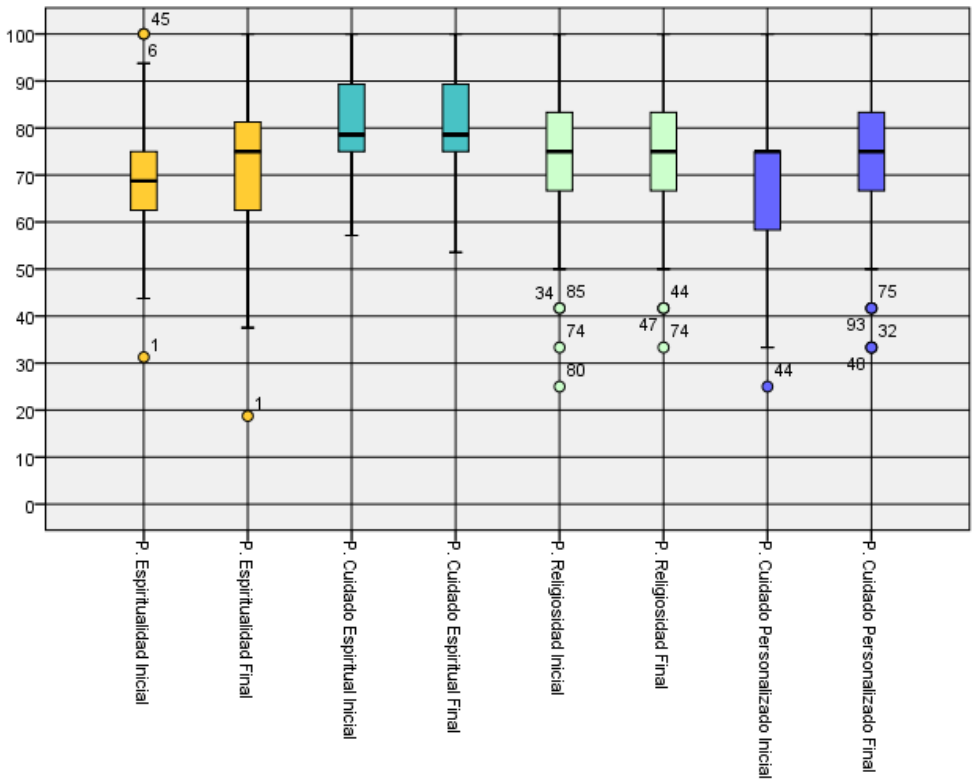
Percepción del cuidado espiritual: El personal de enfermería tuvo una mediana inicial y final de 78,5 con una desviación estándar de 10,3 y 11,1 respectivamente. El puntaje mínimo en la *percepción inicial* fue de 25 y el máximo de 100 en comparación con la *percepción final*, en donde el puntaje mínimo se ubicó en 53,5 y el máximo en 100. Igualmente, se encontró que el 25% del personal participante obtuvo un puntaje por debajo de 75 y el 75% un puntaje superior a 89,2 en su *percepción inicial* y *final*. Todo lo anterior refleja que, a excepción de la puntuación mínima de la percepción inicial que presento una ligera modificación hacia un puntaje positivo, los demás integrantes del personal de enfermería se mantuvieron iguales en esta sub escala.

Percepción de la religiosidad: El personal de enfermería alcanzó en esta sub escala una mediana de 75 en su *percepción inicial y final* con una desviación estándar de 14,7 y 14,9 respectivamente. El puntaje mínimo en su *percepción inicial*, fue de 25 (como dato atípico) y el máximo fue de 100 mientras que en la *percepción final* la puntuación mínima fue de 33,3 (siendo este un dato atípico en la muestra) y la máxima de 100. Así mismo, se encontró que el 25% del personal de enfermería obtuvo un puntaje por debajo de 66,6 y el 75% superior a 83,3 en la *percepción inicial y final.* Lo anterior evidencia que al igual que en la sub escala anterior, a excepción de la puntuación mínima de la *percepción*

inicial que presento un ligero cambio hacia un puntaje positivo, las puntuaciones del personal de enfermería se mantuvieron iguales.

Percepción del cuidado personalizado: El personal de enfermería para esta sub escala presentó una mediana de 75 en la *percepción inicial* y *final*, con una desviación estándar de 15,9 y 15,4 respectivamente. El puntaje mínimo en la *percepción inicial* fue de 25 (siendo este un valor atípico a las puntuaciones generales del grupo) y el máximo fue de 100, en comparación con la *percepción final* que presentó un puntaje mínimo de 33,3 y uno máximo de 100. Así mismo, se encontró que el 25% del personal de enfermería obtuvo un puntaje por debajo de 58,3 y el 75% por encima de 75 en la *percepción inicial y final.* Lo anterior evidencia que las puntuaciones en esta escala se mantuvieron iguales en la medición inicial y final, con excepción del puntaje mínimo que aumentó levemente en la percepción inicial con respecto a la percepción final.

Figura 4-4 Comparación inicial y final de las percepciones de la espiritualidad, cuidado espiritual, religiosidad y cuidado personalizado en el grupo control



Fuente: Datos del Estudio

Comparación en la puntuación de la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual entre el grupo experimental y control. Al comparar ambos grupos desde lo descriptivo, es posible establecer que las puntuaciones en el grupo experimental mejoraron en comparación con las del grupo control donde se mantuvieron similares en todas las sub escalas. En las puntuaciones totales de la escala, se observa por ejemplo que tanto la mediana como los puntajes del personal de enfermería ubicados entre el cuartil 25 y 75 son mayores en comparación con los obtenidos en el grupo control. En las sub escalas por otro lado, puede decirse que en la percepción de la espiritualidad la mediana se mantuvo parecida en el grupo experimental pero aumentó levemente en el grupo control. Los cuartiles 25 y 75 mostraron puntuaciones con tendencias superiores en el grupo experimental respecto al control. En la percepción del cuidado espiritual, la mediana y el cuartil 75 muestran la ubicación de las puntuaciones con tendencias positivas, en comparación con las presentadas en el grupo control. En la percepción de la religiosidad, la mediana se mantiene igual; sin embargo, las puntuaciones en los cuartiles 25 y 75 muestran puntuaciones más altas en comparación con las encontradas en el grupo control. Finalmente, en la percepción del cuidado personalizado, la mediana y los cuartiles 25 y 75 muestran puntuaciones ubicadas en niveles superiores comparados con los del grupo control; todo lo anterior posterior a la recepción de las intervenciones educativas correspondientes para cada grupo.

4.3 Análisis de normalidad de los datos

Se determinó la distribución normal de los datos de la variable dependiente (percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual) por medio de la prueba Kolmogorov-Smirnov.

En la Tabla 4-14 que se presenta a continuación, puede observarse las cuatro sub escalas iniciales y finales que conforman la escala de medición de la espiritualidad y cuidado espiritual, con sus correspondientes totales. Como es evidente, los datos no tomaron una distribución normal, lo cual se evidencia en el reporte de las significancias menores de $p<0.00$. Este indicador nos permite establecer el uso de estadísticos no paramétricos.

Tabla 4-14 Prueba de normalidad de los datos

Prueba de normalidad			
Percepción de la Espiritualidad y del Cuidado Espiritual	**Kolmogorov-Smirnov[a]**		
	Estadístico	**gl**	**p-valor**
Percepción de la Espiritualidad Inicial	0,144	109	0
Percepción del Cuidado Espiritual Inicial	0,148	109	0
Percepción de la Religiosidad Inicial	0,135	109	0
Percepción del Cuidado Personalizado Inicial	0,115	109	0
Total de la Escala Inicial	0,107	109	0
Percepción de la Espiritualidad Final	0,174	109	0
Percepción del Cuidado Espiritual Final	0,113	109	0
Percepción de la Religiosidad Final	0,212	109	0
Percepción del Cuidado Personalizado Final	0,215	109	0
Total Escala Final	0,074	109	0,19

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente: Datos del Estudio

4.4 Análisis inferencial de la muestra total y por grupos (experimental y control)

Preguntas a responder: ¿Qué nivel de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual tiene el personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica sin haber participado en la intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado”?, ¿Qué nivel de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual tiene el personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica y que han participado en la intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado”?

Inicialmente para efectuar la verificación de la hipótesis principal del estudio desde la cual la intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado” modificaría de manera positiva la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería, se observó si ambos grupos (experimental y control) se comportaban exactamente igual en el momento del inicio del estudio; es decir, antes de recibir la intervención correspondiente.

La Tabla 4-15 muestra en las primeras tres columnas que ambos grupos (experimental y control) parten en las mismas condiciones, es decir, los dos son homogéneos al inicio y previamente a la realización de la intervención. Esto se evidencia en las significancias que presentan valores superiores a ($p<0.05$), lo cual hace que se acepte la hipótesis nula desde la cual las distribuciones de los datos no difieren significativamente entre ambos grupos.

Tabla 4-15 Comparación inicial y final de los grupos experimental y control

Test	Hipótesis nula	Significancia	Decisión	Hipótesis nula	Significancia	Decisión
Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	La distribución de la percepción de la espiritualidad inicial es la misma entre las categorías del grupo	0,290	Retener la hipótesis nula	La distribución de la percepción de la espiritualidad final es la misma entre las categorías del grupo	0,016	Rechazar la hipótesis nula
	La distribución de la percepción del cuidado espiritual inicial es la misma entre las categorías del grupo	0,303		La distribución de la percepción del cuidado espiritual final es la misma entre las categorías del grupo	0.073	Retener la hipótesis nula
	La distribución de la percepción de la religiosidad inicial es la misma entre las categorías del grupo	0,544		La distribución de la percepción de la religiosidad final es la misma entre las categorías del grupo	0,024	Rechazar la hipótesis nula
	La distribución de la percepción del cuidado personalizado inicial es la misma entre las categorías del grupo	0,258		La distribución de la percepción del cuidado personalizado final es la misma entre las categorías del grupo	0,001	Rechazar la hipótesis nula
	La distribución del Total de la escala inicial es la misma entre las categorías de grupo	0,951		La distribución del Total de la escala final es la misma entre las categorías de grupo	0,002	Rechazar la hipótesis nula

Fuente: Datos del Estudio

Luego de verificar que ambos grupos eran similares en el inicio, el segundo paso fue determinar si ambos grupos terminarían de manera diferente o se mantendrían iguales después de haber recibido la intervención educativa.

En la Tabla 4-15 se observa que en ambos grupos, experimental y control, se encuentran diferencias significativas en la distribución de tres de las cuatro sub escalas del instrumento. Estas son: percepción de la espiritualidad ($p= 0,16$), percepción de la religiosidad ($p=0,24$) y percepción del cuidado personalizado ($p=0,001$). También se observa en la distribución total de la escala un cambio significativo ($p=0,002$).

Lo anterior evidencia que la intervención educativa generó cambios significativos en la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería participante en el grupo experimental y control, con excepción de la sub escala de percepción de cuidado espiritual donde no se presentó una diferencia significativa (p=0.73).

Continuando con el análisis, correspondería ahora comparar el mismo grupo antes y después de la intervención que cada uno recibió.

Comparación del total de la escala inicial y final del grupo experimental. Se aplicó el análisis no paramétrico para muestras relacionadas, en este caso la prueba de Wilcoxon, para determinar una diferencia significativa del grupo antes de la intervención educativa "Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado" y posterior a ella.

De acuerdo con lo que se observa en la Tabla 4-16, es posible establecer que el personal de enfermería participante en el grupo experimental presentan una diferencia significativa entre el total de la escala inicial y el total de la escala final (p=0,00). Igualmente, en las sub escalas del grupo experimental se generaron diferencias significativas en: la percepción de la espiritualidad (p=0,000), percepción del cuidado espiritual (p=0,000) y percepción del cuidado personalizado (p=0,000). La única sub escala que no mostró un cambio significativo fue la de percepción de la religiosidad (p=0,061).

Tabla 4-16 Comparación entre la escala total y las sub escalas iniciales y finales del grupo experimental

Test	Hipótesis nula	Significancia	Decisión
Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	La mediana de las diferencias entre el Total de la escala inicial y el Total de la escala final es igual a 0.	0,000	Rechazar la hipótesis nula
	La mediana de las diferencias entre la percepción de la espiritualidad inicial y la percepción de la espiritualidad final es igual a 0.	0,000	Rechazar la hipótesis nula
	La mediana de las diferencias entre la percepción del cuidado espiritual inicial y la percepción del cuidado espiritual final es igual a 0.	0,000	Rechazar la hipótesis nula
	La mediana de las diferencias entre la percepción de la religiosidad inicial y la percepción de la religiosidad final es igual a 0.	0,061	Retener la hipótesis nula

	La mediana de las diferencias entre la percepción del cuidado personalizado inicial y la percepción del cuidado personalizado final es igual a 0.	0,000	Rechazar la hipótesis nula

Fuente: Datos del Estudio

De acuerdo con lo anterior, puede establecerse que la intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: Integralidad del ser humano en el cuidado” es efectiva en mejorar de manera significativa la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual total del personal de enfermería y en sus sub escalas percepción de la espiritualidad, percepción de la religiosidad y percepción del cuidado personalizado.

Comparación del total de la escala inicial y final del grupo control. Se efectuó el análisis con la prueba de Wilcoxon para el grupo control. Los resultados evidencian que en este grupo no se presentaron diferencias significativas en ninguna de las sub escalas, ni en la escala total, posterior a la intervención sobre cuidado seguro (p>0,05).

Tabla 4-17 Comparación entre la escala total y las sub escalas iniciales y finales del grupo control

Test	Hipótesis nula	Significancia	Decisión
Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo de muestras relacionadas	La mediana de las diferencias entre el Total de la escala inicial y el Total de la escala final es igual a 0.	0,178	Retener la hipótesis nula
	La mediana de las diferencias entre la percepción de la espiritualidad inicial y la percepción de la espiritualidad final es igual a 0.	0,222	Retener la hipótesis nula
	La mediana de las diferencias entre la percepción del cuidado espiritual inicial y la percepción del cuidado espiritual final es igual a 0.	0,824	Retener la hipótesis nula
	La mediana de las diferencias entre la percepción de la religiosidad inicial y la percepción de la religiosidad final es igual a 0.	0,586	Retener la hipótesis nula
	La mediana de las diferencias entre la percepción del cuidado personalizado inicial y la percepción del cuidado personalizado final es igual a 0.	0,089	Retener la hipótesis nula

Fuente: Datos del Estudio

Comparación entre la percepción de la espiritualidad el cuidado espiritual del personal de enfermería y las variables influyentes o confusas. Además de los análisis efectuados para determinar la efectividad de la intervención educativa, se efectuó un análisis con la prueba de Kruskal-Wallis con el fin de determinar diferencias estadísticas entre la variable dependiente (percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual) y otras variables consideradas influyentes o intervinientes en la literatura.

Los resultados señalan que no se encontraron diferencias significativas entre la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual con: el nivel educativo, la inclinación religiosa (a excepción de la variable percepción de la religiosidad inicial que si mostró una diferencia significativa previa al inicio de la intervención $p=0,015<0,05$), la formación en el cuidado de pacientes con enfermedad crónica (exceptuando las variables percepción del cuidado espiritual final $p=0,044<0,05$ y percepción del cuidado personalizado final $p=0,031<0,05$), la formación en cuidado espiritual y el turno laboral del personal de enfermería. En el Anexo M se encuentran las tablas con los resultados de este análisis.

Correlación entre la percepción de la espiritualidad el cuidado espiritual del personal de enfermería y las variables influyentes o confusas. Se empleó el coeficiente de correlación de Spearman, una prueba no paramétrica apropiada para distribuciones que no cumplen el criterio de normalidad como ocurrió con los datos del presente estudio. Las variables consideradas fueron: la edad, la experiencia laboral, la experiencia en el cuidado de personas con enfermedad crónica, el nivel educativo, la inclinación religiosa, la formación en cuidado espiritual, el turno y la formación en el cuidado de personas con enfermedad crónica; con la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual inicial y final de manera total y en cada sub escala. El resultado de este análisis determino que no existen asociaciones significativas entre estas variables con la aplicación de este instrumento, tal como se evidencia en la Tabla 4-18.

Tabla 4-18 Correlación entre la percepción de la espiritualidad el cuidado espiritual del personal de enfermería y las variables influyentes o confusas

Factor	Descripción	Edad	Experiencia Laboral	Exp. en el cuidado de personas con EC	Nivel Educativo	Religión	Formación en CE*	Turno	Formación Cuidado Personas con EC
Percepción de la Espiritualidad Inicial	Coeficiente de correlación	,136	,180	,144	-,059	-,124	-,070	,055	,082
	Sig. (bilateral)	,154	,057	,129	,536	,193	,463	,565	,389
	N	112	112	112	112	112	112	112	112
Percepción del Cuidado Espiritual Inicial	Coeficiente de correlación	-,083	-,055	-,083	,128	,010	-,149	,135	,073
	Sig. (bilateral)	,383	,567	,384	,180	,917	,116	,157	,446
	N	112	112	112	112	112	112	112	112
Percepción de la Religiosidad Inicial	Coeficiente de correlación	-,003	,059	-,015	,098	-,165	-,162	,016	,130
	Sig. (bilateral)	,976	,539	,873	,305	,082	,087	,866	,173
	N	112	112	112	112	112	112	112	112
Percepción del Cuidado Personalizado Inicial	Coeficiente de correlación	,074	,062	,078	-,041	-,167	-,095	,099	,119
	Sig. (bilateral)	,442	,519	,415	,667	,079	,323	,300	,214
	N	111	111	111	111	111	111	111	111
Total Escala Inicial	Coeficiente de correlación	,047	,080	,026	,091	-,101	-,150	,156	,132
	Sig. (bilateral)	,628	,406	,786	,343	,292	,116	,102	,168
	N	111	111	111	111	111	111	111	111
Percepción de la Espiritualidad Final	Coeficiente de correlación	-,116	-,104	,012	-,078	-,113	,076	,115	,106
	Sig. (bilateral)	,223	,275	,904	,413	,235	,427	,228	,268
	N	112	112	112	112	112	112	112	112
Percepción del Cuidado Espiritual Final	Coeficiente de correlación	-,063	-,051	-,048	-,011	-,127	-,001	,049	,192*
	Sig. (bilateral)	,512	,599	,615	,906	,183	,991	,613	,043
	N	111	111	111	111	111	111	111	111
Percepción de la Religiosidad Final	Coeficiente de correlación	-,138	-,018	,078	,027	-,037	-,038	,203*	-,073
	Sig. (bilateral)	,146	,854	,415	,778	,696	,691	,032	,442
	N	112	112	112	112	112	112	112	112
Percepción del Cuidado Personalizado Final	Coeficiente de correlación	-,029	-,090	-,006	-,029	-,254**	,081	,054	,205*
	Sig. (bilateral)	,763	,348	,946	,763	,007	,395	,576	,031
	N	111	111	111	111	111	111	111	111
Total Escala Final	Coeficiente de correlación	-,104	-,085	,010	-,065	-,161	,050	,119	,158
	Sig. (bilateral)	,279	,378	,920	,499	,094	,603	,217	,100
	N	110	110	110	110	110	110	110	110

* CE: Cuidado Espiritual
** EC: Enfermedad crónica
Sig: Significancia

Fuente: Datos del Estudio

5. Capítulo – Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo general evaluar la efectividad de la intervención educativa *"*Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado*"* aplicado a personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica, en modificar el nivel de percepción sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual.

Para su cumplimiento se elaboró una intervención educativa guiada desde la perspectiva teórica de Boykin, Schoenhofer y McSherry y soportada desde el proceso metodológico propuesto por Campbell en 2000 (pág. 633), para su desarrollo en fases. Se extrajeron las proposiciones teóricas propuestas por McSherry, se llevó a cabo un proceso de validación de los contenidos, se elaboró una estrategia pedagógica (Video) junto con la presentación de diapositivas que lo acompañarían, se planteó el protocolo de la intervención y se preparó la intervención control (ver Tabla 3-3).

Posteriormente, para medir la efectividad de dicha intervención, se adelantaron las pruebas de adaptación, validez y confiabilidad de la "Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual" (SSCRS) de McSherry, Draper y Kendrick (2002). Al final, se planteó un diseño de tipo cuasi experimental con dos grupos (experimental y control) y pre y pos prueba con una muestra de 222 participantes de tres instituciones clínicas de la ciudad de Bogotá, que cumplieran con los criterios de inclusión propuestos para el presente estudio.

A continuación se presenta la discusión de cada uno de estos hallazgos en el orden en el que se aplica el proceso investigativo.

5.1 Respecto a los procesos de validez y confiabilidad de la escala

La validez de la escala de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual comenzó con el proceso de adaptación cultural la cual "consiste en la traducción y adaptación cultural de la versión original a la versión adaptada y su objetivo es conseguir que el instrumento sea equivalente a nivel semántico, conceptual, de contenido, técnico y de criterio en distintas culturas" (pág. 63-72) (Carvajal, Centeno, Watson, Martínez, & Sanz Rubiales, 2011). El método que se considera más completo y garantiza una mayor calidad de acuerdo con Maneesriwongul y Dixon (citado por Carvajal et al., 2011) es la traducción y retro traducción por personas bilingües o monolingües, que fue el que se aplicó en este caso (pág. 65).

Posteriormente la escala se sometió al proceso de validez aparente y de contenido, con la cual se estableció que los ítems midieran el concepto de interés para el estudio y que en este caso fue la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual. Esta etapa es relevante, si se considera que el instrumento fue traducido y trasferido desde un idioma y cultura diferente a la colombiana y que por lo tanto, este paso era indispensable.

La validez de contenido por los expertos determinó la pertinencia de las dimensiones y de los ítems para abarcar el fenómeno de estudio tal como lo establece Sánchez y Echeverry (2004). Gracias al acuerdo y observaciones efectuadas, se generaron las modificaciones necesarias que hicieron consistente a la escala desde lo conceptual.

La validez de constructo por su parte determinó si la escala medía realmente el constructo para el cual fue diseñada. Para esto se aplicó el método de componentes principales, con el cual se buscaba no solo determinar los factores que explicaran en mayor grado la varianza total en el grupo de datos de la muestra obtenida, sino también contrastar estos resultados con los obtenidos por el autor de la escala en su original. Esto se realizó mediante el procedimiento de análisis factorial que dio como resultado el ajuste de algunos ítems en las cuatro sub escalas. La sub escala de percepción del cuidado espiritual fue donde más modificaciones fueron efectuadas con la adición de nuevos ítems.

Respecto a la varianza explicada del total de la escala, esta solo reportó un 49.31%, lo cual indica que en este caso existe una fuerte influencia de una varianza secundaría de alrededor de un 23.6%, que es generada por variables independientes que pudieron haber afectado la variable dependiente. Estas variables difícilmente controladas en el presente estudio pudieron corresponder a características del personal de enfermería participante, como por ejemplo experiencias previas que han tenido en su práctica y que han generado sensibilización, experiencias personales producto de circunstancias y eventos de la vida, posiciones y creencias personales en torno a la espiritualidad y el cuidado espiritual, capacitaciones previas en la temática de cuidado espiritual (que en el caso de esta muestra reportó un 39,5%), bienestar espiritual personal afectado o no y otras variables como las ambientales, propias del contexto laboral como por ejemplo la importancia o no de la temática y las políticas institucionales que respalden o no el interés en la dimensión espiritual de la persona. Todas estas variables de alguna manera podría reflejar esa varianza secundaría presente en los datos de la muestra (Moncada, Solera, & Salazar, 2002).

Es importante establecer que la validez de constructo se llevó a cabo en una muestra heterogénea del personal de enfermería que representaron diferentes ámbitos de la práctica, la investigación y la docencia, con niveles educativos variados, años de experiencia e inclinación religiosa; lo cual es importante en la aplicación futura de la escala en escenarios de la práctica y la investigación en diferentes poblaciones de enfermeras.

Llama la atención que un porcentaje importante de participantes del personal de enfermería manifestara haber recibido formación en el tema de cuidado espiritual, lo que implica que de alguna manera esta formación podría estar siendo impartida en el país. Sin embargo, el 60,5% que expresa no haberla recibido ratifica la necesidad de capacitación en la temática y la necesidad de continuar con los procesos educativos adelantados.

La escala además presentó una buena fluctuación o variabilidad de respuesta entre los ítems, lo cual es importante para determinar que esta proporciona las opciones de

respuesta necesarias de acuerdo con el criterio y la percepción del participante (ver Tabla 4-9).

Por otro lado, es relevante expresar las razones para haber efectuado el análisis factorial exploratorio sin avanzar hacía el confirmatorio. De acuerdo con Morales (2011), el análisis factorial es un procedimiento dirigido en su mayoría a generar teorías y no tanto a confirmarlas. En el caso del análisis factorial exploratorio, lo que se desea es explorar, especialmente con un instrumento que viene adaptándose para una cultura diferente a la de su origen y que viene en proceso de perfeccionamiento. Morales (2011) establece además que el análisis factorial confirmatorio debe utilizarse con cautela y solamente si hay hipótesis muy específicas basadas en estudios previos. Las recomendaciones del autor para realizar el análisis factorial confirmatorio son el utilizar una nueva muestra, que el instrumento no sea de nueva creación y que se conozca la estructura factorial obtenida en otras muestras (págs. 9-10). Por lo anterior, se decidió descartar el análisis factorial confirmatorio para el caso del presente estudio, quedando este pendiente como paso siguiente para la afinación de la escala en un estudio futuro.

Otros tipos de validez como la validez de criterio, definida por Carvajal et al., (2011) como “el grado de correlación entre un instrumento y otra medida de la variable a estudio que sirva de criterio o de referencia” (pág. 68), no se podían efectuar en este caso considerando que en español no hay otros instrumentos válidos y fiables con los cuales puedan efectuarse comparaciones y que midan el mismo constructo. También la validez discriminante, que “mide el grado de capacidad del cuestionario para distinguir entre individuos o poblaciones que se espera que sean diferentes” (pág. 70), requiere que la escala continúe siendo aplicada en muestras de enfermeras y auxiliares de enfermería en contextos y condiciones diferentes con el fin de poder efectuar esta estimación. Sin embargo, en la presente investigación se avanzó un paso en este proceso, estableciendo la sensibilidad para medir los cambios en las percepciones de la espiritualidad y del cuidado espiritual entre el grupo experimental y control, que conforman dos muestras con una condición diferente que en este caso fue la administración de la intervención educativa en cuidado espiritual.

Finalmente, la confiabilidad de la escala se determinó con la aplicación de un coeficiente de consistencia interna del Alfa de Cronbach, el cual reportó un 0,733 para el total de la

escala. Respecto a este valor, Burns y Grove expresan que es aceptable considerando que la escala está siendo perfeccionada (2012, pág. 342). Por su parte Aiken (2003) manifiesta que el valor del Alfa de Cronbach es aceptable o no, dependiendo de lo que se pretende hacer con las puntuaciones de la escala. Si por ejemplo, se desea determinar si las calificaciones promedio de dos grupos de personas que son significativamente diferentes, un coeficiente de confiabilidad de 0.60 o 0.70 podría ser satisfactorio (p. 89-90).

La consistencia interna por sub-escalas evidencia coeficientes medios y bajos que en este caso son aceptables debido al número de ítems de la escala que en este caso son 17 (ver tabla 4-10). Es importante considerar como lo manifiesta Oviedo y Campo (2005), que la varianza modifica el numerador de la fórmula y que por lo tanto a mayor número de ítems, hay un incremento en la varianza. De esta manera, los valores de los coeficientes obtenidos en instrumentos con un gran número de ítems pueden ser sobre estimados en algún grado.

5.2 Respecto al análisis descriptivo e inferencial de la muestra total y por grupos

5.2.1 Caracterización de la muestra total y por grupos

La muestra total del estudio incluyó a 222 integrantes del personal de enfermería pertenecientes a tres instituciones de Bogotá, (112 hicieron parte del grupo experimental y 110 del grupo control). Los participantes fueron seleccionados en un muestreo por conveniencia y asignación 1:1 para cada grupo, con cumplimiento previo de los criterios de inclusión.

La edad del personal de enfermería osciló entre los 21 y 41 años y aunque en su mayoría fueron de género femenino, en el total de la muestra se halló una proporción del 8.1% de hombres participantes. Respecto al rango de edad, puede decirse que el personal de enfermería de este estudio es más joven en comparación al de otros, cuyos rangos de edad oscilan entre los 21-61 años (Estados Unidos), 26-68 años (Israel) y 23-64 años (Taiwán) (Cavendish et al., 2003; Musgrave & McFarlane, 2004; Wu & Lin, 2011).

Se observa también que los participantes del estudio en su mayoría se encuentran estables laboralmente con un contrato a término indefinido (83,8%); sin embargo, un 16,2% del personal de enfermería no lo tiene. Lo anterior se relaciona quizás con el porcentaje del personal de enfermería que trabaja en más de un turno laboral (2,7%).

Todos los participantes cuentan con experiencia asistencial considerando el escenario clínico-hospitalario donde se llevó a cabo la intervención en el presente estudio. Aunque también se encontró experiencia en el área administrativa en un 14,9% del total de los participantes. Esta característica resulta relevante si se tiene en cuenta que la posición que ocupan puede convocar a otros miembros del equipo de enfermería a mostrar la importancia que tiene la espiritualidad para las personas que viven una enfermedad crónica y lo que enfermería podría hacer durante el cuidado que realiza, para fortalecer esta dimensión y mejorar su calidad de vida.

Respecto a la atención específica en la población de personas con enfermedad crónica, se encontró que casi todo el personal de enfermería de la muestra total ha atendido a pacientes con enfermedades cardiovasculares, renales, oncológicas, neurológicas y osteo-articulares en un 61,1%; u otras como las respiratorias o metabólicas en un 39,9%, aspecto que es fácilmente explicable si se tiene en cuenta que en general estas enfermedades ocupan los principales lugares en los indicadores de cronicidad en Colombia (Organización Mundial de la Salud, 2014; Ministerio de Salud, 2012).

Es relevante señalar que aunque todos los integrantes del personal de enfermería contaban con experiencia asistencial y que tenían a su cuidado personas con las patologías crónicas más prevalentes en el país, tan solo un poco más de la mitad (54,5%) manifiesta haber recibido algún tipo de formación específica en la atención de pacientes con enfermedad crónica (58% en el experimental y 51,4% en el control).

En la muestra se incluyó una proporción superior de enfermeras profesionales en comparación de auxiliares de enfermería (33,3%). Se encontró que un 25,8% de enfermeras tiene un grado de especialización y un 4,1% de maestría, de las cuales posiblemente el 1,8% ha participado en el desarrollo de proyectos institucionales. Es interesante que no se encontraran diferencias significativas entre el nivel educativo y las percepciones de la espiritualidad y el cuidado espiritual, lo que indica que no hay

diferencias en la manera en que auxiliares y enfermeras perciben este fenómeno en la práctica. Esto lleva a pensar que la realidad que comparten en la práctica y aspectos personales podría influir con más fuerza.

En referencia a la inclinación religiosa, se evidencia que en la muestra predomina la religión católica y cristiana no católica (en el 84,7% y 10,4% respectivamente), como ocurre también en la población colombiana en general cuya distribución muestra un 80% con inclinación católica, un 14% cristiana no católica, un 2% agnóstica y un 4% de otras como judía o islámica según el informe que sobre este país generó el Departamento de Estado de los Estados Unidos (2013).

Respecto a la formación en el tema de cuidado espiritual, tan solo el 22,5% de la muestra total manifestó haber recibido algún tipo de formación en el tema de cuidado espiritual. Un porcentaje más bajo comparado con el encontrado durante el proceso de validez y confiablidad de la escala de McSherry y Ross (2002), que fue de 39,4%. Esto pudo deberse a que en la muestra que participó en el proceso de validez y confiabilidad de la escala había miembros del personal de enfermería vinculados a la academia, educación o investigación en enfermería; mientras que en la muestra total que comprendió los dos grupos del estudio, el personal de enfermería participante era principalmente de la práctica asistencial. Lo anterior podría indicar que las enfermeras que trabajan en la educación y/o la investigación en enfermería han recibido mayor formación o tienen más conocimiento que el personal de enfermería que en este momento se encuentra laborando en la práctica, esto independientemente de su nivel educativo, ya que como se señaló anteriormente, en este estudio no se encontró asociación entre el nivel educativo y una mejor percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual.

5.2.2 Comparación en la puntuación de la percepción inicial y final de la espiritualidad y el cuidado espiritual en el grupo experimental

Al comparar las medianas obtenidas en el grupo experimental al inicio y al final de la intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: Integralidad del ser humano en el cuidado”, se observa un aumento general de las puntuaciones finales con respecto a la inicial; y no solo en su mediana sino en los cuartiles 25 y 75 (ver Figura 4-1). Esta

diferencia en las puntuaciones es significativa como se observó anteriormente en la Tabla 4-16.

Por otro lado, cuando se observa el comportamiento de cada una de las sub escalas en el grupo experimental puede establecerse lo siguiente:
En la sub escala de *percepción de la espiritualidad*, se evidencia que hubo un cambio entre las puntuaciones del 25% y 75% de los participantes, en el cual se observaron puntajes superiores del inicio al final, posterior a la intervención (ver Figura 4-2). Este pequeño cambio reportado en las puntuaciones resulta ser significativo ($p \leq 0,05$) de acuerdo con lo que se muestra en la Tabla 4-16.

La sub escala de *percepción del cuidado espiritual* muestra también un cambio en las puntuaciones de la mediana, los percentiles 25 y 75 y las puntuaciones mínimas y máximas de la escala, posterior a la intervención educativa (ver Figura 4-2). Esta diferencia resulta ser significativa y por lo tanto se rechaza la hipótesis nula desde la cual las diferencias entre las medianas de la percepción del cuidado espiritual inicial y el cuidado espiritual final es el mismo (ver Tabla 4-16).

En la sub escala de *percepción de la religiosidad,* se observa que las puntuaciones de la mediana, los percentiles 25 y 75 y las puntuaciones mínimas y máximas cambiaron hacia una tendencia superior (ver Figura 4-2); sin embargo, no se encontró que el cambio observado resultara significativo ($p= 0.061 \geq 0,05$).

Finalmente la sub escala de *percepción del cuidado personalizado* muestra también una diferencia en las puntuaciones de la mediana, los cuartiles 25 y 75 y en las puntuaciones mínimas y máximas de la escala, desde el inicio al final de la intervención educativa (ver Figura 4-2). Por lo cual se acepta la hipótesis alterna desde la cual esta diferencia resulta ser significativa (ver Tabla 4-16).

De acuerdo con lo anterior, puede observarse que las diferencias encontradas en las puntuaciones iniciales (previas a la intervención educativa) y finales (posteriores a ella) fueron significativas en el total de la escala del grupo experimental y en las sub escalas de percepción de la espiritualidad, del cuidado espiritual y del cuidado personalizado ($p \leq 0,05$). Esto indica que en el grupo experimental, la intervención educativa “Cuidado

espiritual de enfermería: Integralidad del ser humano en el cuidado" generó un cambio positivo en el nivel de percepción de los participantes en la escala total y en tres de las cuatro sub escalas.

Por otro lado la sub escala de percepción de la religiosidad no mostró una asociación significativa entre la intervención educativa y la percepción de religiosidad del personal de enfermería que conformó el grupo experimental ($p= 0.061 \geq 0,05$). Esto indica que el cambio observado en las puntuaciones desde lo descriptivo pudo deberse a variables intervinientes o a una casualidad. Esta sub escala abarca los ítems d, m, p que están planteados de manera inversa o negativa y aborda aspectos como ir a la iglesia o un lugar de culto religioso, la inclusión del arte, la creatividad y la expresión de sí mismo como parte de la espiritualidad y la inclusión de ateos o agnósticos en la dimensión espiritual.

Respecto a esta dimensión es relevante considerar que una enfermera parte de la idea de que cada paciente tiene una fe, unas creencias y unas prácticas que son personales; un código moral y una participación en rituales que son individuales. Por lo tanto, es posible que, como lo refiere Middleton-Green (citados por Pike, 2011), otras variables como la cultura, el espacio que ocupa la religión en la vida de una persona (McSherry & Jamieson, 2013), las necesidades espirituales (Van Dover & Bacon, 2001), la religiosidad personal (Lundmark, 2006), algunas competencias de las enfermeras como la comunicación efectiva (van Leeuwen, 2004; 2006; Baldacchino, 2006) o la conciencia espiritual personal, entre otras, puedan influir en la percepción del personal de enfermería sobre la religiosidad. Estas correlaciones deben ser comprobadas en futuras investigaciones ya que solo el estudio de Lundmark (2006) ha verificado esta relación en el entorno Sueco.

En relación con este último aspecto de la conciencia espiritual personal, es relevante considerar la manera en que el personal de enfermería de algunas culturas como las orientales o africanas tienen una concepción de espiritualidad que es intercambiable muchas veces con la de religión, como lo manifiesta Dhamani, Paul y Kaye (2011); Wong, Lee y Lee (2008) y Wu y Lin (2011); situación que en Colombia se mantiene quizás en algunas personas, pero que comienza a cambiar hacia una concepción de dos conceptos diferentes y relacionados entre sí, tal como lo expresó el personal de

enfermería después de terminar la intervención educativa de cuidado espiritual en el presente estudio.

Igualmente, es posible que el cambio desde lo descriptivo en esta sub escala haya sido producto de sensibilización por la segunda aplicación del instrumento. Considerando que las preguntas de esta sub escala están planteadas de manera inversa, es posible que en la primera lectura y medición, la comprensión o claridad de la afirmación resultara dificultosa para los participantes, pero que en la segunda lectura y medición esta hubiera podido mejorar.

5.2.3 Comparación en la puntuación de la percepción inicial y final de la espiritualidad y el cuidado espiritual en el grupo control

Con relación a las diferencias entre la puntuación total de la percepción inicial y final de la espiritualidad y el cuidado espiritual en el grupo control puede decirse que no se encontraron diferencias significativas entre ambas mediciones, lo cual se ratifica en la Tabla 4-15.

Respecto a lo reportado en las diferentes sub escalas puede observarse que en la de percepción de la espiritualidad se presenta un leve cambio en las puntuaciones de la media y el cuartil 75% que resulta no ser significativo ($p=0,222 \leq 0,05$). En las percepciones del cuidado espiritual, de la religiosidad y el cuidado personalizado, el ligero cambio en el puntaje mínimo no resulta ser significativo en ninguna de ellas (ver Tabla 4-15).

Lo anterior evidencia por lo tanto, que la intervención control en la temática de cuidado seguro no generó cambios en la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual total ni por sub escalas, siendo por lo tanto una fuente de comparabilidad fiable en el presente estudio.

5.2.4 Comparación inicial y final de los grupos experimental y control

Comparando los grupos experimental y control puede establecerse que ambos partieron en las mismas condiciones antes de recibir la intervención educativa asignada (cuidado

espiritual y cuidado seguro respectivamente), tal como se observa en las primeras 4 columnas de la Tabla 4-15. Por lo tanto, era necesario conocer si al terminar la intervención, se mostrarían diferencias entre ambos grupos. En efecto, si se generó diferencias entre el grupo experimental y control en la distribución de las puntuaciones de la escala total (p=0,002 ≤0.05) y en las sub escalas de percepción de la espiritualidad (p=0,016≤0,05), la religiosidad (p=0,024≤0,05) y el cuidado personalizado (p=0,001≤0,01). Sin embargo, en las sub escala de cuidado espiritual no se encontró evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula, lo que implica que no se generaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (p=0.073≥0,05). Esto indica que la sub escala de percepción del cuidado espiritual no mostró ningún tipo de cambio posterior a la intervención educativa efectuada.

El cambio positivo en la escala total, así como en las sub escalas de percepción de la espiritualidad, religiosidad y cuidado personalizado, se debe a que la intervención educativa logró movilizar los sentimientos, las ideas, las perspectivas del personal de enfermería en torno a la temática hacia una nueva concepción. Los contenidos y el diseño de la intervención generaron quizás un ordenamiento conceptual en los participantes sobre lo que es la espiritualidad, vista desde una perspectiva existencial y/o religiosa, reflejada en situaciones reales que viven las personas y las familias que afrontan una enfermedad crónica en sus vidas.

La intervención educativa abordó esos dos componentes de la espiritualidad, la religiosa y la existencial, que plantean McSherry, Draper y Kendrick (2002) y McSherry y Cash (2004) y permite que los participantes puedan identificarse con una o ambas formas de espiritualidad y ubicar a sus pacientes en alguna de ellas. Esto les brinda una mayor comprensión sobre la manera en que pueden reconocer la espiritualidad de las personas a su cuidado.

Así mismo, la intervención aporta un lenguaje común con el cual el personal de enfermería puede comunicarse sobre el tema, así como identificar aquellas imágenes o ideas que se tenían en la mente, pero que posiblemente no se habían concretado en un solo concepto.

La intervención educativa también refuerza la importancia del cuidado personalizado y con mayor énfasis cuando se brinda cuidado espiritual (Buck, 2006). El perdón, las amistades, relaciones personales y la moral de una persona, son aspectos que se evidencian y se recalcan en la intervención.

Los participantes a partir de la intervención educativa también son capaces de entender la realidad que afronta una persona con enfermedad crónica en el país y comprender cómo y de qué manera la espiritualidad está presente en sus vidas. Así, el personal de enfermería puede reconocer en la espiritualidad, una estrategia con la cual las familias y las personas que viven una situación de cronicidad, pueden adaptarse a su condición y proyectar lo que desean para el futuro respecto a su proceso de salud (Simsen 1985 citado en McSherry et al., 2002; Golberg, 1998; Tanyi, 2002; Buck, 2006; Vachon, 2008).

También es importante considerar que los conceptos en estas tres sub escalas están más relacionados con concepciones o formas de pensar y abordan aspectos de la conciencia, de la esencia y el "ser" de las personas frente a la espiritualidad, la religiosidad y el cuidado personalizado, lo cual también se vio reflejado en la intervención.

Beckman et al., (2007) manifiesta que "aumentar la conciencia de una enfermera sobre su propia espiritualidad, puede ser el camino que oriente la evaluación de la espiritualidad del paciente" (pág. 135-139); y agrega (…) "si uno cree que la espiritualidad impregna todos los aspectos del paciente y facilita una mejor comprensión de la conexión entre el cuerpo, la mente y el espíritu, entonces parece imposible no estar en contacto con la espiritualidad del paciente". Estas afirmaciones plantean la reflexión en torno a la conciencia que adquirió el personal de enfermería sobre la espiritualidad de las personas con enfermedad crónica, tal como previamente fue mencionado.

Es muy posible que con esta intervención educativa se haya generado inquietud en el conocimiento de la dimensión espiritual por parte del personal de enfermería y sobre la manera en que ellos pueden contribuir a fortalecerla por medio del cuidado espiritual que proporcionen.

La escala por su parte fue sensible al detectar los cambios encontrados en las percepciones de los participantes, lo cual es un indicador importante respecto a la validez

discriminante de la escala de Evaluación de la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual de McSherry, Draper y Kendrick (2002).

Por otro lado, las sub escala de cuidado espiritual no mostró ningún cambio que resultara significativo posterior a la intervención educativa efectuada. Estos resultados pueden deberse a varias posibles razones, la primera es que el cuidado espiritual, de acuerdo con lo planteado por McSherry, Draper y Kendrick (2002) y al enfoque del video de la intervención educativa que fue la abordada en este caso, es definido y delimitado por actitudes y aptitudes puntuales que realiza la enfermera en la práctica. El personal de enfermería participante pudo haber aprendido a identificar varias cosas que quizás hacían en la práctica con las personas en situación de enfermedad crónica y que hacen parte de lo que se denomina “cuidado espiritual”. Posiblemente esto motivó parte de la diferencia significativa en la medición inicial respecto a la final al interior del grupo experimental. Sin embargo, a pesar de este aprendizaje y del reconocimiento de nuevas actitudes y aptitudes relacionadas con el cuidado espiritual que son producto de participar en la intervención “Cuidado espiritual de enfermería: Integralidad del ser humano en el cuidado”, el personal de enfermería podría, por diferentes motivos, tener dificultades para poner en práctica muchas de ellas.

En este sentido, McEwen (2005) describió algunas variables que son consideradas como barreras en la percepción y el actuar en el cuidado espiritual como lo son: las institucionales o ambientales (relacionadas con restricciones o espacios físicos), las barreras individuales (relacionadas con aspectos personales de la enfermera), las barreras situacionales (propias del encuentro entre la enfermera y la persona) y de conocimiento (formación sobre el cuidado espiritual).

Dentro de los factores institucionales o ambientales, los autores manifiestan que es necesario:

- Un contexto organizacional propicio para brindar cuidado espiritual adecuado (van Leeuwen & Cusveller, 2004).
- El enfoque empresarial y de comercialización, el dominio de los aspectos médico-técnicos que generan tensiones entre la curación y el cuidado ponen en riesgo la humanización en la atención en salud (van Leeuwen et al., 2006).

- Las políticas institucionales deben integrar a la espiritualidad como parte del plan de aseguramiento de calidad enfatizando el papel que podría tener enfermería en esta área, así como el de otras disciplinas del área de la salud. (Delgado, 2007).
- Tiempo suficiente, ya que la presión de los deberes y las restricciones de los empleadores dificulta la posibilidad de ofrecer cuidado espiritual (Delgado, 2007).

Por lo tanto, aspectos como el ambiente laboral, las condiciones institucionales, la saturación de tareas administrativas en el turno de trabajo, con su consecuente falta de tiempo y la necesidad de una posición y una política clara por parte de las instituciones de salud frente al tema dificultan la práctica del cuidado espiritual de manera abierta por parte de las enfermeras y auxiliares de enfermería y por lo tanto su percepción personal sobre el cuidado espiritual, tal como se encontró en el presente estudio, a pesar de haber recibido la intervención educativa en la temática.

Una segunda causa podría estar relacionada con factores individuales. En este caso:

- La comodidad para proporcionar cuidado espiritual y para evaluar la dimensión espiritual de la persona a su cuidado (Beckman et al., 2007). Así como para incluir términos o prácticas espirituales, debido a su asociación con la religión que puede verse de manera muy personal. (Draper, 2012)
- El pensamiento de algunas enfermeras y auxiliares de enfermería que expresan que las necesidades espirituales son una responsabilidad privada o pastoral (van Leeuwen & Cusveller, 2004).
- La falta de afiliación religiosa por parte del personal de enfermería que puede generar ansiedad por desconocimiento o falta de comprensión de algunas prácticas religiosas (Draper, 2012).
- La carga emocional y personal que puede significar brindar cuidado espiritual en situaciones difíciles (van Leeuwen, Tiesinga, Post, & Jochemsen, 2006).

Respecto a las barreras individuales podría decirse que tal vez la sensación que produce brindar cuidado espiritual y abordar aspectos que son demasiado personales para el paciente puede generar incomodidad en la enfermera y, de una u otra forma, afectar su percepción personal sobre el cuidado espiritual. Esto pese a que en la intervención educativa se hace la claridad sobre la manera en que este aspecto podría manejarse. Por otro lado, la falta de afiliación o inclinación religiosa en los participantes de la muestra

total fue tan solo del 0,9%, por lo que en este caso esta variable no pudo haber influido de manera notable. Por último, respecto a la carga emocional no se puede negar que el cuidado espiritual puede implicar un choque emocional en algún momento y más en algunas situaciones del cuidado de una persona en condición de enfermedad crónica. En este caso es posible que algunas de las integrantes del personal de enfermería estuvieran pasando por un momento difícil con alguno de sus pacientes mientras participaban en la intervención y generar de esta manera una influencia afectiva importante en sus resultados respecto a la percepción del cuidado espiritual.

De otra manera, es importante considerar si los planteamientos de los ítems de la sub escala de cuidado espiritual hubieran podido generar alguna inquietud entre los participantes, respecto al “debe ser” y lo que “se espera de la enfermera” en el cuidado espiritual de las personas en situación de enfermedad crónica. La enfermera puede tener quizás la actitud para proporcionar cuidado espiritual, pero no sentirse con las aptitudes o las competencias para llevarlo a cabo aún en la práctica, afectando indudablemente su percepción para brindar cuidado espiritual. Por otro lado, puede darse el caso que la enfermera tenga las aptitudes y competencias para proporcionarlo después de haber recibido la intervención educativa y aun así no mostrar la actitud o el interés en ofrecerlo.

Una tercera posibilidad por la cual no se presentó diferencia entre el grupo experimental y control en la sub escala de cuidado espiritual podría relacionarse con las barreras situacionales; siendo una de los factores más importantes la “comunicación efectiva”, indispensable para proporcionar cuidado espiritual (Hebert citado por Taylor (2007). Implica “facilitar que el paciente se conecte con otros a través de acciones tales como la escucha activa, la presencia, el consuelo con palabras y contacto físico, recordar el pasado, apoyar y demostrar respeto” (pág. 44-46), entre otras. (Delgado, 2007). Algunas de las integrantes del personal de enfermería quizás pueden presentar dificultades para comunicarse de manera efectiva con sus pacientes y por lo tanto brindar cuidado espiritual, puede generar un inconveniente mayor para ellas.

Por último se encuentra la barrera de conocimiento sobre el cuidado espiritual que en este caso particular podría indicar que la manera en que se abordó esta dimensión deba

ser reforzado en la intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: Integralidad del ser humano en el cuidado”.

En síntesis y de acuerdo con todo lo anterior, pueden establecerse las posibles variables influyentes en los resultados que midieron el nivel de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica, antes de participar en la intervención educativa y las que participaron o no en la intervención educativa. En general puede establearse que los contenidos, así como el diseño de la intervención educativa, fueron los causantes de la modificación efectiva de las percepciones del personal de enfermería en la escala total y en las sub escalas de percepción de la espiritualidad, la religiosidad y el cuidado personalizado. Se movilizaron ideas y sentimientos, se estableció un lenguaje común y unos conceptos más definidos sobre la temática y se creó una mayor consciencia sobre el papel de la espiritualidad en quienes viven una condición de cronicidad. Respecto a la sub escala cuidado espiritual, se mencionan algunos posibles factores que pudieron influir en el resultado; sin embargo, aunque las comparaciones estadísticas entre el grupo experimental y control en esta escala no muestran diferencias significativas, es importante establecer que en el grupo experimental si se generó un cambio y que una proporción en estos resultados pudo deberse a la intervención educativa junto con otros factores que también pudieron influir. Al final esta comprobación debe efectuarse en estudios futuros mediante diseños correlaciónales y pruebas de análisis multivariados.

5.2.5 Comparación entre la percepción de la espiritualidad el cuidado espiritual del personal de enfermería y los resultados de otras intervenciones descritas en la literatura

La comparación de los resultados de la intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: Integralidad del ser humano en el cuidado” se efectuó con base a 9 estudios del (Anexo L). De estos nueve artículos, seis muestran la efectividad de las intervenciones aplicadas, tres de ellos utilizaron un único grupo con medición pre prueba y pos prueba y los otros tres incluyeron dos grupos (experimental y control) con pre y pos prueba.

En los artículos con un solo grupo de medición, es difícil determinar cómo inició cada grupo previo a la intervención realizada (es decir, si presentan las mismas características a las del resto de la población o a otros grupos similares). Igualmente, es importante

considerar que los tres estudios realizaron la pre y pos prueba con el mismo instrumento y por lo tanto, es difícil conocer si las diferencias encontradas en la puntuación de la pos prueba son producto de la intervención o se deben a variables diferentes que pudieron influir durante el proceso. El grupo control de esta manera permite tener un parámetro contra el cual comparar los resultados y de esta manera tener un mayor control en estos posibles sesgos.

De acuerdo con lo anterior, a continuación se presentan los resultados más relevantes de los estudios, iniciando con los de un solo grupo de medición con pre y pos prueba.

O'Shea et al., (2011) determinaron en su intervención la perspectiva de las enfermeras (n=41) del cuidado espiritual (pos-test t= 6,19; p=0,00) y establecieron la relación entre la percepción de la espiritualidad de las enfermeras y la perspectiva sobre el cuidado espiritual. Se reportó que entre más espiritual se considerara la enfermera, más positiva será su percepción sobre el cuidado espiritual (r= -.48, p=0.01). Comparando este hallazgo con los resultados del presente estudio, puede decirse que la perspectiva o la percepción del cuidado espiritual, también mostró una diferencia significativa en el grupo experimental posterior a la intervención educativa; no obstante, cuando se comparó este grupo con el control no se hallaron diferencias que resultaran significativas. Por lo cual, en el caso del estudio de O'Shea et al., (2011), se desconoce si este cambio en los resultados iniciales respecto a los finales pueda deberse a la influencia de otras variables influyentes. Respecto al hallazgo que establece la relación entre la percepción de la espiritualidad de las enfermeras y la perspectiva hacia la provisión de cuidado espiritual, se corrobora lo mencionado por otros autores como van Leeuwen et al., (2006) y Burkhart y Hogan (2008).

Shih et al., (2001) desarrollaron y determinaron la efectividad de un programa de capacitación sobre cuidado espiritual para la maestría en ciencias de enfermería (n=221), Los estudiantes mejoraron su actitud hacia el cuidado espiritual, la capacidad para proporcionar una respuesta empática, sus conocimientos sobre cómo comunicarse sobre espiritualidad y la espiritualidad personal (p<0,0001). No se encuentran diferencias entre las instituciones religiosas y no religiosas de las cuales provienen los estudiantes y el análisis de regresión no mostro predicciones entre las variables demográficas o el trabajo. Al comparar estos resultados con los de la presente investigación, puede decirse

que los atributos relacionados con la actitud hacia el cuidado espiritual y la empatía, son similares a los establecidos en el presente estudio frente a la percepción de cuidado espiritual y que también mostraron una diferencia significativa en sus mediciones iniciales respecto a las finales en el grupo experimental y ninguna con respecto al grupo control.
Esto por las mismas razones expresadas anteriormente en el estudio de O'Shea et al., (2011). Por otro lado respecto a los conocimientos sobre comunicación en el tema de espiritualidad y sobre la espiritualidad personal, puede decirse que estos dos aspectos son contemplados en la intervención y medidos en las sub escalas de percepción de la espiritualidad y cuidado personalizado que mostraron diferencias significativas, tanto al interior del grupo como en comparación con el grupo control.

Finalmente, el estudio de Shih et al., (2001) no encontró predicciones entre las variables demográficas y el trabajo. De manera similar en el presente estudio, tampoco se encontraron asociaciones significativas entre la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual con las variables de caracterización, salvo en tres relaciones que se presentaran mas adelante en el apartado anexos (ver Anexos M y N).

Taylor et al., (2009) determinaron la eficacia de un programa (n=132) que resultó mejorar la actitud hacia el cuidado espiritual, la capacidad de crear respuestas verbales empáticas ante el dolor espiritual y la experiencia espiritual personal y los conocimientos de las enfermeras ($p<0=0001$). La comparación de estos resultados con la investigación aquí desarrollada es similar a la efectuada en el estudio de Shih et al.,(2001).

Resumiendo lo expresado, es difícil establecer si los resultados que muestran la efectividad de la intervención en estos tres estudios se deben a la intervención propiamente dicha o a variables intervinientes diferentes. Es interesante que los tres estudios utilizaron el mismo modelo ASSET de Narayanasami (1998) y en los tres se hallaron resultados similares. De los tres estudios, dos fueron efectuados en Estados Unidos y el de Shih et al., (2001) en Taiwán.

Siguiendo con las comparaciones entre los resultados, se presentan a continuación los estudios con dos grupos (experimental y control), con medición pre y pos prueba.
Vlasblom et al., (2011) diseñaron un entrenamiento para enfermeras en el cuidado espiritual. En el grupo experimental participaron enfermeras de 4 servicios (n=44 iniciaron

y 31 terminaron) y en el control participó un servicio (de este no se incluyó información en el estudio). Así mismo, participaron los pacientes correspondientes a los mismos servicios donde participaron las enfermeras (n=51 inicial y n=81 final en el grupo experimental y n=24 inicial y n=31 final en el grupo control). Las diferencias significativas se presentaron en: la percepción de la espiritualidad de las enfermeras (p=0,05), en la identificación de las necesidades espirituales y en el registro de la información (p=0,01). Así mismo, los pacientes evaluaron el cuidado espiritual y la atención de las necesidades espirituales como adecuadas (p=0,006). Comparando los resultados se este estudio con los de la investigación que se está desarrollando aquí, se encuentra que la percepción de la espiritualidad de las enfermeras resultó significativo en ambos estudios. El estudio de Vlasblom et al., (2011) aporta resultados interesantes sobre el registro de la información y la identificación de las necesidades espirituales, así como las percepciones de los pacientes. Respecto a las necesidades espirituales, estas también se incluyen en la intervención educativa del presente estudio enfocada en abordaje de la espiritualidad de las personas son enfermedad crónica y su evaluación se refleja en las cuatro sub escalas de la percepción de la espiritualidad el cuidado espiritual.

Burkhart y Schmidt (2012) efectuaron un estudio donde se desarrolló y probó una pedagogía de cuidado espiritual que integró la experiencia pastoral y de enfermería y en la que participaron estudiantes de enfermería. El propósito de esta pedagogía fue enseñar a reconocer señales en el paciente, proveer intervenciones espirituales y reflexionar sobre la experiencia posterior al encuentro. Los resultados revelaron un aumento estadísticamente significativo ($p<0.05$) y ($p<0.01$) en la percepción de los alumnos respecto a su capacidad de cuidado espiritual, sobre todo en situaciones clínicas familiares complejas. Los resultados también indican un aumento significativo en el uso de prácticas de reflexión por parte de los estudiantes y apoyo en momentos de estrés. De esta manera, al comparar los resultados aquí reportados podría decirse que la percepción de los estudiantes frente al cuidado espiritual muestra un cambio importante respecto al control, situación que en el caso del presente estudio no se generó (específicamente en la sub escala de percepción del cuidado espiritual, comparando la del grupo experimental respecto a la del grupo control). El estudio aporta además resultados importantes respecto a prácticas reflexivas y apoyo en momentos de estrés.

Es interesante conocer cómo se comportan estos resultados en poblaciones de enfermeras y contextos diferentes.

Van Leeuwen et al., (2008) desarrollaron un estudio que tuvo como objetivo determinar el efecto de un curso para estudiantes de enfermería en el desarrollo de competencias en cuidado espiritual y los factores influyentes (n=97 estudiantes). Los resultados del estudio mostraron cambios estadísticamente significativos en las puntuaciones de tres de las sub-escalas del instrumento: profesionalización y mejoramiento del cuidado espiritual, la remisión a los profesionales y la actitud hacia la espiritualidad del paciente (T1) y para toda la cohorte de estudiantes en todas las sub-escalas después de 6 semanas (T2). (<0.00). En el estudio de van Leeuwen et al., (2008), el enfoque se basa en el abordaje de las competencias para brindar cuidado espiritual y no tanto en el de las percepciones de las enfermeras, como es el caso del presente trabajo. No obstante, aspectos como la actitud hacia la espiritualidad del paciente de van Leeuwen et al., (2008) se abordan en la intervención educativa aquí propuesta. Un aporte relevante del estudio de van Leeuwen et al., (2008) son las dos mediciones pos prueba, lo que determina los efectos de la intervención a largo plazo y que no se ha generado en otras investigaciones.

Brevemente, puede decirse que cada uno de estos tres estudios aporta hallazgos que son de interés para determinar la efectividad de las intervenciones. Pese a que los tiempos en que se llevan a cabo son algo prolongados y el tamaño de las muestras no son muy grandes, cada estudio aporta algo novedoso. El estudio de Vlasblom et al., (2011) se ha probado en la práctica clínica con enfermeras e incluyó también a pacientes; el de van Leeuwen et al., (2008) aporta una evaluación longitudinal con una segunda medición pos prueba a las 6 semanas y el de Burkhart y Schmidt (2012) es un estudio aleatorio. Es relevante mencionar también que cada uno abordó su intervención de acuerdo con un modelo teórico propio. En relación a lo anterior, el presente estudio es el primero en Latinoamérica que se enfoca en el abordaje de la dimensión espiritual de las personas con enfermedad crónica y se dirige a enfermeras y auxiliares de enfermería de la práctica clínica que no cuentan con mucho tiempo para recibir la capacitación. Sin embargo, es importante anotar finalmente que todas estas propuestas deben ser aplicadas en entornos y contextos diferentes a las de su origen con el fin de determinar su efectividad.

5.2.6 Comparación entre la percepción de la espiritualidad el cuidado espiritual del personal de enfermería y las variables influyentes o confusas

Para determinar las diferencias estadísticas entre la variable dependiente (percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual) y otras variables consideradas influyentes o intervinientes en la literatura, se efectuó el análisis de Kruskal-Wallis. Los resultados señalan que no existen diferencias significativas entre la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual con las variables intervinientes a excepción de la variable percepción de la religiosidad inicial, que sí mostró una diferencia significativa previa al inicio de la intervención con la inclinación religiosa ($p=0,015<0,05$); la formación en el cuidado de pacientes con enfermedad crónica en las variables percepción del cuidado espiritual final ($p=0,044<0,05$) y percepción del cuidado personalizado final ($p=0,031<0,05$) (ver Anexo M).

Lo anterior implica que la percepción de la religiosidad inicial es diferente entre las inclinaciones religiosas encontradas en el presente estudio (cristiana católica, cristiana no católica, agnósticos o ateos, ninguna).

La percepción de la religiosidad es un concepto asociado no solo a la religión y los sistemas de fe y adoración, sino a algo que es universal y único para todas las personas de a cuerdo a lo que plantea McSherry et al., (2002). Está compuesto por prácticas como ir a la iglesia o lugar de culto religioso, áreas como el arte, la creatividad y la expresión de si mismo y la inclusión de ateos y agnósticos al aplicarse para todas las personas. En un comienzo para medición inicial previa a la intervención, cada participante respondió estos aspectos de acuerdo con lo que creía y pensaba en concordancia a su sistema de fe o adoración personal. Por lo cual era posible que esta diferencia se presentará.

Por otro lado, la percepción del cuidado espiritual final y la percepción del cuidado personalizado final, se modifica con la formación en el cuidado de pacientes con enfermedad crónica.

En este sentido puede decirse que la percepción del cuidado espiritual se refiere a acciones y aptitudes de la enfermera como escuchar, pasar tiempo con el otro, promover la privacidad y dignidad, mantener las prácticas religiosas y brindar cuidado mostrando cualidades como la bondad y preocupación. Así mismo, el cuidado personalizado asocia

la dimensión espiritual con la necesidad de un cuidado personalizado en las propias creencias, valores, moral y relaciones McSherry et al., (2002). Cuando una enfermera es formada en el cuidado de las personas que padecen enfermedades crónicas, se promueve en ella una competencia para desarrollar sensibilidad ante el significado de la enfermedad y la vivencia de la persona que afronta esta condición. Dentro de este proceso, se reconoce la importancia de la dimensión espiritual como componente integrador y trascendente de la persona, que lo conecta consigo mismo, con otros, o con Dios o Ser Superior y que influye en su experiencia de salud y su calidad de vida.

De esta manera, al establecer una relación de cuidado de calidad con quien vive esta enfermedad, se promueve un crecimiento mutuo que le permite hallar paz, fortaleza, confianza, entre otras (Morse et al., 1990); aún en momentos críticos de la enfermedad. Por lo tanto brindar cuidado espiritual a estas personas, promueve el personal de enfermería habilidades para propiciar estas actitudes y aptitudes descritas por McSherry et al., (2002) .

El que se haya generado una diferencia significativa entre estas variables, indica que la formación de la enfermera en el cuidado de personas con enfermedad crónica, influyó en las puntuaciones finales de estas dos percepciones, junto con la intervención educativa en cuidado espiritual. Es relevante destacar que solo un 21,4% de las enfermeras del grupo experimental expreso haber recibido esta formación, de las cuales el 69,6% eran enfermeras profesionales.

5.2.7 Relación entre la percepción de la espiritualidad el cuidado espiritual del personal de enfermería las variables influyentes o confusas

El coeficiente de correlación de Spearman empleado para determinar la relación entre la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería, con las variables influyentes o confusas (la edad, la experiencia laboral, la experiencia en el cuidado de personas con enfermedad crónica, el nivel educativo, la inclinación religiosa, la formación en cuidado espiritual, el turno y la formación en el cuidado de personas con enfermedad crónica), determino que no existen asociaciones significativas entre estas variables y las percepciones.

Estos resultados, difieren de lo reportado en otros estudios en los cuales se evidencian correlaciones entre variables como la *percepción de la espiritualidad*, con los niveles educativos (específicamente el grado de maestría), la experiencia clínica, la especialidad (cuidados paliativos), la educación sobre el cuidado espiritual durante la formación de enfermería y la educación continua (Wu & Lin, 2011); (Chung, Wong, & Chan, 2007), las dimensiones de la espiritualidad y las nociones del cuidado espiritual y provisión del mismo (Wong, Lee, & Lee, 2008).

Así mismo, correlaciones entre la percepción de las actitudes de la enfermera para brindar cuidado espiritual con la educación, religiosidad intrínseca y extrínseca, bienestar espiritual (Musgrave & McFarlane, 2004). La religiosidad no organizada y el grado de comodidad mientras se proporciona cuidado espiritual, la creencia en Dios, la creencia en la vida después de la muerte, la religiosidad organizada y la educación percibida en el cuidado espiritual (Taylor, Amenta, & Highfield, 1995).

También las prácticas de cuidado espiritual (como la oración), con la edad y el número de años de experiencia en enfermería. La frecuencia de remisión al clero con el número de años de experiencia en la práctica de oncología; así como con el uso de intervenciones tradicionales como la asistencia de las enfermeras a servicios religiosos con la oración abierta o privada, el ofrecimiento de oración o la compra de material religioso para sus pacientes (pág. 66).

La razón por la que no se hallara una correlación importante en la percepción de la espiritual y el cuidado espiritual en la escala total y en cada una de sus sub escalas, puede ser atribuida a aspectos culturales que diferencia el contexto latinoamericano y propiamente el colombiano, con el taiwanés, israelí, norte americano y chino (Hong Kong). Autores como van Leeuwen et al., (2006); Narayanasamy (2006); WHOQOL SRPB Group (2005); Charalambous et al., (2009) confirman la influencia cultural en la espiritualidad.

5.2.8 Aporte de la investigación para la educación en cuidado espiritual al personal de enfermería que cuidan a una persona con enfermedad crónica

La literatura ha descrito cómo la vivencia de una enfermedad crónica puede llevar a la persona a enfrentar situaciones estresantes durante los procesos de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o cercanía con la muerte, que generan falta de armonía entre su mente, cuerpo y espíritu. Es en estos momentos donde la persona es capaz de desarrollar una mayor consciencia de su propia espiritualidad y por lo tanto, sentir la inclinación de satisfacer sus necesidades espirituales. La enfermera entonces, quien se encuentra cercana a la persona durante toda esta experiencia, puede proporcionar cuidado espiritual de enfermería, promoviendo de esta manera su crecimiento y bienestar espiritual y permitiéndole sobrellevar las problemáticas que surgen día a día, apoyándolo en la búsqueda de significado para continuar con su vida, aún en estas circunstancias.

Por otro lado, la evidencia señala que la educación y formación en el cuidado espiritual en enfermería, es un factor determinante a la hora que ellas lo proporcionen a sus pacientes tal como lo señalaron Lundmark (2006), McEwen (2005), Taylor (1995), Wong, Lee y Lee, (2008); Wu y Lin (2011) y Musgrave y McFarlane (2004) y en este sentido, una de las conclusiones a la que llegan los autores es a la necesidad de generar intervenciones encaminadas a fortalecer el proceso formativo y educativo de enfermería en los currículos y en la práctica clínica-hospitalaria en el tema de cuidado espiritual. De acuerdo con la revisión efectuada, se conoce el aporte de 9 estudios que mostraron la efectividad de sus intervenciones y que han sido desarrollados en países como Estados Unidos, Países Bajos y Taiwán.

Considerando todo lo anterior, esta investigación aporta la “Escala de percepción de la espiritualidad y cuidado espiritual en su versión en español” con las pruebas de adaptación cultural, validez y fiabilidad, para ser utilizada en Colombia y en otros países de la región. Además, de la propuesta de la intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: Integralidad del ser humano en el cuidado”, para proporcionar educación al personal de enfermería de la práctica en el cuidado espiritual, con un enfoque de cuidado hacia las situaciones de cronicidad.

A continuación se muestra el Sistema Conceptual Teórico Empírico (C-T-E) de la presente investigación, basado en la propuesta de Fawcett (1999). En él se evidencia el proceso de indagación empírica contemplado para la conducción del estudio en la prueba de teoría y también la articulación de los principales conceptos y proposiciones por niveles de abstracción, la cual evidencia el desarrollo teórico generado en el cuidado espiritual de enfermería y que servirá de evidencia para la práctica y la investigación futura.

El aparte "conceptual" del CTE establece los conceptos y proposiciones principales que guiaron la investigación. Entre ellos se encuentran los aspectos relacionados con la perspectiva de espiritualidad y cuidado espiritual que se adoptó, el concepto de enfermedad crónica y de intervención educativa en cuidado espiritual, así como los sujetos objeto de estudio.

El aparte "teórico" del CTE, presenta la evidencia teórica y los principales supuestos propuestos por los autores en la literatura, de acuerdo al avance y al desarrollo del conocimiento en la temática de cuidado espiritual. Entre ellos se presentan aspectos relacionados con el rol de enfermería en el cuidado espiritual de las personas con enfermedad crónica, la educación en cuidado espiritual, los atributos del cuidado espiritual, las competencias de enfermería en esta área, los factores influyentes y las intervenciones educativas que se han seguido en esta área temática.

Finalmente el aparte "empírico" del CTE, presenta las proposiciones derivadas de la presente investigación y que son el aporte desde el contexto colombiano y latinoamericano al área temática del cuidado espiritual en enfermería. Entre las proposiciones derivadas, se plantea a efectividad de la intervención educativa en cuidado espiritual, en relación con cada una de las sub escalas teóricas de la escala establecida por McSherry y cols (2002).

Tabla 6-1 Sistema Conceptual-Teórico-Empírico (CTE)

CONCEPTUAL
▪ **Intervención educativa "Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado":** Estrategia formativa de una sesión, dirigida a fortalecer la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual de las enfermeras que trabajan con personas en condición de enfermedad crónica. Aborda las temáticas: realidad de la persona con enfermedad crónica, conceptualización de la espiritualidad y el cuidado espiritual y finalmente, las formas y momentos para proporcionar cuidado espiritual. Es impartida por una enfermera a través de una presentación en diapositivas, un video y un separador con información relacionada. Puede ser evaluada por medio de la "Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual", de

McSherry et al., (2002) y adaptada por la investigadora. (Naylor citado por Polit & Beck, 2012; Bravo citado por Monteagudo, Sánchez, & Hernández, 2007)

- **El cuidado espiritual de enfermería:** Es un encuentro intencionado y reciproco entre la enfermera y la persona con enfermedad crónica, en el cual se producen acciones y comportamientos, dirigidos a satisfacer las necesidades espirituales, promover el bienestar y el desarrollo de la perspectiva espiritual personal existencial y/o religiosa (McSherry, Draper, & Kendrick, 2002; Baldacchino & Draper, 2001).

- **Enfermeras que trabajan con personas con enfermedad crónica:** Enfermeras o auxiliares de enfermería, que han proporcionado cuidado de enfermería a personas en una condición de enfermedad crónica, durante un tiempo superior a 6 meses en instituciones clínicas-hospitalarias.

- La enfermera que se encuentra cercana y responsable de la atención de una persona con enfermedad crónica, puede promover sus estrategias espirituales.

- **La enfermedad crónica** se da en un curso donde se presentan periodos de remisión y recaída, que afectan la autonomía, la independencia y el desarrollo e incrementan la conciencia espiritual de la persona (Sánchez B., 2004).

- **La espiritualidad:** Es un recurso importante para las personas con enfermedad crónica que influye sobre la salud y el bienestar (McSherry, Draper, & Kendrick, 2002; McSherry, 2006).

- **La espiritualidad** está compuesto por aspectos tanto existenciales como religiosos (McSherry, Draper, & Kendrick, 2002; McSherry, 2006).

- **Los elementos existenciales** abordan aspectos relativos a la necesidad del individuo de encontrar y vivir su vida con significado y propósito (McSherry, Draper, & Kendrick, 2002; McSherry, 2006).

- **Los aspectos religiosos** sugieren que la espiritualidad no solo es un concepto asociado a una religión, sistema de fe o de culto; sino que subraya el carácter universal de la espiritualidad mediante el reconocimiento de áreas como la creatividad, el arte y la expresión de si mismo (McSherry, Draper, & Kendrick, 2002; McSherry, 2006).

- **El cuidado personalizado** sugiere aspectos de la espiritualidad que son únicos, diferentes y específicos para cada individuo (sea creyente, ateo o agnóstico). Está enmarcado en aspectos como la moral, creencias, valores y las relaciones personales (McSherry, Draper, & Kendrick, 2002).

- Todas las **dimensiones de la espiritualidad** y de la vida son únicas para cada individuo y expresan una inspiración secundaria a una fuerza religiosa o una filosófica abstracta

- El **cuidado espiritual** está constituido por acciones y comportamientos de cuidado que lleva a cabo la enfermera en la práctica y que pueden tener una tendencia religiosa y/o existencial (McSherry, Draper, & Kendrick, 2002).

- **El cuidado espiritual** facilita la salud espiritual, un equilibrio entre los aspectos biopsicosociales y espirituales de la persona y promueve un sentido de plenitud y bienestar (McSherry, Draper, & Kendrick, 2002; Sánchez B., 2004).

- Teóricos en enfermería han manifestado la importancia de la espiritualidad en sus teorías, como Peplau, Orlando, King, Levine, Roy, Leininger, Newman, Watson, Rogers y Parse que incluyeron el concepto de manera explícita o implícita (Martsolf & Mickley, 1998).

- Los valores experimentados, el conocimiento que se adquiere del otro y el cuidado compartido se refieren a los aspectos que se generan en el encuentro y la interacción entre la enfermera y la persona durante la vivencia del cuidado (Schoenhofer & Boykin, 1993, 2000).

TEÓRICO

- El profesional de enfermería tiene un papel importante, no solo supliendo las necesidades físicas del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, sino proporcionando cuidado espiritual a la

persona con enfermedad crónica (Sánchez, 2004).

- Durante la enfermedad crónica las personas pueden experimentar necesidades espirituales (Delgado, 2007).

- La espiriualidad es relevante en diferentes situaciones de salud o enfermedad y que cruza todas las edades incluyendo al niño y su familia (McSherry & Smith, 2007; Pinto 2007; O'Shea, Wallace, Griffin, & Fitzpatrick, 2011).

- Cuando el cuidado que proporciona el personal de enfermería aborda la dimensión espiritual de la persona, se reconoce como cuidado espiritual de enfermería (Baldacchino & Draper, 2001; Burkhart & Hogan, 2008; Dhamani, Paul, & Kaye, 2011; Greasley, Chiu, & Gartland, 2001; Sánchez B. , 2004; Taylor, Amenta, & Highfield, 1995).

- El objetivo del cuidado espiritual de enfermería es alcanzar el bienestar espiritual, el desarrollo de la perspectiva espiritual personal existencial y/o religiosa (McSherry, et al., 2002; Baldacchino & Draper, 2001; Narayanasamy citado en van Leeuwen et al, 2008); los valores experimentados, el conocimiento que se adquiere del otro y la nutrición o potenciación (Boykin y Schoenhofer, 2003, 2000).

- La educación en el área espiritual es uno de los factores influyentes en el personal de enfermería a la hora de proporcionar cuidado esperitual (Lundmark, 2006; McEwen, 2005, Taylor, 1995; Wong, Lee, & Lee, 2008; Wu & Lin, 2011 Musgrave & McFarlane, 2004).
- El cuidado espiritual ha sido definido desde algo que describe la intencionalidad, los aspectos con los cuales se relaciona y lo que se busca en la provisión del cuidado espiritual (Greasley y cols., 2002; Burkhart y Hogan, 2008; Dhamani y cols., 2011).También como una respuesta a las necesidades espirituales de la persona, algo que integra otras dimensiones del individuo, establece un equilibrio entre ellas y, además, promueve un sentido de plenitud y bienestar al permitir la superación de una situación determinada (Taylor 1995 citada por McEwen, 2005; Baldacchino & Drape, 2001; Narayanasamy, 2001 citada por van Leeuwen et al., 2008; Ramezani & Ahmadi, 2014). Así mismo, desde su manifestación en la relación entre la persona y el profesional de enfermería, en el reconocimiento de sí mismo y del otro; así como desde los aspectos que aborda en la situación particular del ser humano (Bradshaw citada por Tanyi, 2002; Sánchez 2004).

- Los atributos del cuidado espiritual en enfermería son: es intuitivo, interpersonal, altruista y de integración (Sawatzky & Pesut, 2005). Es transpersonal, interpersonal e intrapersonal (Kang, 2006). Presencia terapéutica, uso terapéutico de si mismo, intuición, exploración de la perspectiva espiritual, "centralidad" en el paciente, creación de un ambiente que nutra espiritualmente (Monareng, 2012). Presencia para el cuidado espiritual, la búsqueda de significado y propósito, el diálogo espiritual, la trascendencia y la conexión armoniosa (Ramezani & Ahmadi, 2014).

- Las competencias para el cuidado espiritual son: el papel de la enfermera como profesional y como persona, la prestación del cuidado espiritual en el proceso de enfermería, la comunicación de las enfermeras con los pacientes, el equipo interdisciplinario, las organizaciones clínicas y educativas, finalmente la protección de los aspectos éticos durante el cuidado espiritual (Baldacchino D. , 2006). También la espiritualidad de la enfermera, sus actitudes, emociones, comunicación entre el paciente y la enfermera, plan de enfermería, límites personales, el tiempo, las cuestiones culturales y la educación (Leeuwen et al., 2006).

- Dentro de los factores influyentes en la provisión del cuidado espiritual se encuentran: la percepción de la espiritualidad, los relacionados con el bienestar espiritual, algunos aspectos socio demográficos, la especialidad laboral, los años de experiencia, las actitudes del profesional hacia el cuidado espiritual, la religiosidad de la enfermera, la habilidad para brindar cuidado espiritual o la educación (Wu & Lin, 2011; Chung, Wong, & Chan, 2007; Musgrave & McFarlane, 2004; Lundmark, 2006; Taylor, Amenta, & Highfield, 1995; Ross, 2006).

- La importancia de la educación espiritual en enfermería se hace evidente en las cinco revisiones de la literatura efectuadas a la fecha (Ross, 2006; Stern y James, 2006; Timmins y Kelly, 2008; Leathard; Cook, 2009 y Pike; 2011).

- La intervención para las enfermeras estableció la relación entre la percepción de la espiritualidad de las enfermeras y la perspectiva hacia la provisión de cuidado espiritual. Entre más espiritual se considere la enfermera, más positiva será su percepción sobre el cuidado espiritual O'Shea et al., (2011)

- La intervención para los estudiantes de maestría mejoraron su actitud hacia el cuidado espiritual, la capacidad para proporcionar una respuesta empática, sus conocimientos sobre cómo comunicarse sobre espiritualidad y la espiritualidad personal Shih et al., (2001)

- La intervención en enfermeras mejoró la actitud hacia el cuidado espiritual, la capacidad de crear respuestas verbales empáticas ante el dolor espiritual, la experiencia espiritual personal y los conocimientos de las enfermeras (Taylor et al., 2009)

- La intervención en enfermeras y pacientes de un hospital mejoró la percepción de la espiritualidad de las enfermeras, la identificación de las necesidades espirituales y el registro de la información. Los pacientes evaluaron el cuidado espiritual y la atención de las necesidades espirituales como adecuadas Vlasblom et al., (2011)

- La intervención en estudiantes de enfermería los preparó parra reconocer señales en el paciente, proveer intervenciones espirituales y ejercitar la reflexiones sobre la experiencia posterior al encuentro (Burkhart & Schmidt, 2012).

- La intervención en estudiantes de enfermería mostró cambios en la profesionalización y mejoramiento del cuidado espiritual, la remisión a los profesionales y la actitud hacia la espiritualidad del paciente (van Leeuwen et al., 2008).

EMPÍRICO

- Un 61,1% de las enfermeras de la muestra total, han atendido a pacientes con enfermedades cardiovasculares, renales, oncológicas, neurológicas y osteo-articulares y un 39,9% otras como las respiratorias o metabólicas.

- El 54,5% de las enfermeras, manifiesta haber recibido algún tipo de formación específica en la atención de pacientes con enfermedad crónica (58% en el experimental y 51,4% en el control).

- Predomina en la muestra la inclinación religiosa católica y cristiana no católica (en el 84,7% y 10,4% respectivamente).

- Solo el 22,5% de la muestra total, manifestó haber recibido algún tipo de formación en el tema de cuidado espiritual.

- Existe diferencia entre la mediana de las puntuaciones totales en la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual inicial, respecto a la final en el grupo experimental ($p \leq 0{,}000$); así como en las medianas de las puntuaciones iniciales y finales de las sub escalas percepción de la espiritualidad, del cuidado espiritual y del cuidado personalizado en el grupo experimental ($p \leq 0{,}000$).

- No hay diferencia entre la mediana de las puntuaciones iniciales de la sub escala percepción de la religiosidad, respecto a la mediana final en el grupo experimental ($p=0{,}061$).

- No hay una diferencia entre la mediana de las puntuaciones totales en la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual inicial, respecto a la final en el grupo control ($p= 0{,}178$); así como en las medianas de las puntuaciones de las sub escalas percepción de la espiritualidad, cuidado espiritual, religiosidad y cuidado personalizado inicial respecto a las finales en el grupo control ($p>0.05$).

- No existe diferencia entre la mediana de las puntuaciones iniciales en la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del grupo experimental, respecto a las puntuaciones iniciales en el grupo control. Igualmente en las medianas de las puntuaciones iniciales de las sub escalas percepción de la espiritualidad, cuidado espiritual, religiosidad y cuidado personalizado del grupo experimental respecto a las iniciales en el grupo control ($p>0.05$).

- Existe una diferencia entre la mediana de las puntuaciones totales finales en la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del grupo experimental, respecto a las puntuaciones finales

en el grupo control (p=0,002). Así mismo en las puntuaciones finales de las sub escalas percepción de la espiritualidad (p=0,016), religiosidad (p=0,024) y cuidado personalizado (p=0,001) del grupo experimental respecto a las finales en el grupo control.

- No existe diferencia entre la mediana de las puntuaciones finales en la sub escala cuidado espiritual del grupo experimental, respecto a la final en el grupo control (p=0.073).
- La percepción de la religiosidad inicial que mostró una diferencia significativa previa al inicio de la intervención con la inclinación religiosa (p=0,015<0,05).
- La formación en el cuidado de pacientes con enfermedad crónica mostro una diferencia significativa con las variables percepción del cuidado espiritual final (p=0,044<0,05) y percepción del cuidado personalizado final (p=0,031<0,05)
- No existen asociaciones entre las variables (la edad, la experiencia laboral, la experiencia en el cuidado de personas con enfermedad crónica, el nivel educativo, la inclinación religiosa, la formación en cuidado espiritual, el turno y la formación en el cuidado de personas con enfermedad crónica) y la percepciones de la espiritualidad y el cuidado espiritual de las enfermeras.

Elaborado por: Vargas (2015)

Es importante que enfermería conozca esta propuesta y su alcance, con el fin de replicarlo en diferentes escenarios de la práctica y fomentar de esta manera la participación del personal de enfermería para cualificar su formación en el cuidado espiritual. De esta manera, se logrará un acercamiento a ese verdadero cuidado integral y de calidad que necesitan las personas en condición de cronicidad y la sociedad en general, que necesita de una enfermería más espiritual, que comprenda más integralmente al ser humano y que sea mucho más sensible a la realidad.

6. Capítulo - Conclusiones, limitaciones y recomendaciones

6.1 Conclusiones

A partir de los resultados de la presente investigación y de las preguntas propuestas se puede concluir:

6.1.1 Respecto a la validez y confiabilidad de la escala

Respondiendo a la pregunta ¿Cómo es la adaptación, validez y confiabilidad del instrumento que mide la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería: Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual (SSCRS)?

- Se realizó el proceso de adaptación cultural del instrumento mediante el método de traducción y re-traducción en el que participaron 2 traductores oficiales y filólogos, y 2 enfermeras bilingües.
- La validez facial o aparente de la escala mostró que cumple con los criterios de claridad en un 94%, comprensión en un 92% y precisión en un 91%, que corresponden al porcentaje de acuerdo entre los participantes. El porcentaje general de la escala en estos tres aspectos fue del 92%.
- La validez de contenido (CVR') de los 17 ítems muestra valores superiores a 0.582, con un mínimo de 0.625 y un máximo de 1, lo cual demuestra el acuerdo entre los expertos (Tristán & Molgado, 2007). El valor general del Índice de validez de contenido (CVI), se estableció en un 0.919, lo cual indica el acuerdo final entre los expertos respecto a la validez del contenido de los ítems de la escala.
- La muestra para efectuar la validez de constructo se llevó a cabo con 183 participantes del personal de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería). De ellas el 82,7% manifestó tener una inclinación religiosa cristiana católica, seguida de

la cristiana no católica (11%). Solo el 39.4% expreso haber recibido algún tipo de formación en el tema de cuidado espiritual, (lo que indica que de alguna manera esta formación se impartió). Sin embargo, el 60.5% restante, expone la necesidad de educación en la temática para enfermería porque no está llegando a todas.

- El KMO reportado fue de 0.792 y la prueba de esfericidad de Bartlett Chi-cuadrado (136) = 644.478, (p=0.000); lo que mostró la conveniencia de la utilización del análisis factorial.
- La validez de constructo se realizó por medio del análisis factorial por componentes principales, utilizando la rotación varimax. Las cargas factoriales dieron origen a un ajuste en la organización de los ítems: Percepción de la Espiritualidad (F, I, J, E), percepción del cuidado espiritual (A, B, G, K, N, H, L), percepción de la religiosidad (D, M, P), percepción del cuidado personalizado (C, Q, O).
- Los cuatro factores de la escala explican el 49.31% de la varianza total, quedando por explicar el 23.68%.
- La consistencia interna de la escala se estableció a través del Alpha de Cronbach, reportando un 0,733 para el total de la escala.

6.1.2 Respecto a la efectividad de la intervención educativa

Respondiendo a la pregunta principal: ¿Es efectiva la intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado” en modificar la percepción que sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual tiene el personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica?

Así como a las preguntas secundarías: ¿Qué nivel de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual tiene el personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica sin haber participado en la intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado”?

¿Qué nivel de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual tiene el personal de enfermería que trabajan con personas con enfermedad crónica y que han participado en la intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado”?

- En la evaluación de la efectividad de intervención participaron un total de 222 enfermeras y auxiliares de enfermería pertenecientes a tres instituciones de Bogotá, (112 hicieron parte del grupo experimental y 110 del grupo control); las cuales fueron seleccionadas en un muestreo por conveniencia y asignación 1:1 para cada grupo.
- Aunque todo el personal de enfermería de la muestra tenían experiencia asistencial y brindaron cuidado a personas con patologías crónicas prevalentes en el país, solo el 54,5%, manifiesta haber recibido algún tipo de formación específica en la atención de pacientes con enfermedad crónica (58% en el experimental y 51,4% en el control). Esto es relevante si se considera que el haber recibido formación en la atención de pacientes con enfermedad crónica demuestra ser significativo en modificar la percepción del cuidado espiritual final ($p=0,044<0,05$) y percepción del cuidado personalizado final ($p=0,031<0,05$).
- Respecto a la formación en el tema de cuidado espiritual, el 22,5% de la muestra total manifestó haberla recibido; un porcentaje más bajo al encontrado en la muestra que conformó el proceso de validez de constructo de la escala, que en ese casi fue de 39,4%.
- Se demostró en el grupo experimental, que la intervención educativa fue efectiva en modificar la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual total inicial, respecto a la percepción total final ($p=0,000$). Así como en modificar las sub escalas percepción de la espiritualidad, del cuidado espiritual y del cuidado personalizado de manera significativa $p=0,000\leq0,05$).
- La intervención educativa no fue significativa en modificar la percepción de la religiosidad inicial respecto a la final en el grupo experimental ($p=0,061\geq0,05$).
- Se demostró en el grupo control, que la intervención en el tema de cuidado seguro, no modificó la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual total inicial, respecto a la percepción total final. Esto mismo se evidencio en las sub escalas percepción de la espiritualidad, cuidado espiritual, religiosidad y cuidado personalizado, que tampoco mostraron cambios desde el inicio al momento posterior de la intervención de cuidado seguro ($p>0,05$).
- No se presentaron diferencias significativas entre las percepciones iniciales de la espiritualidad y el cuidado espiritual del grupo experimental, respecto a las percepciones iniciales del grupo control. Tampoco se presentaron entre las sub escalas iniciales del grupo experimental, respecto a las sub escalas iniciales del grupo control. Indicando por lo tanto que tanto el grupo experimental y control

partieron en los mismas condiciones y que ambos guardaban las mismas características antes de recibir la intervención correspondiente para cada uno ($p>0,05$).

- Se demostró que la intervención educativa fue efectiva en modificar de manera significativa la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual total final, con respecto a la percepción final total del grupo control ($p=0,002\leq0.05$). Así mismo, la intervención educativa fue significativa en modificar las percepciones finales de las sub escalas percepción de la espiritualidad, religiosidad y cuidado personalizado del grupo experimental respecto a las percepciones finales en el grupo control ($p\leq0,05$).
- La intervención educativa no muestra diferencias significativas entre la percepción del cuidado espiritual del grupo experimental con respecto a la percepción final del cuidado espiritual en el grupo control ($p=0.073\geq0,05$).
- La percepción de la religiosidad inicial mostró una diferencia significativa previa al inicio de la intervención con la inclinación religiosa ($p=0,015<0,05$).
- La formación en el cuidado de pacientes con enfermedad crónica mostro una diferencia significativa con las variables percepción del cuidado espiritual final ($p=0,044<0,05$) y percepción del cuidado personalizado final ($p=0,031<0,05$).
- El cambio positivo en la escala total, así como en las sub escalas de percepción de la espiritualidad, religiosidad y cuidado personalizado, se debe a que la intervención educativa logró movilizar los sentimientos, las ideas, las perspectivas del personal de enfermería en torno a la temática hacia una nueva concepción. Los contenidos y el diseño de la intervención, generaron posiblemente un ordenamiento conceptual en los participantes sobre lo que es la espiritualidad, vista desde una perspectiva existencial y/o religiosa, reflejada en situaciones reales que viven las personas y las familias que afrontan una enfermedad crónica en sus vidas.
- No existen asociaciones entre las variables (edad, experiencia laboral, experiencia en el cuidado de personas con enfermedad crónica, nivel educativo, inclinación religiosa, formación en cuidado espiritual, turno y formación en el cuidado de personas con enfermedad crónica) y la percepciones de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería ($p\geq0,05$).

6.1.3 Respecto a la construcción y desarrollo de la intervención educativa "Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado"

Respondiendo a la pregunta: ¿Qué contenidos tiene la intervención educativa "Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado" dirigida al personal de enfermería que trabajan con personas con enfermedad crónica?

- La intervención educativa "Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado" se desarrollo a partir de bases teóricas suficientes, guiadas por la perspectiva de Boykin y Schoenhofer y de McSherry y soportada por la evidencia de la literatura sobre el fenómeno de interés.
- La enfermera es capaz de mejorar su nivel de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual después de haber recibido una capacitación educativa sobre el tema.
- El modelo de Campell (2000) para el desarrollo de intervenciones en salud, sirvió de parámetro para el desarrollo de la intervención educativa "Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado".
- La intervención educativa aporta un material educativo que hace parte de una estrategia audiovisual que buscó que el personal de enfermería participantes, fueran capaces de movilizar conocimientos, ideas, sentimientos, experiencias y pudieran al mismo tiempo observar ejemplos de situaciones relacionadas con el cuidado espiritual de las personas con enfermedad crónica, que finalmente permitieran fortalecer su percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual para aplicarlo en la práctica con sus pacientes.
- La intervención educativa "Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado" es una estrategia formativa de una sesión, dirigida a fortalecer la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería que trabaja con personas en condición de enfermedad crónica. Aborda las temáticas: realidad de la persona con enfermedad crónica, conceptualización de la espiritualidad y el cuidado espiritual y finalmente, las formas y momentos para proporcionar cuidado espiritual. Es impartida por una enfermera a través de una presentación en diapositivas, un video y un separador con información relacionada. Puede ser evaluada por medio de la "Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual, versión en español".

- La intervención educativa “Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado”, busca mejorar el nivel de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería que cuida a personas con enfermedad crónica, promoviendo el cuidado integral mediante la provisión del cuidado espiritual de enfermería, logrando así una mejor calidad del cuidado de las personas en condición de cronicidad.

6.2 Aportes de la investigación

Para la Sociedad

- La investigación enfatiza en la necesidad que existe de formación y capacitación en el cuidado espiritual para el personal de enfermería que cuida de personas con enfermedad crónica; con el fin de que este cuidado sea implementado en la práctica y los pacientes reciban un cuidado integral de calidad y humano.
- Desde la disciplina se aporta una propuesta estandarizada para mejorar la percepción de la espiritualidad y del cuidado espiritual de enfermería en la práctica clínica-hospitalaria, así como las ayudas pedagógicas (DVD, presentación de diapositivas y separador), para reproducir la intervención en diferentes contextos de la práctica de enfermería donde se trabaje con personas en situación de cronicidad.
- El estudio evidencia cómo pueden crearse ayudas audiovisuales integradas a una intervención de enfermería, para impartir conocimiento en un área temática determinada, con un acercamiento a las fases y procesos que deben seguirse para su creación.
- La intervención prepara al personal de enfermería en la comprensión del cuidado espiritual de enfermería en las situaciones de cronicidad, su papel en este ámbito y facilita de cierta manera, su participación en equipos multidisciplinarios que aborden estas situaciones en la institución donde laboran.
- El estudio promueve el cuidado integral de las personas con enfermedad crónica, mediante el abordaje del cuidado espiritual de enfermería.

Para la Disciplina

- El estudio aporta una intervención educativa que demostró ser efectiva al mejorar el nivel de percepción de espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería.
- Deja más de 222 enfermeras y auxiliares de enfermería, capacitadas en cuidado espiritual y cuidado seguro en tres instituciones.
- Deja una revisión estructurada sobre el área temática de cuidado espiritual.
- La investigación aporta la escala *The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care* de McSherry, Draper y Kendrick (2002) en su versión en español, adaptada culturalmente, valida y confiable para medir la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería. Esta puede ser utilizada en la práctica y la investigación de enfermería.
- El estudio sirve de referencia al demostrar cómo una intervención de enfermería, puede plantearse y conducirse de manera rigurosa desde el modelo de propuestas de intervención adaptados por Campell (2000).
- La investigación aporta con la intervención educativa, un camino que muestra al personal de enfermería "cómo" proporcionar cuidado espiritual de enfermería.

Para la Teoría

- La investigación aportó una intervención educativa dirigida a mejorar el nivel de percepción de espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería, que demostró su efectividad en la modificación de las percepciones totales de la escala y en las sub escalas percepción de la espiritualidad, del cuidado espiritual y del cuidado personalizado. De acuerdo con la evidencia obtenida, es posible mejorar la educación del personal de enfermería sobre el cuidado espiritual y de esta manera influir en la práctica futura.
- El estudio aporta información de interés sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual en el contexto colombiano, que resulta novedosas si se considera que no existen estudios que informen sobre la manera en que el personal de enfermería aborda la dimensión espiritual en la práctica clínica, ni las percepciones que tienen sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual en el entorno latinoamericano.
- El estudio evidencia cómo diferentes factores influyentes que han sido asociados a la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual en la literatura, no se comportan de la misma manera en Colombia y que por lo contario, aspectos como la

formación del personal de enfermería en el cuidado de las personas en situación de enfermedad crónica puede influir en una mejor percepción del cuidado espiritual.

- El estudio se realizó con un tamaño de muestra importante tanto en el grupo experimental (n=112) como en grupo control (n=110), que no se encontraron en ninguno de los tres estudios cuasi experimentales con diseños pre y pos prueba y dos grupos que hasta la fecha aparecen reportados en la literatura.
- Considerando que la propuesta teórica de McSherry se formuló de acuerdo a resultados de la práctica, este estudio aportó una interpretación de la visión filosófica del autor, a partir de una teoría de cuidado de enfermería.

  En este caso la teoría de enfermería como cuidado de Boykin y Shoenhofer, contribuyó como guía orientadora en la comprensión de la espiritualidad y el cuidado espiritual que sirvió de orientación para el desarrollo del estudio y para la construcción de la intervención educativa, mostrando cómo proporcionar cuidado espiritual en la práctica de enfermería.

  La teoría de Boykin y Shoenhofer aporta además a la teoría de McSherry, un enfoque que evidencia las interacciones entre la enfermera y la persona en condición de cronicidad, así como la concepción misma del cuidado de enfermería que involucra al cuidado espiritual. Los supuestos teóricos de ambas teorías se presentan en el (Anexo O).
- El estudio aporta un lenguaje común con el cual el personal de enfermería puede comunicarse sobre el tema, así como identificar aquellas imágenes o ideas que se tenían en la mente, pero que posiblemente no se habían concretado en un solo concepto.
- Proposiciones principales derivadas del estudio:

- La intervención educativa fue efectiva en modificar el nivel de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual total y por las sub escalas percepción de la espiritualidad, cuidado espiritual y cuidado personalizado.

- La intervención fue efectiva en modificar el nivel de percepción total final de la espiritualidad y el cuidado espiritual así como en las sub escalas percepción de la espiritualidad, religiosidad y cuidado personalizado.

6.3 Limitaciones

- Las tres instituciones donde se aplicó la intervención educativa son de carácter privado. No se logró incluir una pública, debido a dificultades administrativas para obtener el aval que permitiera la aplicación de la intervención.
- No se pudieron determinar los resultados de la intervención a largo plazo.
- No fue posible controlar el que la enfermera estuviera viviendo alguna crisis personal o alguna situación especial con alguno de sus pacientes durante el estudio, que quizás pudiera influir en el resultado de los datos.
- Tampoco fue posible establecer si a pesar de las recomendaciones, se presentó intercambio de información entre los participantes de una sesión a la otra.
- El estudio inició con un muestreo probabilístico aleatorio; sin embargo, no fue posible darle continuidad debido a las dificultades para aplicarlo en las tres instituciones de la misma manera. Adicionalmente, por la atrición generada para efectuar la segunda medición que dificultaba completar el tamaño de muestra necesario de forma más rápida.
- La participación de la investigadora como proveedora de la intervención educativa puede generar sesgo en los resultados; sin embargo, este aspecto puede ser comprobado con la aplicación de la intervención por otras enfermeras y en contextos diferentes.

6.4 Recomendaciones

- Continuar el presente desarrollo llevando a cabo el análisis factorial confirmatorio de la escala de (McSherry, Draper, & Kendrick, 2002) y completar de esta manera el proceso de afinamiento en su versión en español ya iniciada en el presente estudio.
- Vigilar el diligenciamiento de la escala en las preguntas que surjan sobre la manera de marcar los ítems que están planteados de manera inversa o negativa. Esta situación se presentó con los ítems “d” y “e”, lo cual debe ser considerado en los futuros desarrollos de la escala.
- Avanzar en la construcción de instrumentos propios del contexto latinoamericano y colombiano en el área temática del cuidado espiritual, que puedan ser usados en estudios futuros en la región.

- Conducir estudios de tipo correlacional que establezcan asociaciones entre variables relacionadas con fenómeno de estudio y que permitan lograr una mayor comprensión sobre la manera en que estas intervienen en la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería.
- Replicar la intervención educativa en diferentes contextos y escenarios de la práctica de enfermería donde se proporcione cuidado a personas en situación de cronicidad, como instituciones clínicas de carácter público, comunitario y de diferentes niveles de atención en general.
- Aplicar la intervención educativa con una capacitación de la enfermera facilitadora sobre el tema y el material incluido (DVD, diapositivas y separador). Así mismo, debe estar convencida de la importancia de la temática, relacionarse con el ambiente donde labora el personal de enfermería en sus servicios de atención y conocer la realidad de los pacientes que viven situaciones de enfermedad crónica.
- Conducir estudios cualitativos en el país que describan cómo el personal de enfermería proporciona cuidado espiritual e identifiquen factores que puedan influir en la práctica. Lo anterior considerando no solo los aspectos culturales, sino las circunstancias propias del sistema de salud colombiano, con los dilemas que viven los pacientes, la falta de recursos en muchas de las instituciones prestadoras de los servicios de salud, la carga de trabajo administrativo en el personal de enfermería, entre otras que crean diferencias a los existentes en otros contextos.
- Para el futuro se debe establecer cómo proporcionar educación en cuidado espiritual al personal de enfermería de otros entornos de la práctica como urgencias, cirugía y zonas rurales y comunitarias.

Para las Instituciones

- Es necesario que en las instituciones y organizaciones exista el interés por brindar una atención integral y humanizada, donde enfermería tenga los espacios y oportunidades para encontrarse verdaderamente con sus pacientes y poder brindar de esta manera un cuidado de calidad, que incluya al cuidado espiritual. En la medida en que los cambios en el ambiente institucional se vayan dando, la enfermera podría ser más reactiva a cambiar su percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual, no solo para ella misma, sino para ponerlo en práctica en la cotidianidad con las personas a su cuidado.

- Continuar con la capacitación del personal de enfermería en la temática de cuidado espiritual y en otras que fortalezcan la inclusión del cuidado integral en la práctica asistencial.

Para la academia y la docencia

- Establecer la viabilidad de implementar la intervención educativa en los niveles de pre y pos grado en las facultades de enfermería del país y verificar la efectividad de la intervención en este ámbito.
- Impulsar el cuidado integral en los niveles de pre y pos grado y fortalecer la formación impartida respecto al cuidado de las personas y familias en situación de enfermedad crónica.
- Ofrecer capacitaciones al personal de enfermería que quiera recibir la intervención educativa o entrenarlas para que puedan proporcionarlo en sus instituciones.
- Promover la capacitación del personal auxiliar en el tema de cuidado espiritual. El ofrecerlo, puede significar un avance significativo en la inclusión y provisión de este cuidado a los pacientes en situación de cronicidad.

Socialización de los resultados

- Se realizará en las tres instituciones donde se llevo a cabo el estudio, con el personal de enfermería, los departamentos de educación y de los niveles administrativos.
- Se elaborarán al menos dos artículos con los resultados de la investigación para ser publicados en revistas indexadas de circulación nacional e internacional.
- La investigadora ha participado socializando el conocimiento en torno a la temática de espiritualidad y cuidado espiritual de enfermería en Unisalud (Institución de primer nivel de atención de la Universidad Nacional de Colombia), en Dialyser (Unidad Renal privada), Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales UDCA.
- Se participará en eventos científicos nacionales e internacionales, en las instituciones clínico-hospitalarias y en los grupos de investigación que estén interesados en conocer el estudio.

A. Anexo: Autorización del autor de la Escala

Centre For
Practice and Service Improvement

STAFFORDSHIRE UNIVERSITY

Centre for Practice and Service Improvement
Staffordshire University
Blackheath Lane
Stafford
ST18 0AD

Email: wilf.mcsherry@staffs.ac.uk
Direct line: 01785 353630
Fax: 01785 353731

06 February 2012

Dear Lina Ma. Vargas E.,

Re: SSCRS Permission

Thank you for the interest you have shown in my research and the Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS). I hereby give you authorisation and permission to reproduce or use the scale in your research. There is no fee for using the scale or the questionnaire; however I would appreciate if you could forward me a copy of your research findings and report when completed.

I enclose a copy of the questionnaire in which the SSCRS can be found. If you require any further information, please contact me.

The scale was developed as part of descriptive study. If you want to obtain a copy of my original thesis - you should be able to receive through Inter Library Loan the title is - A Descriptive Survey of Nurses' perceptions of Spirituality and Spiritual Care Unpublished Master of Philosophy Thesis, The University of Hull, England.

A summary of how the SSCRS was constructed was published in the International Journal of Nursing Studies 2002:

> McSherry W., Draper P, Kendrick D (2002) Construct Validity of a Rating Scale Designed to Assess Spirituality and Spiritual Care *International Journal of Nursing Studies* 39 (7) 723 - 734

May I take this opportunity to wish you all the best with your studies. If I can be of any assistance in the future then do not hesitate to contact me again.

Yours sincerely,

Professor Wilfred McSherry

Professor in Dignity of Care for Older People
Centre for Practice and Service Improvement

CREATE THE DIFFERENCE

B.

B. Anexo: Aval del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería – UNAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE GESTIÓN E INVESTIGACIÓN

UGI-243-2012
Bogotá D.C., 9 de Octubre de 2012

Profesora
MYRIAM PATRICIA PARDO
Coordinadora Doctorado en Enfermería (E)
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada Profesora:

De la manera más atenta, me permito informarle que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 8 de Octubre de 2012 Acta No.13, se permite **dar aval** desde los aspectos éticos al proyecto de Doctorado en Enfermería EVALUACIÓN DEL "PROGRAMA PARA FORTALECER EL CUIDADO ESPIRITUAL" EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA QUE TRABAJAN CON PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA DISCAPACITANTE de la estudiante Lina María Vargas, directora profesora Beatriz Sánchez.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo. (Resolución No. 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Atentamente,

(ORIGINAL FIRMADO)

YURIAN RUBIANO MESA
Presidenta Comité de Ética*
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia
* Delegada por la Decana

Copia:
Profesora Beatriz Sánchez – Directora de Tesis
Lina María Vargas – Estudiante Doctorado

145 años Innovando

Carrera 30 No.45 - 03, **TORRE DE ENFERMERÍA**, Edificio 101, piso 8, Oficina 805
Conmutador: (57-1) 316 5000 Ext. 17020 Fax: 17021
Correo electrónico: ugi_febog@unal.edu.co
Bogotá, Colombia, Sur América

C. Anexo: Consentimiento Informado (Validez-confiabilidad de la escala)

Consentimiento Informado

Por medio del presente consentimiento informado, doy mi aprobación para participar de forma libre y voluntaria en el proceso de validez y confiabilidad del instrumento ***"Escala de medición de espiritualidad y cuidado espiritual"*** que hace parte de la investigación: "Evaluación de una intervención educativa para fortalecer el cuidado espiritual en enfermeras que trabajan con personas con enfermedad crónica", la cual se desarrolla como parte de la tesis de doctorado de la estudiante Lina María Vargas Escobar.

Entiendo que para participar en la investigación debo contestar dos instrumentos: el primero que conduce al análisis del nivel de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual de las enfermeras y el segundo que contiene información sociodemográfica. Estos dos instrumentos pueden llevarme a reflexionar sin causarme daño alguno.

Conozco que la información de este estudio aportará conocimientos importantes para el desarrollo del cuidado espiritual proporcionado por las enfermeras durante las situaciones de enfermedad crónica, que la información obtenida será utilizada con fines académicos y que tendrá un manejo confidencial.

Mi decisión de participar en la investigación con la información suministrada, solo tendrá a cambio la satisfacción de contribuir al desarrollo de la investigación en este campo, apoyando futuras propuestas sobre el cuidado espiritual en enfermería.

Sé que puedo cambiar mi decisión de participar en el estudio en cualquier momento, sin que esto tenga alguna consecuencia y que los resultados de la investigación puedo conocerlos en el teléfono 3108696087 de la investigadora responsable o en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

Firma del participante: _____

C.C. _____

Firma de la investigadora: Lina María Vargas Escobar

- Responsable: Enfermera Lina María Vargas Escobar
- Directora del proyecto: Mg. Beatriz Sánchez Herrera
- Institución Responsable: Universidad Nacional de Colombia
- Presidenta del comité de ética de la Facultad de enfermería de la UNAL: Yurian Rubiano Mesa, Tel: 3165000 Ext: 17020

D. Anexo: Consentimiento Informado (Intervención educativa)

Consentimiento Informado-*Participación en la intervención Educativa "Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado"*

La información que se presenta a continuación tiene como finalidad ayudarle a decidir si usted quiere participar en una investigación de riesgo mínimo. Por favor léalo cuidadosamente. Si no entiende algo, o si tiene alguna duda pregúntele a la investigadora.

- **Título de la investigación:** Evaluación de la intervención educativa "Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado" en enfermeras(os) que trabajan con personas con enfermedad crónica.
- **Carácter del estudio:** Investigación que corresponde a una Tesis de Doctorado en Enfermería.
- **Dónde se va desarrollar el estudio**: En el Hospital Universitario San Ignacio en la ciudad, Policlínico del Olaya y Clínica del Country en Bogotá.
- **Información General del Estudio**: El propósito de esta investigación es evaluar la efectividad de la intervención educativa "Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado" en las enfermeras(os) que trabajan con personas con enfermedad crónica.
- **Plan de Estudio**: El estudio se desarrollara a través de su participación como enfermeras(os), en dos sesiones educativas de una hora de duración cada una. Se le entregaran dos cuestionarios al inicio y uno al finalizar cada una de las sesiones para que usted los diligencia. La idea es que usted como participante de un grupo, reciba inicialmente capacitación en la temática de cuidado espiritual y posteriormente la de cuidado seguro o viceversa, iniciando con la de cuidado seguro y continuando con la de cuidado espiritual. Pasados 8 días de la capacitación, se le pedirá que diligencie un cuestionario que le tomará un tiempo de 10 a 15 minutos.
- **Beneficios de participar en el estudio**: Usted recibirá capacitación en dos temáticas, cuidado espiritual y cuidado seguro. Al mismo tiempo, tiene la oportunidad de recibir una certificación por su asistencia, la cual es otorgada por el "Grupo de investigación en cuidado al paciente crónico" de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.
- **Riesgos de participar en este estudio**: No se conoce ningún riesgo físico o mental por el hecho de participar en esta investigación. La posibilidad de que haya decepción es minimizada con la claridad y sinceridad en la información suministrada a las enfermeras(os) participantes.
- **Confidencialidad y privacidad de los archivos y anonimato**: Toda actividad, opinión o idea generada durante las sesiones educativas, se mantendrá en total privacidad. Solo la investigadora puede revisar la información suministrada producto de este proyecto. Con el fin de mantener el anonimato, cada uno de los cuestionarios diligenciados no llevará ningún nombre. Los resultados de este estudio pueden salir publicados pero en tal caso no se incluirá ninguna información que pueda identificarlo personalmente.
- **Participación Voluntaria:** La decisión de participar en la investigación es completamente voluntaria. Usted es libre de participar o retirarse en cualquier momento sin que esto le represente consecuencias negativas.
- **Preguntas y Contactos**: Si tiene dudas o preguntas respecto a esta investigación, puede comunicarse con Lina María Vargas Escobar al 310-8696087 o con Yurian Rubiano Mesa, Presidenta del comité de ética de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia al 3165000 Ext: 17020 o también al correo limvargases@unal.edu.co
- **Consentimiento**: De manera libre doy mi consentimiento para participar en el estudio. Entiendo el carácter de la investigación y que recibiré una copia del presente consentimiento informado.

Declaración del Investigador: De manera cuidadosa he explicado a las enfermeras(os) la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certifico que basado en lo mejor de mi conocimiento y la tutoría permanente de mi directora de tesis, que las enfermeras(os) que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

	Lina María Vargas Escobar	
Firma de la Investigadora	Nombre de la Investigadora	Fecha
Firma del Participante		Fecha

E. Anexo: Cartas de aprobación de las tres instituciones donde se llevó a cabo la intervención educativa

Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

05 de Diciembre de 2013 FM-CIE-7033-13

Estudiante
LINA MARÍA VARGAS ESCOBAR
Investigador Principal
Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá

Ref. Evaluación de la sesión educativa "Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado en enfermeras(os) que trabajan con personas con enfermedad crónica discapacitante".
2013/125

Apreciada estudiante Vargas.
Por medio de la presente le informamos que en sesión ordinaria del 28 de noviembre (Acta No 20-2013), el Comité de Investigaciones y Ética revisa la evaluación y aprueba por consenso el protocolo de la referencia presentado por usted.

Solicito mencionar el número de identificación anotado en la referencia, para la correspondencia futura sobre esta investigación.

Durante la reunión correspondiente a esta comunicación se encontraron presentes 10 de los 14 miembros del comité.

JUAN CARLOS ACEVEDO, MD.
Especialista en Neurocirugía

MARY BERMÚDEZ GÓMEZ MD, MSc.
Decana Académica - Facultad de Medicina

JUAN GUILLERMO CATAÑO, MD.
Especialista en Urología

FRANCISCO JAVIER HENAO PÉREZ, MD.
Especialista en Cirugía

IVAN SOLARTE, MD.
Especialista en Medicina Interna y Neumología

ALVARO DÁVILA
Economista

HILDA MARIA CAÑON A.
Directora Carrera de Enfermería

DIANA MATALLANA, PhD.
Departamento de Ciencias Fisiológicas

R.P. SERGIO BERNAL RESTREPO S.J
Decano del Medio Universitario Cirugía

JAIME BERNAL, M.D., PhD.
Doctorado en Genética

Atentamente,

MARY BERMÚDEZ GÓMEZ MD, MSc.
Presidente Comité de Investigaciones y Ética

Copia: Archivo de Comité de Investigaciones y Ética
Ingrid I.

Facultad de Medicina – Comité de Investigaciones y Ética
Hospital Universitario San Ignacio, Carrera 7ª Nº 40 – 62, Piso 2, Bogotá, Colombia, PBX (57-1) 3208320 Ext.2770 – 2879227, Fax 2882284

Centro Policlínico del Olaya
Clínica Quirúrgica

Orden Civil al Mérito José Acevedo y Gómez Cruz de Oro - 2009

PREMIO CALIDAD EN SALUD COLOMBIA - 2007

ACREDITACION EN SALUD

ICONTEC CERTIFICADO ISO 9001

Certificación Nº SC 2006-1
Prestación de servicios de salud de alta complejidad: Urgencias, consulta externa, hospitalización, cirugía, gineco obstetricia, Cuidado intensivo, Neonatal, pediátrico y adulto, Unidad renal, Rayos X, ecografía, métodos gráficos, laboratorio clínico, odontología, terapia y rehabilitación

Bogotá, Noviembre 19 de 2013

Señores
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
Facultad de Enfermeria, Programa de Doctorado en Enfermeria
Atn, Dra Beatriz Sanchez Herrera / Enfermera Lina Maria Vargas Ecobar
Ciudad

Respetados Señores

Reciban un cordial saludo, la presente tiene como fin confirmar la participación de la Institución Centro Policlinico del Olaya en el estudio **"Evaluación del Programa para fortalecer el Cuidado Espiritual en profesionales de enfermería que trabajan con personas con enfermedad crónica discapacitante".**

Sin otro particular, me suscribo

Atentamente;

Dr.CARLOS JAIME HURTADO
Asesor Cientifico
CENTRO POLICLINICO DEL OLAYA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
VICEDECANATURA

ACTA DE COMPROMISO SUSCRITA ENTRE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA - SEDE BOGOTÁ – FACULTAD DE ENFERMERÍA Y LA CLÍNICA DEL COUNTRY. ACTA No.94

Entre los suscritos a saber, de una parte, **RENATA VIRGINIA GONZÁLEZ CONSUEGRA**, mayor de edad, con domicilio en la ciudad de Bogotá, identificada con la Cédula de Ciudadanía No.41.747.841 de Bogotá, quien en calidad de Decana de la Facultad de Enfermería, nombrada mediante Resolución No.072 del 6 de junio de 2.012 del Consejo Superior Universitario, obra en nombre y en representación de **LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA - FACULTAD DE ENFERMERÍA**, ente Universitario autónomo del orden estatal, vinculado al Ministerio de Educación Nacional, regido actualmente por el Decreto 1210 de 1993, debidamente delegada para celebrar Convenios de conformidad con lo previsto en la Parte II del Artículo 4 del Numeral 4 del Manual de Convenios y Contratos, adoptado por medio de la Resolución de Rectoría No. 1952 de 2008 del 22 de diciembre de 2.008, y quien para los efectos del presente instrumento se denominará **LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA - FACULTAD DE ENFERMERÍA**, por una parte, y por la otra **CONSUELO GONZÁLEZ PARDO** identificada con la Cédula de Ciudadanía No.35.461.812, han acordado celebrar la siguiente Acta de Compromiso:

OBJETO

Establecer mecanismos que permitan el desarrollo de los procesos de recolección de datos y de una intervención educativa como parte de la investigación "*EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA FORTALECER EL CUIDADO ESPIRITUAL EN ENFERMERAS(OS) QUE TRABAJAN CON PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA DISCAPACITANTE*", a cargo de la estudiante del Programa de Doctorado en Enfermería Lina María Vargas Escobar.

1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Objetivo general

Evaluar la efectividad de la Intervención educativa para fortalecer el cuidado espiritual, en modificar el nivel de percepción que sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual tienen las enfermeras que trabajan con personas con enfermedad crónica.

1.2. Objetivos específicos

- Medir el nivel de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual de los profesionales de enfermería que trabajan con personas con enfermedad crónica, antes de participar en una intervención educativa para fortalecer el cuidado espiritual o capacitación sobre cuidado seguro.

- Medir el nivel de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual de los profesionales de enfermería que trabajan con personas con enfermedad crónica, que participaron o no en una intervención educativa para fortalecer el cuidad espiritual.

F. Anexo: Formato de caracterización

CARACTERIZACIÓN DE PROFESIONALES Y AUXILIARES EN ENFERMERÍA

Por favor lea y responda las preguntas que aparecen a continuación y marque con una **(X)**, según corresponda.

1. Género
- ☐ Masculino
- ☐ Femenino

2. Edad
- ☐ <21 a 25 años
- ☐ De 26 a 30 años
- ☐ De 31 a 35 años
- ☐ De 36 a 40 años
- ☐ De 41 a 45 años
- ☐ De 46 a 50 años
- ☐ De 51 a 55 años
- ☐ De 56 a 60 años
- ☐ Mayor de 61 años

3. Estado civil
- ☐ Soltero(a)
- ☐ Casado(a)
- ☐ Separado(a)
- ☐ Viudo(a)
- ☐ Unión Libre

4. Nivel educativo
- ☐ Técnico
- ☐ Pregrado
- ☐ Especialización
- ☐ Maestría
- ☐ Doctorado
- ☐ Otro: _____

5. Experiencia laboral en años

_____ Años

6. Experiencia en el cuidado de pacientes con enfermedad crónica

_____ Años

7. Ha recibido formación en cuidado de personas con enfermedad crónica no transmisible (ECNT)
- ☐ Si
- ☐ No

8. Experiencia tiene en atención a personas con (ECNT)
- ☐ Administrativo
- ☐ Asistencial
- ☐ Formulación de Proyectos
- ☐ Ambulatorio
- ☐ Otro: _____

9. Experiencia en la atención de pacientes con: *(Elija más de una si es el caso)*
- ☐ Cardiovasculares
- ☐ Renales
- ☐ Oncológicos
- ☐ Osteo-articulares
- ☐ Neurológicos
- ☐ Otro: _____

10. Inclinación religiosa
- ☐ Católica
- ☐ Evangélica o cristiana
- ☐ Adventista
- ☐ Testigo de Jehová
- ☐ Mormona
- ☐ Agnóstico
- ☐ Ateo
- ☐ Otro: _____

11. Ha recibido formación en cuidado espiritual
- ☐ Si
- ☐ No

12. Número de pacientes con enfermedad crónica a su cargo

_____ pacientes

13. Tipo de contratación
- ☐ Término indefinido
- ☐ Termino Fijo
- ☐ Cooperativa
- ☐ Orden de prestación de servicios
- ☐ Otra: _____

14. Tipo de institución donde labora
- ☐ Pública
- ☐ Privada
- ☐ Hospital General
- ☐ Hospital Especializado
- ☐ Nivel: _____

15. Turno de trabajo
- ☐ Mañana
- ☐ Tarde
- ☐ Noche
- ☐ Jornada Ordinaria
- ☐ Otro: _____

16. Servicio donde labora
- ☐ Cuál: _____

Adaptación del "Instrumento para la caracterización de profesionales de salud que atienden a personas con enfermedad crónica (versión 4. 10 de febrero de 2014). Grupo de Cuidado al Paciente crónico y su familia de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

G. Anexo: Escala de medición de espiritualidad y cuidado espiritual (Versión en Español)

ESCALA DE MEDICIÓN DE ESPIRITUALIDAD Y CUIDADO ESPIRITUAL
(Versión en Español)

En cada pregunta, por favor encierre en un círculo la respuesta que mejor refleje la medida en que usted está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación.

a) Creo que las enfermeras(os) pueden brindar cuidado espiritual acordando reuniones con el capellán del hospital, sacerdote, pastor, rabino o líder espiritual del paciente, si así lo requiere.

Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
*	*	*	*	*

b) Creo que las enfermeras(os) pueden dar apertura para brindar cuidado espiritual demostrando amabilidad, preocupación y empatía.

Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
*	*	*	*	*

c) Creo que la espiritualidad tiene que ver con la necesidad de perdonar y ser perdonada(o).

Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
*	*	*	*	*

d) Creo que la espiritualidad solo incluye ir a la Iglesia o un lugar de culto religioso.

Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
*	*	*	*	*

e) No creo que la espiritualidad esté relacionada con la creencia y fe en Dios o ser superior.

Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
*	*	*	*	*

f) Creo que la espiritualidad tiene que ver con la búsqueda de significado en las situaciones buenas y malas de la vida.

Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
*	*	*	*	*

g) Creo que las enfermeras(os) pueden brindar cuidado espiritual pasando tiempo con un paciente dándole apoyo, ánimo y fortaleza, especialmente en momentos de necesidad.

Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
*	*	*	*	*

h) Creo que las enfermeras(os) pueden proporcionar cuidado espiritual al promover en el paciente el encontrar significado y propósito a su enfermedad.

Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
*	*	*	*	*

i) Creo que la espiritualidad se relaciona con tener una sensación de esperanza y propósito en la vida.

Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
*	*	*	*	*

j) Creo que la espiritualidad tiene que ver con la manera en que uno enfrenta su propia vida en el aquí y ahora.

Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
*	*	*	*	*

k) Creo que las enfermeras(os) pueden brindar cuidado espiritual al escuchar a los pacientes y darles tiempo para discutir, explorar sus temores, ansiedades y problemas.

Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
*	*	*	*	*

l) Creo que la espiritualidad es una fuerza unificadora que le permite a una(o) estar en paz consigo mismo y con el mundo.

Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
*	*	*	*	*

m) No creo que la espiritualidad incluya aspectos como el arte, la creatividad y la expresión de sí mismo.

Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
*	*	*	*	*

n) Creo que las enfermeras(os) pueden brindar cuidado espiritual respetando la privacidad, dignidad y creencias religiosas y culturales del paciente.

Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
*	*	*	*	*

o) Creo que la espiritualidad involucra las amistades y relaciones interpersonales.

Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
*	*	*	*	*

p) No creo que la espiritualidad aplique para ateos o para quienes tienen duda sobre la existencia de Dios (agnósticos).

Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
*	*	*	*	*

q) Creo que la espiritualidad incluye la moral de las personas, es decir las normas o reglas que rigen la conducta de las personas.

Totalmente en desacuerdo	En Desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
*	*	*	*	*

MCSHERRY W, DRAPERB P, KENDRICK D. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. En: International Journal of Nursing Studies, 2002, vol. 39, no. 7, p. 723–734.

Gracias por su colaboración!!!

H. Anexo: Resultados por ítem de las observaciones efectuadas en la validez aparente de la Escala

- **Experto 1:** Efectuó la siguiente observación general “Los ítems son claros y responden al concepto determinado en cada sección”.
- **Experto 2:** Mencionó en el ítem 1 “puede no ser claro el concepto de “eventos”, mejor “situaciones”.
- **Experto 3:** El experto tres no expresó ninguna observación adicional.
- **Experto 4:** Expresó en el ítem 4 “la pregunta cumple con los criterios, sin embargo consideró más pertinente utilizar la palabra promover en lugar de permitir, dado que esta última se percibe como un papel pasivo de la enfermera”. Así mismo, en el ítem 13 “No es comprensible el término autoexpresión”.
- **Experto 5:** Mencionó con respecto al Ítem 10 “Propuesta semántica: Creo que las enfermeras(os) pueden brindar cuidado espiritual al escuchar a los pacientes y darles tiempo para discutir, explorar sus temores, ansiedades y problemas”.
- **Experto 6:** El experto seis no expresó ninguna observación adicional.
- **Experto 7:** El experto siete no expresó ninguna observación adicional.
- **Experto 8:** Expresó con respecto a los siguientes ítems: *Ítem 2* “creo que más que esperanza es un propósito o fin en la vida”. En el *ítem 4* “me parece que no es solo en la enfermedad si en todo momento”. En *el ítem 5* “podría ser mas que asumir, enfrentar, organizar estructurar”. En el *ítem 9* “consuelo podría estar cambiado por animo, fortaleza”. En el *ítem 11* “implica me parecer que puede cambiarse por “incluir, tener que ver y además desde el concepto de espiritualidad esta afirmación es incorrecta” En el *ítem 12* “explicar agnóstico” En el *ítem 15* “me parece que la pregunta es muy general se quiere decir que esta asociada a la relación interpersonal este debe ser el centro de la pregunta toca dos aspectos”. En el *ítem 16* “creo que la moral es un termino muy ambiguo habría que explicitarlo”.

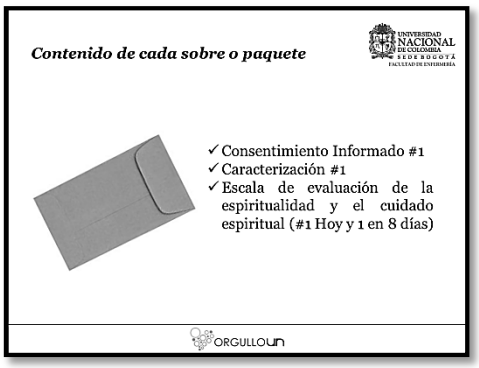
I. Anexo: Resultados por ítem de las observaciones efectuadas en la validez de contenido

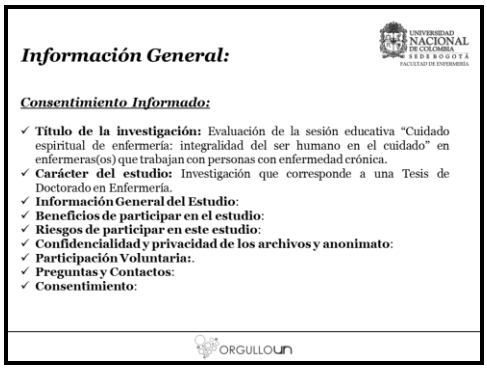
Ítem	Contenido actual	Observación
7	Creo que las enfermeras pueden brindar cuidado espiritual demostrando amabilidad, preocupación y simpatía	"Son características propias del cuidado de enfermería, pero no son exclusivas en el cuidado espiritual, por lo que aun cuando una enfermera no de cuidado espiritual, puede demostrar preocupación, amabilidad y simpatía". "Esta afirmación puede confundir la interpretación del concepto que se busca medir, porque se puede asumir que cualquier actividad realizada por las enfermeras con amabilidad brinda cuidado espiritual". *Opción de modificación*: Creo que las enfermeras(os) pueden <u>dar apertura a</u> brindar cuidado espiritual demostrando amabilidad, preocupación y simpatía
8	Creo que las enfermeras pueden brindar cuidado espiritual acordando reuniones con el capellán del hospital o líder espiritual del paciente, si así lo requiere	"Es sólo una intervención, finalmente el que brinda el cuidado espiritual es el capellán, no la enfermera. Con esta afirmación se restringe el concepto de espiritualidad a la religiosidad".
11	Creo que la espiritualidad implica solamente ir a la Iglesia o lugar de culto religioso	"esta es una pregunta que veo de contraste o verificación, porque el contenido no es cierto"
12	Creo que la espiritualidad no aplica para ateos ni agnósticos	"esta es una pregunta que veo de contraste o verificación, porque el contenido no es cierto"
13	Creo que la espiritualidad no incluye aspectos como el arte, la creatividad y la autoexpresión.	"esta es una pregunta que veo de contraste o verificación, porque el contenido no es cierto"
14	Creo que la espiritualidad no está relacionada con la creencia y fe en Dios o en un ser superior.	"esta es una pregunta que veo de contraste o verificación, porque el contenido no es cierto"
15	Creo que la espiritualidad involucra las amistades y relaciones personales.	"se debe centrar en las relaciones interpersonales no especificar en las amistades" *Opción de modificación*: Creo que la espiritualidad puede involucrar las relaciones interpersonales.
16	Creo que la espiritualidad incluye la moral de las personas	Aclarar moral. Propuesta "Creo que la espiritualidad incluye la moral, es decir las normas o reglas que rigen la conducta de las personas".

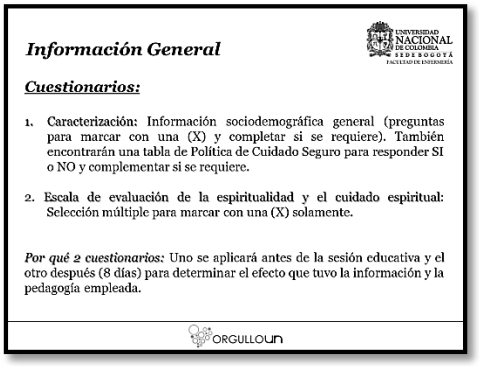
*Escala de evaluación de la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual (McSherry, Draper, & Kendrick, 2002)

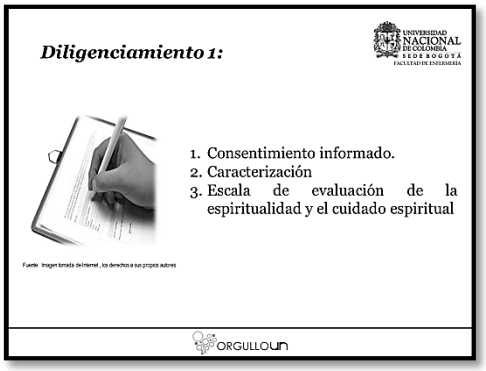
Fuente: Datos del estudio.

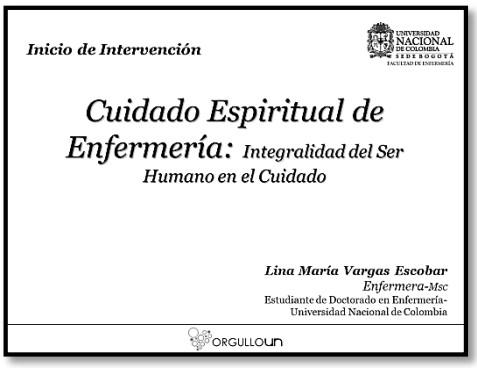
J. Anexo: Diapositivas de la intervención, separador, link del video

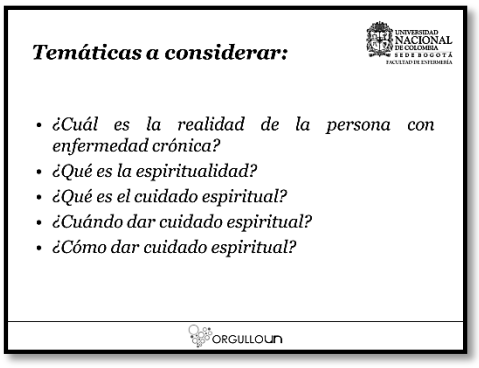












Video

EN EL MARCO DE LA TESIS DE DOCTORADO
Cuidado Espiritual de Enfermería:
Integralidad del Ser Humano en el Cuidado

ORGULLOUN

Espiritualidad y Cuidado Espiritual

ORGULLOUN

Intervenciones realizadas por la enfermera

ORGULLOUN

Reflexiones...

Respeto
Amabilidad
Empatía
Fomento de su propia espiritualidad
Aprendizaje
Intuición
Creencias
Fomento de las relaciones personales
Estar ahí
Enriquecimiento personal
Escuchar
Paz
Recursos internos
Comprensión
Atención
Tranquilidad
Promoción del perdón
Tiempo efectivo
Fomento de la expresión artística

ORGULLOUN

Cuidado y Cuidado Espiritual de enfermería

Cuidado de Enfermería

Puede ser significativo pero no trasciende hasta tocar áreas tan profundas del ser

Cuidado Espiritual de enfermería

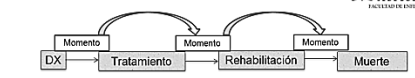
Surge del interior de la persona y evoca aspectos trascendentes de la vida, las creencias, la existencia y el propósito.

Relación Interpersonal e intencional

Diferencia en la forma y en el sentido en que se proporciona el cuidado.

ORGULLOUN

Durante el cuidado espiritual



Hay *Momentos* que están cargados de **significado** para la enfermera y también para la persona

- ✓ Explorar sus cualidades personales
- ✓ Experimenta gratitud
- ✓ Sentir que su labor tiene un propósito

Crecimiento personal y profesional

Cuidado integral y trascendente

ORGULLOUN

Reconociendo la experiencia espiritual

- Siendo el profesional más cercano a la persona y que está presente en todas las etapas de su enfermedad.
- Considerando que nos interesa el cuidado de la experiencia de salud de las personas.
- Cuidado integral y holístico.

- *Comprender el valor que tiene la espiritualidad para la persona.*
- *Conocer y comprender la espiritualidad como parte de la salud de las personas... (cómo influye en su salud).*

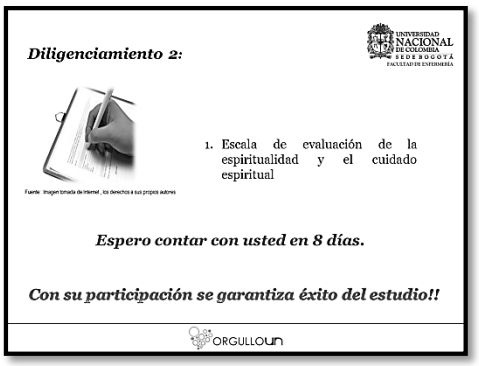
ORGULLOUN

Taxonomías de enfermería y Cuidado Espiritual

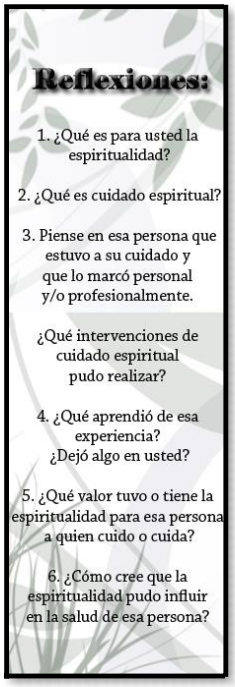
NANDA, NIC, NOC:

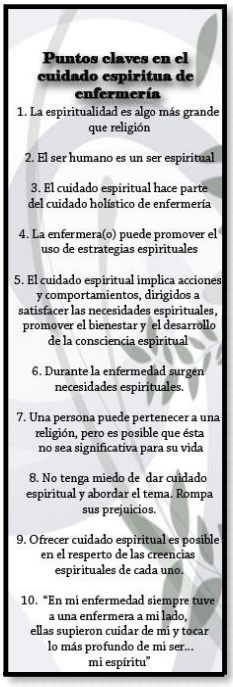
Valoración	Dx	Intervenciones	Evaluación
Información básica, intencional o situacional, tanto de tipo verbal y no verbal de la persona.	"Bienestar [illegible]", "[illegible] espiritual", "[illegible] espiritual", "apoyo espiritual" o "fomento del crecimiento espiritual".	De acuerdo a las NIC: Apoyo [illegible], [illegible] del crecimiento espiritual, potenciación de la autoestima, potenciación de la conciencia de sí mismo, apoyo Espiritual, dar esperanza.	Revisar de acuerdo a la NOC correspondiente

ORGULLOUN



***Separador**

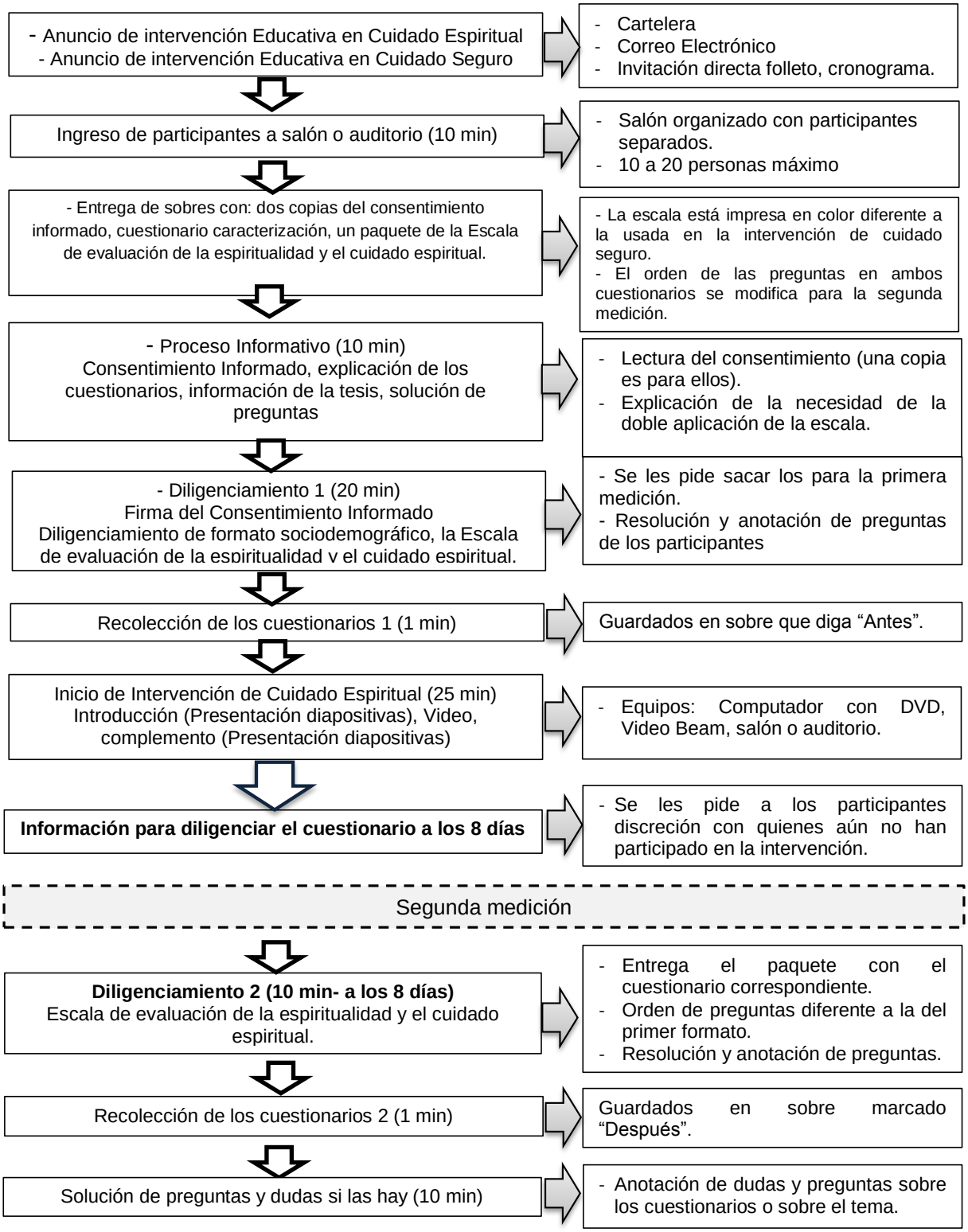




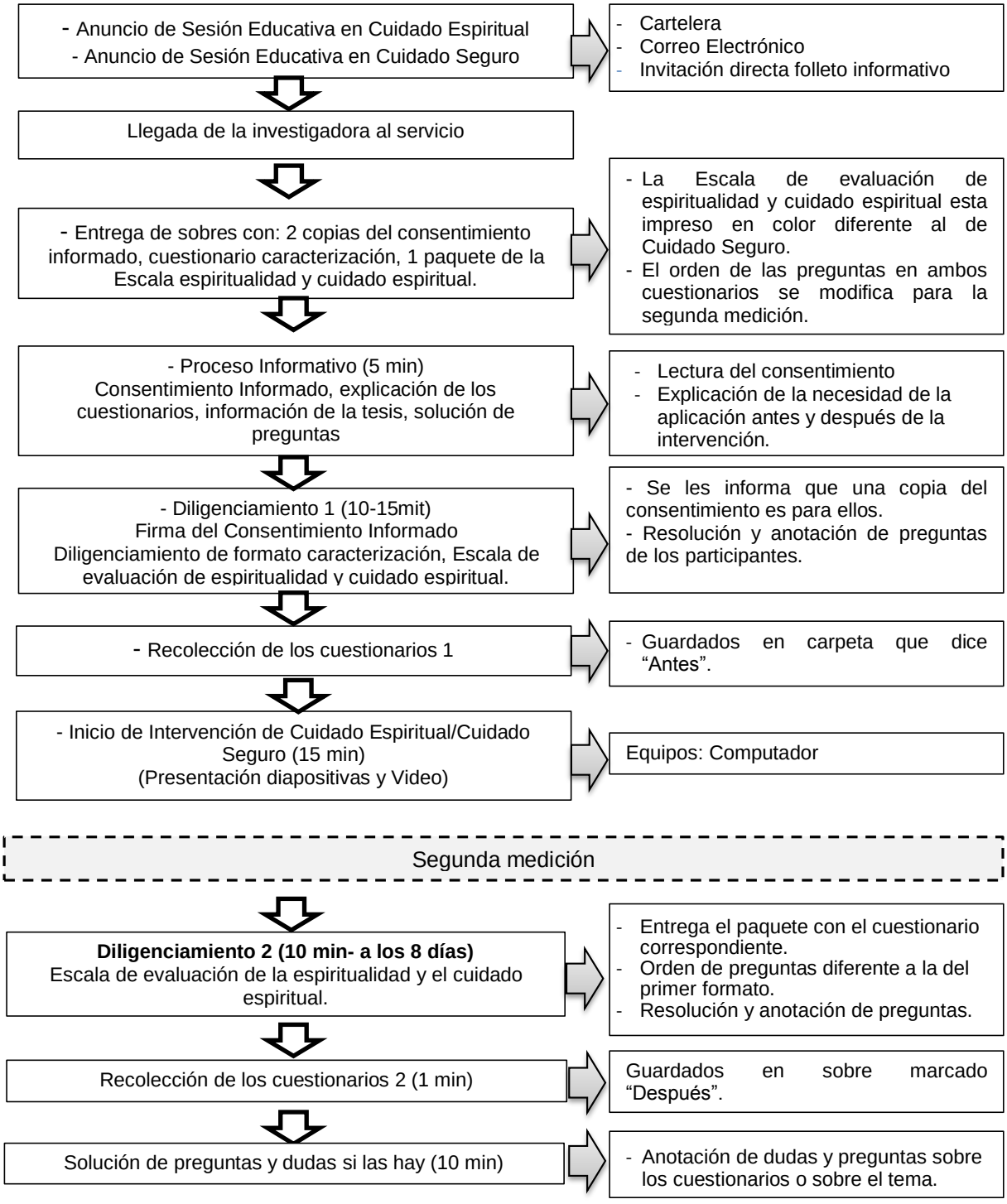
* **Link del video**: http://youtu.be/QMFH8eoHSSY

K. Anexo: Protocolo de intervención-Flujograma

** Versión salón o auditorio*



** *Versión corta o de aplicación en el servicio*



L. Anexo: Artículos sobre intervenciones educativas en cuidado espiritual

No	Título	Autor	Año de Publicación	País	Modelo Teórico o Pedagógico empleado	Población Objeto			Metodología			
						Estudiantes	Pacientes	Enfermeras	Informativos	Cuasi-experimentales		Cohortes
										1 Grupo Pre-Pos	2 Grupos Pre-Pos con control	
1	The Effect of an Educational Session on Pediatric Nurses' Perspectives Toward Providing Spiritual Care	Eileen R. O'Shea, Meredith Wallace, Mary Quinn Griffin, Joyce J. Fitzpatrick	2011	Estados Unidos	ASSET			Neonatología y Pediatría		X		
2	Teaching spiritual care to Nursing Students: An integrated Model	Taylor EJ , Testerman N , D Hart	2014	Estados Unidos	Escuela de Enfermería Cristiana (Bases Carson and Gerardi (1980´) Taylor (2007)-ASSET	X			X			
3	Teaching on spiritual care: The perceived impact on qualified nurses	Donia R. Baldacchino	2011	Malta	ASSET	X		Programa de Desarrollo Profesional (CPD)				X
4	Teaching on the spiritual dimension in care to undergraduate nursing students: The content and teaching methods	Donia R. Baldacchino	2008	Malta	ASSET	X			X			
5	Empirical validation of a teaching course on spiritual care in Taiwan	Shih FJ , Gau ML , Mao HC, Chen CH, Lo CH	2001	Taiwan	ASSET/ Aprendizaje autónomo por correspondencia	Programa de Maestría				X		
6	Effects of a spiritual care training for nurses	Jan P. Vlasblom, Jenny T. van der Steen, Dirk L. Knol, H. Jochemsen	2011	Países Bajos	Propio de los Autores		X	Medicina Interna, Neurología, Cardiología, Coronaria			X	
7	Efficacy of a self-study program to teach spiritual care	Elizabeth Johnston Taylor, Iris Mamier, Khaled Bahjri, Triin Anton and Floyd Petersen	2008	Estados Unidos	Aprendizaje autónomo por correspondencia	X		X		X		
8	Measuring effectiveness of a spiritual care pedagogy in nursing education	Lisa Burkhart, William Schmidt	2012	Estados Unidos	Teoría de Burkhart/Hogan	X					X	
9	The effectiveness of an educational program for nursing students on developing competence in the provision of spiritual care	van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Middel B, Post D, Jochemsen H.	2008	Países Bajos	Propio de los Autores	X					X	

M. Anexo: Comparación entre la percepción de la espiritualidad y las variables intervinientes o confusas

Comparación entre la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual total y por sub escalas del personal de enfermería, con la con la variable inclinación religiosa

Test	Hipótesis nula	Significancia	Decisión
Prueba de Kruskal-Wallis de muestras independientes	La distribución de la percepción de la espiritualidad inicial es la misma entre las categorías de la religión	0,462	Retener la hipótesis nula
	La distribución de la percepción del cuidado espiritual inicial es la misma entre las categorías de la religión	0,762	Retener la hipótesis nula
	La distribución de la percepción de la religiosidad inicial es la misma entre las categorías de la religión	0,015	Rechazar la hipótesis nula
	La distribución de la percepción del cuidado personalizado inicial es la misma entre las categorías de la religión	0,493	Retener la hipótesis nula
	La distribución de la percepción Total inicial es la misma entre las categorías de la religión	0,600	Retener la hipótesis nula
	La distribución de la percepción de la espiritualidad final es la misma entre las categorías de la religión	0,265	Retener la hipótesis nula
	La distribución de la percepción del cuidado espiritual final es la misma entre las categorías de la religión	0,435	Retener la hipótesis nula
	La distribución de la percepción de la religiosidad final es la misma entre las categorías de la religión	0,101	Retener la hipótesis nula
	La distribución de la percepción del cuidado personalizado final es la misma entre las categorías de nivel educativo	0,053	Retener la hipótesis nula
	La distribución de la percepción Total final es la misma entre las categorías de la religión	0,309	Retener la hipótesis nula

Comparación entre la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual total y por sub escalas del personal de enfermería, con la con la variable inclinación religiosa

Test	Hipótesis nula	Significancia	Decisión
Prueba de Kruskal-Wallis de muestras independientes	La distribución de la percepción de la espiritualidad inicial es la misma entre las categorías de la religión	0,462	Retener la hipótesis nula
	La distribución de la percepción del cuidado espiritual inicial es la misma entre las categorías de la religión	0,762	Retener la hipótesis nula
	La distribución de la percepción de la religiosidad inicial es la misma entre las categorías de la religión	0,015	Rechazar la hipótesis nula
	La distribución de la percepción del cuidado personalizado inicial es la misma entre las categorías de la religión	0,493	Retener la hipótesis nula
	La distribución de la percepción Total inicial es la misma entre las categorías de la religión	0,600	Retener la hipótesis nula
	La distribución de la percepción de la espiritualidad final es la misma entre las categorías de la religión	0,265	Retener la hipótesis nula
	La distribución de la percepción del cuidado espiritual final es la misma entre las categorías de la religión	0,435	Retener la hipótesis nula

	La distribución de la percepción de la religiosidad final es la misma entre las categorías de la religión	0,101	Retener la hipótesis nula
	La distribución de la percepción del cuidado personalizado final es la misma entre las categorías de nivel educativo	0,053	Retener la hipótesis nula
	La distribución de la percepción Total final es la misma entre las categorías de la religión	0,309	Retener la hipótesis nula

Comparación entre la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual total y por sub escalas del personal de enfermería, con la variable formación en el cuidado de pacientes con enfermedad crónica

Test	Hipótesis nula	Significancia	Decisión
Prueba de Kruskal-Wallis de muestras independientes	La distribución de la percepción de la espiritualidad inicial es la misma entre las categorías de formación en el cuidado de pacientes con enfermedad crónica	0,387	Retener la hipótesis nula
	La distribución de la percepción del cuidado espiritual inicial es la misma entre las categorías de formación en el cuidado de pacientes con enfermedad crónica	0,444	Retener la hipótesis nula
	La distribución de la percepción de la religiosidad inicial es la misma entre las categorías de formación en el cuidado de pacientes con enfermedad crónica	0,172	Retener la hipótesis nula
	La distribución de la percepción del cuidado personalizado inicial es la misma entre las categorías de formación en el cuidado de pacientes con enfermedad crónica	0,213	Retener la hipótesis nula
	La distribución de la percepción Total inicial es la misma entre las categorías de formación en el cuidado de pacientes con enfermedad crónica	0,167	Retener la hipótesis nula
	La distribución de la percepción de la espiritualidad final es la misma entre las categorías de formación en el cuidado de pacientes con enfermedad crónica	0,266	Retener la hipótesis nula
	La distribución de la percepción del cuidado espiritual final es la misma entre las categorías de formación en el cuidado de pacientes con enfermedad crónica	0,044	Rechazar la hipótesis nula
	La distribución de la percepción de la religiosidad final es la misma entre las categorías de formación en el cuidado de pacientes con enfermedad crónica	0,440	Retener la hipótesis nula
	La distribución de la percepción del cuidado personalizado final es la misma entre las categorías de formación en el cuidado de pacientes con enfermedad crónica	0,031	Rechazar la hipótesis nula
	La distribución de la percepción Total final es la misma entre las categorías de formación en el cuidado de pacientes con enfermedad crónica	0,100	Retener la hipótesis nula

Fuente: Datos del estudio

N. Anexos: Costos del Estudio

RUBRO	DESCRIPCIÓN DE GASTOS	COSTOS TOTALES	RECURSOS PROPIOS	APOYO GRUPOS DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD
Material Audiovisual y apoyo técnico (Video)	▪ Realización (Edición, Producción). ▪ Escenarios ▪ Préstamo de laboratorio de enfermería. ▪ Compra de suministros. ▪ Asistente de dirección. ▪ Viáticos (trasporte y refrigerios). ▪ Copias de DVD	$5.500.000	$1.340.000	$4.160.000
Pasantía	▪ Gastos de estadía ▪ Transporte y Alimentación ▪ Tiquetes Internacionales	$14.000.000	$4.000.000	$10.000.000
Traducciones	▪ Traducción y re-traducción de escala. ▪ Abstract ▪ Otros	$500.000	$500.000	
Material Bibliográfico	▪ Compra de Artículos ▪ Libros	$800.000	$800.000	
Trabajo de campo	▪ Trabajo de campo del investigador	$30.000.000	$30.000.000	
Adquisición de Bienes	▪ Video Beam	$950.000	$950.000	
Materiales y Suministros	▪ Impresión blanco y negro ▪ Impresión a color ▪ Impresiones propalcote color ▪ Impresiones propalcote blanco y negro. ▪ Fotocopias ▪ Rema de papel blanco-carta ▪ Resma de papel propal (Cuestionarios) ▪ Resma papel cartulina piel 180 gr (certificaciones) ▪ Sobres manila ▪ Clips, esferos ▪ Anillado ▪ Cajas de CD ▪ Carpetas ▪ Tinta Impresora ▪ Cinta decorativa	$1.400.000	$568.000	$832.000
Asesoría de Estadística	▪ Horas de asesoría	$300.000	$300.000	
		$53.450.000	$38.458.000	$14.992.000
TOTAL				**$53.450.000**

O. Anexos: Supuestos teóricos de la teoría de Boykin y Shoenhofer y McSherry

Boykin y Shoenhofer	McSherry, Draperb P y Kendrick D
▪ El resultado del cuidado se establece en los valores experimentados durante la relación de cuidado y de manera subjetiva en el conocimiento de la otra persona (1993). ▪ Ser persona es un proceso de vivir y crecer en el cuidado. Implica demostrar congruencia entre las creencias y los comportamientos y vivir el significado de la propia vida (1993).	▪ Hay aspectos de la espiritualidad que son únicos, diferentes y específicos para cada individuo (sea creyente, ateo o agnóstico) y que está enmarcado en aspectos como la moral, creencias, valores y las relaciones personales. ▪ Todas las dimensiones de la espiritualidad y de la vida son únicas para cada individuo y expresan una inspiración secundaria a una fuerza religiosa o una filosófica abstracta. ▪ El componente existencial de la espiritualidad, está compuesto por ideas relacionadas con el significado y el propósito en la vida y deben ser hallados por el individuo durante el proceso de su enfermedad u hospitalización. ▪ Los *valores experimentados* durante la relación de cuidado pueden incluir las normas, reglas o ideales de la persona, que rigen su conducta. ▪ Los *valores experimentados* aborda las cosas buenas y malas de la vida; así como la importancia de las relaciones interpersonales, la amistad, el arte y la creatividad como expresión de la propia espiritualidad. ▪ El *conocimiento que se adquiere del otro*, se da en el encuentro de la persona y la enfermera.
▪ El papel de la enfermera(o) consiste en llegar a conocer a las personas a través del cuidado, apoyándolas y reconociéndolas, valorando el mundo del otro y entendiendo la complejidad de la naturaleza humana (1993, 2000). ▪ El objetivo principal de enfermería es nutrir a las personas que viven el cuidado y que crecen en el cuidado (2001).	▪ Cada individuo tiene un significado propio de espiritualidad y que por lo tanto, el concepto puede implicar cosas diferentes dependiendo de la interpretación o visión del mundo que tenga cada persona. ▪ *Nutrir* se da en la medida en que el individuo adquiere paz consigo mismo, con el mundo o con un Ser supremo o Dios. Cuando experimenta perdón, esperanza y propósito en su vida y cuando su vivencia adquiere significado. ▪ Para la enfermera la *potenciación o nutrición* se da cuando logra atribuir significado a los momentos de cuidado espiritual, cuando es capaz de experimentar gratitud y crece en el ámbito personal y profesional.
▪ La competencia de cuidado se desarrolla a lo largo de la vida, llegamos a entender lo que significa una persona de cuidado, vivir cuidado y nutrirse mutuamente como cuidado (Boykin y Schoenhofer, 2001, p. 4). ▪ La persona entra en el mundo del otro con la intención de conocerlo como persona de cuidados, este encuentro origina el fenómeno de los cuidados compartidos, dentro del cual la persona se nutre. ▪ El cuidado implica además apertura, respeto y el reconocimiento del cuidado compartido entre la persona y la enfermera(o).	▪ El *valor atribuido al mundo del otro*, implica no solo la consideración de las expresiones espirituales manifestadas por la persona, sino también el apoyo y el respeto de lo que para ella es importante y significativo. ▪ El *apoyo y el reconocimiento* por parte de la enfermera se generan en las expresiones de espiritualidad de la persona, en sus creencias, valores personales y prácticas religiosas o existenciales. ▪ *El respeto por la dignidad, la privacidad, las creencias culturales y espirituales* de la persona, son importantes para la enfermera como punto de partida en el conocimiento del otro y la generación de cuidado compartido. La potenciación y nutrición que se logra en la experiencia de cuidado espiritual, solo es posible mediante el respeto de estos valores por amabas partes. ▪ La enfermera debe escuchar, pasar el tiempo con el otro, mantener la privacidad y la dignidad, así como las prácticas religiosas, promover el encuentro de significado y propósito, mostrar cualidades como bondad, preocupación, amabilidad, apertura y empatía.

▪ *Invitación directa:* Da apertura a la relación y al verdadero cuidado mutuo. La enfermera(o) se arriesga penetrando en el mundo del otro y directamente invita a su paciente a compartir los asuntos más importantes en el momento.	▪ La *invitación directa* involucra la apertura a la relación de cuidado con amabilidad, preocupación y empatía por parte de la enfermera, abriéndose a cuidar espiritualmente y a conocer al otro en aquello que es significativo y que tiene importancia.
▪ La intencionalidad y la presencia autentica desencadenan en la enfermera las llamadas de cuidado, que es el conocimiento y reconocimiento de la persona que vive cuidados de formas especificas en la situación inmediata (1993).	▪ La *intencionalidad y la presencia*, se dan cuando la enfermera pasa tiempo con el otro y está ahí en el momento de mayor necesidad espiritual.

Fuente: Boykin & Schoenhofer, 1993, 2000, 2011; McSherry, Draper, & Kendrick, 2002, 2004.

Bibliografía

Abbas, S., & Dein, S. (2001). The difficulties assessing spiritual distress in palliative care patients: A qualitative study. *Mental Health, Religion and Culture, 14*(4), 341-352.

Agudelo, C., de la Hoz, F., Mojica, M. J., Eslava, J. C., Robledo , R., & Cifuentes, P. (2009). Prioridades de Investigación en Salud en Colombia: Perspectiva de los Investigadores. *Revista de Salud Pública, 11*(2), 301-309.

American Association of Colleges of nursing. (1998). The Essentials of Baccalaureate Education for Professional Nursing Practice.

American Holistic Nursing Association. (2014). *What is Holistic Nursing?* Recuperado el 21 de Septiembre de 2014, de http://www.ahna.org/About-Us/What-is-Holistic-Nursing

Anandarajah, G., Craigie , F., Hatch , R., Kliewer, S., Marchand, L., King , D., y otros. (2010). Toward competency-based curricula in patient-centered spiritual care: Recommended competencies for family medicine resident education. *Academic Medicine, 85*(12), 1897-1904.

Arles, J. (2005). Aportes a la problemática ciencia-espiritualidad desde el budismo zen. *Hallazgos Revista de investigaciones*, 70-84.

Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería. (1998). La naturaleza del cuidado de enfermería. *Código de ética de enfermería*, 7. Colombia.

Astrow, A., Wexler, A., Texeira, K., & He, M. (Diciembre de 2007). Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? *Journal of Clinical Oncology, 20*(25), 5753-5757.

Baldacchino , D. (Julio de 2008). Teaching on the spiritual dimension in care to undergraduate nursing students: the content and teaching methods. *Nurse Education Today, 28*(5), 550-562.

Baldacchino, D. (Julio de 2006). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing, 15*(7), 885-896.

Baldacchino, D. (Enero de 2011). Teaching on spiritual care: The perceived impact on qualified nurses. *Nurse Education in Practice, 11*(1), 47-53.

Baldacchino, D., & Draper, P. (2001). Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. *Journal of Advanced Nursing, 34*(6), 833-841.

Barrera, L., Pinto, N., & Sánchez, B. (2010). El enfermo crónico y su cuidador. En L. Barrera, N. Pinto, B. Sánchez, L. Chaparro, & G. M. Carrillo, *Cuidando a los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica* (págs. 16-18). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Beckman, S., Boxley, S., Harges, S., Bruick, C., & Salmon, B. (Mayo-Junio de 2007). Five strategies that heighten nurses' awareness of spirituality to impact client care. *Holistic Nursing Practice, 21*(3), 135-139.

Benko , M., & Silva, M. (1996). Pensando a espiritualidade no ensino de graduação. *Rev. Latino-Am. Enfermería, 4*(1), 71-85.

Bentur , N., & Resnizky, S. (2010). Challenges and achievements in the development of spiritual-care training and implementation in Israel. *Palliative Medicine, 24*(8), 771-776.

Boykin, A., & Schoenhofer, S. (1993). *Nursing as caring: An emerging general theory of nursing.* In M. E. Parker (Ed.), Patterns of nursing theories in practice (pp. 83-92). New York: National League of Nursing., New York: In M. E. Parker.

Boykin, A., & Schoenhofer, S. (2001). The role of nursing leadership in creating caring environments in health care delivery systems. *Nursing Administration Quarterly, 25*(3), 1-7.

Boykin, A., & Shoenhofer, S. (2000). *Nursing as caring: A model for transforming practice.* Canadá: Jones and Barlett Publisherss.

Buck, H. (Noviembre-Diembre de 2006). Spirituality: concept analysis and model development. *Holistic Nursing Practice, 20*(6), 288-292.

Burkhart, L., & Hogan, N. (2008). An experiential theory of spiritual care in nursing practice. *Qualitative Health Research, 18*(7), 928-938.

Burkhart, L., & Schmidt, W. (Octubre de 2012). Measuring effectiveness of a spiritual care pedagogy in nursing education. *Journal of Professional Nursing, 28*(5), 315-321.

Burns, N., & Grove, S. (1997). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique, & Utilization* (Tercera ed.). W.B.Saunders Company.

Burns, N., & Grove, S. (2012). *Investigación en enfermería: Desarrollo de la práctica de enfermería basada en la evidencia* (Quinta ed.). Barcelona: ElSevier.

Büssing, A., Michalsen , A., Balzat, H., Grünther , R., Ostermann , T., Neugebauer, E., y otros. (Marzo de 2009). Are spirituality and religiosity resources for patients with chronic pain conditions? *Pain Medicine, 10*(2), 327-339.

Canada , A., Parker , P., de Moor, J., Basen-Engquist , K., Ramondetta , L., & Cohen , L. (Abril de 2006). Active coping mediates the association between religion/spirituality and quality of life in ovarian cancer. *Gynecologic Oncology, 101*(1), 102-107.

Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz Rubiales, A. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *Anales del sistema sanitario de Navarra, 24*(1), 63-72.

Casado, M. D., & López, C. G. (2002). Vejez, dependencia y cuidados de larga duración: Situación actual y perspectivas de futuro. *Gaceta Sanitaria*(6), 17-21.

Cattich, J., & Knudson, C. (Enero de 2009). Spirituality and relationship: a holistic analysis of how couples cope with diabetes. *Journal of Marital & Family Therapy, 35*(1), 111-124.

Cavendish, R., Konecny, L., Mitzeliotis, C., Russo, D., Kraynyak, B., Lanza, M., y otros. (2003). Spiritual Care Activities of Nurses Using Nursing Interventions Classification (NIC) Labels. *International Journal of Nursing Knowledge, 14*(4), 113–124.

Charalambous, A., Papadopoulos, I., & Beadsmoore, A. (Diciembre de 2009). Towards a theory of quality nursing care for patients with cancer through hermeneutic phenomenology. *European Journal of Oncology Nursing, 13*(5), 350-360.

Chow, E. (2010). Spiritual distress to spiritual transformation: Stroke survivor narratives from Hong Kong. *Journal of Aging Studies, 24*(4), 313–324.

Chung, L., Wong, F., & Chan, M. (2007). Relationship of nurses' spirituality to their understanding and practice of spiritual care. *Journal of Advanced Nursing, 58*(2), 158-170.

Cockell, N., & McSherry, W. (Diciembre de 2012). Spiritual care in nursing: an overview of published international research. *Journal of Nursing Management, 20*(8), 958-969.

Colliere, M. (1993). *Promover la vida.* Madrid: McGraw-Hill- Interamericana de España.

Congreso de la República. (25 de Enero de 1998). Ley 266 de 1996, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia.

Creel, E., & Tillman, K. (2008). The Meaning of Spirituality Among Nonreligious Persons With Chronic Illness. *Holistic Nursing Practice, 22*(6), 303-309.

Dane, B., & Moore, R. (2005). Social workers' use of spiritual practices in palliative care. *Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care, 1*(4), 63-81.

De Souza , J., Maftum , M., & Mazza, V. (2009). The nursing. *Online Brazilian Journal of Nursing, 8*(1).

Delaney , C., Barrere , C., & Helming, M. (2011). The influence of a spirituality-based intervention on quality of life, depression, and anxiety in community-dwelling adults with cardiovascular disease: a pilot study. *Journal of Holistic Nursing, 29*(1), 21-32.

Delgado, C. (2007). Meeting Clients' Spiritual Needs . *Nursing Clinics of North America, 42*(2), 279-293.

Dhaman, K., Paul , P., & Olson, J. (Junio de 2011). Tanzanian Nurses Understanding and Practice of Spiritual Care. *International Scholarly Research Network, Nursing*, 1-7.

Dhamani , K., Paul, P., & Kaye, J. (2011). Tanzanian Nurses Understanding and Practice of Spiritual Care. *Nursing, 2011*, 1-7.

Dosey, B. (1998). BODY-MIND-SPIRIT: Attending to Holistic Care. *American Journal of Nursing, 98*(8), 35-38.

Draper, P. (2012). An integrative review of spiritual assessment: implications for nursing management. *Journal of Nursing Management, 20*(8), 970-980.

Duran de Villalobos, M. (2001). La nueva visión. En *Enfermería: Desarrollo Teórico e investigativo.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Dyson, J., Cobb, M., & Forman, D. (Diciembre de 1997). The meaning of spirituality: a literature review. *Journal of Advanced Nursing, 26*(6), 1183-1188.

Edwards, A., Pang, N., Shiu, V., & Chan, C. (Diciembre de 2010). The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative Medicine, 24*(8), 753-770.

El Nimr, G., Green, L., & Salib, E. (2004). Spiritual care in psychiatry: Professionals' views. *Mental Health, Religion and Culture, 7*(2), 165-170.

Emblen, J., & Halstead, L. (Julio de 1993). Spiritual needs and interventions: comparing the views of patients, nurses, and chaplains. *Clinical Nurse Specialist, 7*(4), 175-182.

Esa, J., Mahmoud, N., Faramarz, S., Gholam Reza, D., Esmail, S., & Rasoul, H. (2010). Life satisfaction, spirituality well-being and hope in cancer patients. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 5*, 1362–1366.

Fawcet, J. (2000). *The structure of contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: nursing models and theories.* Philadelphia: Davis Company.

Fawcett, J. (1999). *The relationship of theory and Research* (Tercera ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.

Ferrell, B. (2007). Quality of Life Outcomes in 599 Cancer and Non-Cancer Patients with Colostomies. *Journal of Surgical Research, 138*(1), 79-87.

Galek, K., Flannelly, K., Vane, A., & Galek, R. (Marzo-Abril de 2005). Assessing a patient's spiritual needs: a comprehensive instrument. *Holistic Nursing Practice, 19*(2), 62-69.

Galvis, M., & Pérez, B. (2011). Perspectiva espiritual de la mujer con cáncer. *Aquichán, 11*(3), 256-273.

Gámez , A., & Landrove, O. (2005). Transición epidemiológica y las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas y en Cuba: el Programa de intervención cubano. *Reporte Técnico de Vigilancia, 10*(6), 1-18.

García Cabrero (2009). Tipos de Diseño. En *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales. Un enfoque de enseñanza basando en proyectos* (pág. 33). Ciudad de México, México: El Manual Moderno.

García Morente, M. (1996). *Obras completas* (Vols. 1-2). Barcelona: Antrophos.

García Sierra, P. (2000). *Diccionario de filosofía*. Recuperado el 19 de Agosto de 2014, de Biblioteca filosofía en español: http://www.filosofia.org/filomat/df004.htm

Geymonat, L. (2000). *Historia de la filosofía de la ciencia.* Barcelona: Hurope: Crítica.

Golberg, B. (Abril de 1998). Connection: an exploration of spirituality in nursing care. *Journal of Advanced Nursing, 27*(4), 836-842.

Gómez, I. (2010). *Espiritualidad e incertidumbre ante la enfermedad de personas con diabetes mellitus tipo 2.* Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.

González, C., Diaz, M., & Matos, R. (2011). Nivel de conocimiento sobre el proceso de atención de enfermería (PAE) en el cuidado de la salud espiritual de los profesionales de enfermería que laboran en los servicios de cirugía, emergencia y UCI del Hospital Hipólito Unanue. *I Congreso nacional de investigación – IASD.* Lima: Universidad Peruana Unión.

Gordon, T., & Mitchell , D. (2004). A competency model for the assessment and delivery. *Palliative Medicine, 18*(7), 646-651.

Greasley, P., Chiu, L., & Gartland, M. (Marzo de 2001). The concept of spiritual care in mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing, 33*(5), 629-637.

Grupo de Petrología Aplicada. (8 de Abril de 2011). *Práctica 5. Análisis Multivariante con SPSS. Reducción de Datos: Análisis de Componentes Principales y Factorial.* (U. d. Alicante, Editor) Recuperado el 16 de Septiembre de 2014, de http://web.ua.es/es/lpa/docencia/practicas-analisis-exploratorio-de-datos-con-spss/practica-5-analisis-multivariante-con-spss-reduccion-de-datos-analisis-de-componentes-principales-y-factorial.html

Guevara, C., & Mesa, S. (2012). *Significado del cuidado espiritual en el profesional de enfermería que se desempeña en un servicio de urgencias.* Bogotá D.C: Universidad de La Sabana. Facultad de Enfermería.

Haase, J., Britt, T., Coward, D., Kline, N., & Penn, P. (1992). Simultaneous Concept Analysis of Spiritual Perspective, Hope, Acceptance and Self-transcendence. *Journal of Nursing Scholarship, 24*(2), 141-147.

Halstead, M., & Hull, M. (Noviembre-Diciembre de 2001). truggling with paradoxes: the process of spiritual development in women with cancer. *Oncology Nursing Forum, 28*(10), 1534-1544.

Hanson, L. (2008). Providers and types of spiritual care during serious illness. *Journal of Palliative Medicine, 11*(6), 907-914.

Hanson, L., Dobbs, D., Usher, B., Williams, S., Rawling, J., & Daaleman, T. (Julio de 2008). Providers and types of spiritual care during serious illness. *Journal of Palliative Medicine, 11*(6), 907-914.

Hernandez, L., Rodríguez, M., Jiménez, M., & Rangel, F. (Enero-Abril de 2003). Imagen social de la enfermería. *Revista Cubana de Enfermería, 19*(1), 250-269.

(2008). Definición del alcance de la investigación a realizar: exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa. En R. Hernández, C. Fernández, & P. Baptista, *Metodología de la investigación* (págs. 108-109). México: Mc Graw Hill.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2008). *Metodología de la investigación* (Cuarta ed.). México: Mc Graw Hill.

Highfield, M., & Osterhues, D. (2003). Spiritual care rights and quality of care: perspectives of physical therapy students. *Journal for Healthcare Quality, 25*(1), 12-15.

Hubbell, S., Woodard, E., Barksdale-Brown, D., & Parker, J. (Agosto de 2006). Spiritual care practices of nurse practitioners in federally designated nonmetropolitan areas of North Carolina. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 18*(8), 379-385.

International Council of Nurses. (2007). *Visión del CIE sobre el futuro de la enfermería*. Recuperado el 21 de Septiembre de 2014, de Nuestra Visión: http://www.icn.ch/es/about-icn/icns-vision-for-the-future-of-nursing/vision-del-cie-sobre-el-futuro-de-la-enfermeria-641.html

Johansen, O. (2004). *Introducción a la teoría general de sistemas.* Balderas, México: Editorial Limusa.

Johnston Taylor, E., Testerman, N., & Hart, D. (Abril-Junio de 2014). Teaching spiritual care to nursing students:an integrated model. *Journal of Christian Nursing, 31*(2), 94-99.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2008). *Spiritual Assessment*. Recuperado el 21 de Septiembre de 2014, de http://www.jointcommission.org/standards_information/jcfaqdetails.aspx?StandardsFaqId=290&ProgramId=1

Kang, S. R. (2006). Concept Analysis of Spiritual Care. *Journal of Korean academy of nursing, 36*(5), 803-812.

Kristeller, J., Zumbrun , C., & Schilling, R. (1999). 'I would if I could': how oncologists and oncology nurses address spiritual distress in cancer patients. *Psycho-Oncology, 8*(5), 451-458.

Lawshe, C. (1975). A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology, 28*, 563-575.

Legetic, B. (2007). *Iniciativa de salud pública que contribuye a dar prioridad y avanzar en la prevención y control integrado de las ECNT.* (O. P. Salud, Ed.) Recuperado el 16 de Agosto de 2014, de http://www1.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/pan-mtg-07-2cncd-cmn-reg-strat.pdf

Lissoni, P., Messina, G., Parolini, D., Balestra, A., Brivio, F., Fumagalli, L., y otros. (Septiembre-Octubre de 2008). A spiritual approach in the treatment of cancer: relation between faith score and response to chemotherapy in advanced non-small cell lung cancer patients. *In vivo, 22*(5), 577-581.

Lopera de Peña, Á. (2014). *Conmemoración de los 10 años de la Ley 911 de 2004.* VIII Encuentro Nacional de Tribunales de ética de enfermería, Bogotá.

Lovanio, K., & Wallace, M. (2007). Promoting spiritual knowledge and attitudes: a student nurse education project. *Holistic Nursing Practice, 21*(1), 42-47.

Lundmark, M. (2006). Attitudes to spiritual care among nursing staff in a Swedish oncology clinic. *Journal of Clinical Nursing, 15*(7), 863-874.

M.M, D., & D, R. (1992). Sample size methodology. En *Statistics in Medicine* (Vol. 11, págs. 562–563). Boston, Estados Unidos: ACADEMIC PRESS.

Macinko, J., Dourado, I., & Guanais, F. (2011). *Enfermedades Crónicas, Atención Primaria y Desempeño de los Sistemas de Salud.* Banco Interamericano de Desarrollo. Salvador, Brasil: Banco Interamericano de Desarrollo.

Martínez, M., & Bes-Rastrollo, A. (2008). Estimación del tamaño muestral. En M. Martínez , A. Sánchez, & J. Faulin, *Bioestadística amigable* (Segunda ed.). España: Diaz de Santos.

Martínez, M., Méndez, C., & Ballesteros, B. (2004). Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al centro javeriano de oncología. *Univ. Psychol, 3*(2), 231-246.

Martínez, M., Sánchez, A., & Faulin, J. (2008). *Bioestadística amigable* (Segunda ed.). España: Diaz de Santos.

Martsolf, D., & Mickley, J. (1998). The concept of spirituality in nursing theories: differing world-views and extent of focus. *Journal of advanced nursing, 27*(2), 294-303.

Mazaheri, M., Khoshknab, M., Bagher, S., & Rahgozar, M. (2009). Nursing attitude to spirituality and spiritual care. *Payesh Health Monitor, 8*(1), 102.

McCance, T., McKenna, H., & Boore, J. (Diciembre de 1999). Caring: theoretical perspectives of relevance to nursing. *Journal of Advanced Nursing, 30*(6), 1388-1395.

McCauley, J., Jenckes, M., Tarpley, M., Koenig, H., Yanek, L., & Becker, D. (2005). Spiritual beliefs and barriers among managed care practitioners. *Journal of Religion and Health, 44*(2), 137-146.

McClain-Jacobson, C., Rosenfeld, B., Kosinski, A., Pessin, H., Cimino, J., & Breitbart, W. (Noviembre-Diciembre de 2004). Belief in an afterlife, spiritual well-being and end-of-life despair in patients with advanced cancer. *General Hospital Psychiatry, 26*(6), 484-486.

McEwen, M. (Julio-Agosto de 2005). Spiritual nursing care: state of the art. *Holistic Nursing Practice, 19*(4), 161-168.

Mcknight, C., & Juillerat, S. (2011). Perceptions of clinical athletic trainers on the spiritual care of injured athletes. *Journal of Athletic Training, 46*(3), 303-311.

McSherry , W., & Cash, K. (Febrero de 2004). The language of spirituality: an emerging taxonomy. *International Journal of Nursing Studies, 41*(2), 151-161.

McSherry , W., & Ross, L. (Junio de 2002). Dilemmas of spiritual assessment: considerations for nursing practice. *Journal of Advanced Nursing, 38*(5), 479-488.

McSherry, W. (Julio de 2006). The principal components model: a model for advancing spirituality. *Journal of Clinical Nursing, 15*(7), 905-917.

McSherry, W., & Jamieson, S. (Junio de 2011). An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing, 20*(11-12), 1757-1767.

McSherry, W., & Jamieson, S. (Noviembre de 2013). The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing, 22*(21-22), 3170-3182.

McSherry, W., & Smith, J. (Abril de 2007). How do children express their spiritual needs? *Paediatric Nursing, 19*(3), 17-20.

McSherry, W., Draper, P., & Kendrick, D. (Septiembre de 2002). The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *International Journal of Nursing Studies, 39*(7), 723-734.

Meleis, A. (2005). *Theoretical nursing: development and progress.* (Tercera ed.). Philadelphia-Lippincott: Williams & Wilkins.

Merriam-Webster. (2014). *Merriam-Webster*. Recuperado el 18 de Agosto de 2014, de An Encyclopedia Britannica Company: http://www.merriam-webster.com/dictionary/spirit

Ministerio de Salud. (2012). *Indicadores Básicos en Salud.* Recuperado el 26 de Septiembre de 2014, de Indicadores Básicos 2012: http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/ibs%202012.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Indicadores básicos 2012. Situación de salud en Colombia.*

Monareng, L. (Octubre de 2012). Spiritual nursing care: A concept analysis. *Curationis, 35*(1), 1-9.

Moncada, J., Solera, A., & Salazar, W. (2002). Fuentes de varianza e índices de varianza explicada en las ciencias del movimiento humano. *Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud, 2*(2), 70-74.

Monroe, M., Bynum, D., Susi, D., Phifer, N., Schultz, L., Franco, M., y otros. (2003). Primary Care Physician Preferences Regarding Spiritual Behavior in Medical Practice. *Archives of Internal Medicine, 163*(22), 2751-2756.

Monteagudo, P., Sánchez, A., & Hernández, M. (2007). El video como medio de enseñanza: Universidad Barrio Adentro. República Bolivariana de Venezuela. *Educ Med Super, 21*(2), 1-9.

Montgomery, B., Keegan, L., & Guzzetta, C. (2005). *Pocket guide for holistic nursing.* (Cuarta ed.). Massachusetts: Estados Unidos.: Jones and Bartlett Publishers.

Morales, P. (8 de Enero de 2011). *El Análisis Factorial en la construcción e interpretación de tests, escalas y cuestionarios.* (F. d. Sociales, Ed.) Recuperado el 16 de Septiembre de 2014, de http://www.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/AnalisisFactorial.pdf

Morales, P. (13 de 12 de 2012). *Estadística aplicada a las Ciencias Sociales.* (U. P. Comillas, Ed.) Recuperado el 8 de Septiembre de 2014, de Tamaño necesario de la muestra:: http://web.upcomillas.es/personal/peter/investigacion/Tama%f1oMuestra.pdf

Morse, J., Solberg, S., Neander, W., Bottorff, J., & Johnson, J. (Septiembre de 1990). Concepts of caring and caring as a concept. *ANS. Advances in nursing science, 13*(1), 1-14.

Murray , S., Kendall, M., & Boyd, K. (2003). General practitioners and their possible role in providing spiritual care: A qualitative study. *British Journal of General Practice, 53*(497), 957-959.

Murray, S., Kendal, M., Boyd, K., Wort, A., & Benton, T. (2003). General practitioners and their possible role in providing spiritual care: A qualitative study. *British Journal of General Practice, 53*(497), 957-959.

Murray, S., Kendall, M., Boyd, K., Worth, A., & Benton, T. (Enero de 2004). Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. *Palliative Medicine, 18*(1), 39-45.

Musgrave, C., & McFarlane, E. (Marzo-Abril de 2004). Israeli oncology nurses' religiosity, spiritual well-being, and attitudes toward spiritual care: a path analysis. *Oncology Nursing Forum, 31*(2), 321-327.

Naciones Unidas. (2011). *Declaración política de la reunión de alto nivel de la asamblea general sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles .* Nueva York, EE.UU.

Narayanasamy, A. (Julio de 1999). Learning spiritual dimensions of care from a historical perspective. *Nurse Education Today, 19*(5), 386-395.

Narayanasamy, A. (Enero de 2004). Spiritual coping mechanisms in chronic illness: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing, 13*(1), 116-117.

Narayanasamy, A. (2006). The impact of empirical studies of spirituality and culture on nurse education. *Journal of Clinical Nursing, 15*(7), 840-851.

Nascimiento, L., Oliveira , F., Moreno, M., & Machado, S. (2010). Cuidado espiritual: componente esencial de la práctica de la enfermera pediátrica en la oncología. *Acta Paulista de Enfermagem, 23*(3), 437-440.

Navarro, R. (2009). Espiritualidad en América Latina: Rasgos De Ayer, Desafíos Teológicos Hoy. *Revista Franciscanum, 151*.

Newman, M., Sime, A., & Corcoran, S. (1991). The focus of the discipline of nursing. *Advanced in nursing science, 14*(1), 1-6.

Nightingale, F., Calabria , M., & Macrae, J. (1994). *Suggestions for thought by Florence Nightingale: selections and commentaries.* Pensylvania 1994: University of Pensylvania Press.

Oldnall, A. (Enero de 1996). A critical analysis of nursing: meeting the spiritual needs of patients. *Journal of Advanced Nursing, 23*(1), 138-144.

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Enfermedades crónicas y promoción de la salud. Prevención de las enfermedades crónicas*. Recuperado el 16 de Agosto de 2014, de Las enfermedades crónicas: la principal causa de mortalidad: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index1.html

Organización Mundial de la Salud. (2007). *Estrategia Regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas.* Obtenido de Estrategia Regional para Enfermedades Crónicas: http://www1.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/reg-strat-cncds.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013). *2013-2020 Global Action Plan for the Prevention and Control.* Recuperado el 16 de Agosto de 2014, de Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Noncommunicable diseases and mental health*. Recuperado el 16 de Agosto de 2014, de Noncommunicable diseases country profiles 2014: http://www.who.int/nmh/countries/col_en.pdf?ua=1

Organización Panamericana de la Salud. (2002). *CARMEN. Una iniciativa para el conjunto de acciones para la reducción multifactorial de enfermedades no transmisibles .* Obtenido de La Iniciativa CARMEN- Organización Panamericana de la Salud: http://www1.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/CARMEN-doc2.pdf

O'Shea, E., Wallace, M., Griffin, M., & Fitzpatrick, J. (Febrero de 2011). The effect of an educational session on pediatric nurses' perspectives toward providing spiritual care. *Journal of Pediatric Nursing, 26*(1), 34-43.

Oviedo, H., & Campo, A. (2005). Aproximación al Uso del Coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 34*(4), 572-580.

Ozbasaran, F., Ergul, S., Temel, A., Alsal, G., & Coban, A. (Noviembre de 2011). Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing, 20*(21), 3102–3110.

Pérez, C. (2009). *Técnicas de análisis de datos con SPSS 15.* Madrid: Pearson Eduación S.A.

Pike, J. (Junio-Julio de 2011). Spirituality in nursing: a systematic review of the literature from 2006-10. *British Journal of Nursing, 20*(12), 743-749.

Pinto, N. (2007). Bienestar espiritual de los cuidadores familiares de niños que viven enfermedad crónica. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, 9*(2), 20-37.

Pinzón, L. (2009). *El cuidado espiritual en enfermería: ¿utopía o esperanza?* Manizales (Colombia): Universidad de Caldas. Ciencias para la salud.

Polit, D., & Beck, C. (2012). *Quantitative Research Desing* (Novena ed.). China: Lippincott Williams & Wilkins.

Puchalski, C., Lunsford, B., Harris, M., & Miller, R. (2006). Interdisciplinary Spiritual Care for Seriously Ill and Dying Patients: A Collaborative Model. *The Cancer Journal, 12*(5), 398-416.

Ramezani , M., & Ahmadi, F. (Junio de 2014). Spiritual care in nursing: a concept analysis. *International Nursing Review, 61*(2), 211–219.

Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 18 de Agosto de 2014, de http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae

Reed, P. (Octubre de 1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality nursing. *Research in nursing & Health, 15*(5), 349-357.

Rieg, L., Mason, C., & Preston, K. (Noviembre-Diciembre de 2006). Spiritual care: practical guidelines for rehabilitation nurses. *Rehabilitation Nursing, 31*(6), 249-256.

Rippentrop, E. (2005). A Review of the Role of Religion and Spirituality in Chronic Pain Populations. *Rehabilitation Psychology, 50*(3), 278-284.

Rivas, J. (2007). *Espiritualidad en pacientes con insuficiencia renal.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería.

Rodríguez, D., & Ortíz, M. (22 de 5 de 2011). Una década cuatro iglesias en Colombia no es católica. *El Tiempo*.

Ross, L. (Julio de 2006). Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *Journal of Clinical Nursing, 15*(7), 852-862.

Sánchez, B. (2004). *Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Sánchez, B. (2004). Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte. Surgen luces de esperanza para acoger mejor el reto de la totalidad, tras años de investigación en enfermería. *Aquichán*, 6-9.

Sánchez, B. (2008). Comparación entre el bienestar espiritual de pacientes del programa de enfermería cardiovascular y el de personas aparentemente sanas. *Rev. Avances en enfermería, 26*(1), 65-74.

Sánchez, B. (2008). Comparación entre el bienestar espiritual de personas con VIH/SIDA y el de personas aparentemente sanas. En: Actualizaciones de enfermería. *11*(1), 9-14.

Sánchez, B. (2009). Bienestar espiritual de enfermos terminales y de personas aparentemente sanas. *Revista Investigación y Educación en Enfermería, 27*(1), 86-95.

Sánchez, B. (2009). Bienestar espiritual de personas con y sin discapacidad. *Rev. Aquichán, 9*(1), 8-22.

Sánchez, R., & Echeverry, J. (2004). Validación de escalas de medición en salud. *Revista de Salud Pública, 6*(3), 302-318.

Sawatzky, R., & Pesut, B. (2005). Attributes of Spiritual Care in Nursing Practice. *Journal of Holistis Nursing, 23*(1), 19-33.

Sheldon, J. (2000). Spirituality as a part of nursing. *Journal of Hospice & Palliative Nursing, 2*, 101-108.

Shih, F., Gau, M., Mao, H., Chen, C., & Lo, C. (Noviembre de 2001). Empirical validation of a teaching course on spiritual care in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing, 36*(7), 333-346.

Shu Shan, T. (2009). An Occupational Therapist's Contribution to Spiritual Care within a Palliative Care Setting: a student OT's perspective. *Australian Journal of Pastoral Care and health, 3*(1), 1-9.

Simon, C., Crowther , M., & Higgerson, H. (Enero de 2007). The stage-specific role of spirituality among African American Christian women throughout the breast cancer experience. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology, 13*(1), 26-34.

Sinclair, S., Mysak, M., & Hagen, N. (2009). What are the core elements of oncology spiritual care programs? *Palliat Support Care, 7*(4), 415-422.

Souza, J., Roque, J., & López, L. (2010). A dimensão religiosa dos usuários na prática do atendimento à saúde: percepção dos profissionais da saúde. *O MundO da Saúde, São Paulo, 34*(4), 430-436.

Tanyi, R. (Septiembre de 2002). Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing, 39*(5), 500-509.

Taylor, E. (Julio-Agosto de 2003). Nurses caring for the spirit: patients with cancer and family caregiver expectations. *Oncology Nursing Forum, 30*(4), 585-590.

Taylor, E. (Julio de 2006). Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncology Nursing Forum, 1*(33), 729-735.

Taylor, E. (Febrero de 2007). Client perspectives about nurse requisites for spiritual caregiving. *Applied Nursing Research, 20*(1), 44-46.

Taylor, E., & Mamier, I. (Febrero de 2005). Spiritual care nursing: what cancer patients and family caregivers want. *Journal of Advanced Nursing, 49*(3), 260-267.

Taylor, E., & Outlaw, F. (Abril de 2002). Use of prayer among persons with cancer. *Holistic Nursing Practice, 16*(3), 46-60.

Taylor, E., Amenta, M., & Highfield, M. (Enero-Febrero de 1995). Spiritual care practices of oncology nurses. *Oncology Nursing Forum, 22*(1), 31-39.

Taylor, E., Mamier, I., Bahjri, K., Anton, T., & Petersen, F. (Abril de 2009). Efficacy of a self-study programme to teach spiritual care. *Journal of Clinical Nursing, 18*(8), 1131-1140.

Taylor, E., Testerman, N., & Hart, D. (Abril-Junio de 2014). Teaching spiritual care to nursing students:an integrated model. *Journal of Christian Nursing, 31*(2), 94-99.

Thomas, J., & Retsas, A. (Junio de 1999). Transacting self-preservation: a grounded theory of the spiritual dimensions of people with terminal cancer. *International Journal of Nursing Studies, 36*(3), 191-201.

Thuné-Boyle, I., Stygall, J., Keshtgar, M., & Newman, S. (Julio de 2006). Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine, 63*(1), 151-164.

Torres, I. (2011). *Perspectiva Espiritual Hombres y mujeres con Diabetes Mellitus.* Bogotá D.C: Universidad de La Sabana. Facultad de Enfermería.

Tristán, A. (2008). Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo. *Avances en medición, 6*, 37-48.

Tristán, A., & Molgado, D. (2007). *Tablas de validez de contenido (TVC).* Recuperado el 12 de Septiembre de 2014, de http://www.itsescarcega.edu.mx/documentos/desacad/Curso%20Taller/TABLAS~1.PDF

Unidos, D. d. (2013). *Embajada de Estados Unidos en América Bogotá. Colombia.* Recuperado el 16 de Septiembre de 2014, de Informe Internacional sobre la libertad religiosa y de culto: http://photos.state.gov/libraries/colombia/231771/PDFs/COLOMBIA2013INFORMELIBERTADRELIGIOSAINTERNACIONAL.pdf

Vachon, M. (Agosto de 2008). Meaning, spirituality, and wellness in cancer survivors. *Seminars in Oncology Nursing, 24*(3), 218-225.

Van Dover, L., & Bacon, J. (2001). Spiritual care in nursing practice: A close-up view. *Nursing Forum, 36*(3), 18-29.

van Leeuwen , R., & Cusveller, B. (Noviembre de 2004). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Advanced Nursing, 48*(3), 234-246.

van Leeuwen , R., Tiesinga, L., Middel , B., Post, D., & Jochemsen , H. (Octubre de 2009). The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *Journal of Clinical Nursing, 18*(20), 2857-2869.

van Leeuwen, R., Tiesinga, L., Midde, B., Post, D., & Jochemsen, H. (Octubre de 2008). The effectiveness of an educational programme for nursing students on developing competence in the provision of spiritual care. *Journal of Clinical Nursing, 17*(20), 2768-2781.

van Leeuwen, R., Tiesinga, L., Post, D., & Jochemsen, H. (Julio de 2006). Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. *Journal of Palliative Medicine, 15*(7), 875-884.

Vespa, A., Jacobsen, P., Spazzafumo, L., & Balducci , L. (Enero de 2011). Evaluation of intrapsychic factors, coping styles, and spirituality of patients affected by tumors. *Psychooncology, 20*(1), 5-11.

Vezeau , T., & Schroeder, C. (Abril de 1991). Caring approaches: a critical examination of origin, balance of power, embodiment, time and space, and intended outcome. *National League for Nursing, 15*(2392), 1-16.

Vlasblom, J., van der Steen, J., Dirk , L., & Jochemsen, H. (Noviembre de 2011). Effects of a spiritual care training for nurses. *Nurse Education Today, 31*(8), 790–796.

Waldron-Perrine, B., Rapport, L., Hanks, R., Lumley, M., Meachen, S., & Hubbarth, P. (Mayo de 2011). Religion and spirituality in rehabilitation outcomes among individuals with traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology, 56*(2), 107-116.

Walton , J., & Sullivan, N. (Junio de 2004). Men of prayer: spirituality of men with prostate cancer: a grounded theory study. *Journal Holist Nursing, 22*(2), 133-51.

Walton, J. (Octubre de 2002). Finding a balance: a grounded theory study of spirituality in hemodialysis patients. *Nephrology Nursing Journal, 29*(5), 447-456.

Watson, J. (2009). *Ponencia del Primer congreso internacional de Enfermería.* Chihuahua-México: Universidad Autónoma de Chihuahua.

Watts, J. (2009). Meanings of spirituality at the cancer drop-in. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 4*(2), 86 93.

White, M., Verhoef, M., Davison, B., Gunn, H., & Cooke, K. (2008). Seeking Mind, Body and Spirit Healing—Why Some Men with Prostate Cancer Choose CAM (Complementary and Alternative Medicine) over Conventional Cancer Treatments. *Integrative medicine insights, 3*, 1-11.

WHOQOL SRPB Group. (2005). A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Social Science & Medicine, 62*(6), 1486–1497.

Wong, K., Lee, L., & Lee, J. (Septiembre de 2008). Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *International Nursing Review, 55*(3), 333-340.

Wu, L., & Lin, L. (Diciembre de 2011). Exploration of clinical nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Journal of Nursing Research, 19*(4), 250-256.

Yanez, B., Edmondson, D., Stanton, A., Park, C., Kwan, L., Ganz, P., y otros. (Agosto de 2009). Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: relative contributions of having faith and finding meaning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(4), 730-741.

Yardley, S., Walshe, C., & Parr, A. (Octubre de 2009). Improving training in spiritual care: a qualitative study exploring patient perceptions of professional educational requirements. *Palliative Medicine, 23*(7), 601-607.

Yi, M., Mrus, J., Wade, T., Ho, M., Hornung, R., Cotton, S., y otros. (Diciembre de 2006). Religion, Spirituality, and Depressive Symptoms in Patients with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine, 21*(5), 21-27.

Yoffe, L. (2006). Efectos positivos de la religión y la espiritualidad en el afrontamiento de los duelos. *Psicodebate. Psicología cultura y sociedad*, 193- 206.

Zavala, M., Vazquez , O., & Wethsell , M. (2006). Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. *Aquichán, 6*(1), 8-21.