

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE ENFERMERÍA

CARRERA DE ENFERMERÍA

**PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA SOBRE LA ATENCIÓN DE
LAS NECESIDADES ESPIRITUALES DE LOS PACIENTES EN FASE TERMINAL EN EL
HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DE LA CIUDAD DE
QUITO, ENERO-FEBRERO 2016.**

**DISERTACIÓN DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

Elaborado por:

MARÍA PATRICIA ESPINOZA VILLALTA

Quito, Septiembre 2016

Resumen

Objetivos: Analizar percepción que tienen los profesionales de enfermería sobre la atención de las necesidades espirituales de los pacientes en fase terminal en el Hospital del Adulto Mayor de la ciudad de Quito, durante enero-febrero 2016.

Métodos: Con el fin de explorar y analizar la percepción y experiencia profesional que las enfermeras del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, tienen sobre la atención de las necesidades espirituales de los pacientes en la práctica clínica, se realizó un estudio cualitativo de corte transversal, el estudio fue realizado entre Enero y Febrero de 2016. Se utilizó los siguientes instrumentos: una guía de observación, un cuestionario sociodemográfico y una entrevista.

Resultados: Se demostró que los participantes dieron el 23% de la atención espiritual en nivel general a los pacientes, mientras que la atención espiritual específica obtuvo el 0%, el personal enfermero ha adjudicado que la causa es la falta de formación en este campo, la carga administrativa, la rutinización y la falta de tiempo para dar este tipo de cuidado a los pacientes en fase terminal.

Conclusión: Los profesionales de enfermería de la Institución no satisfacen los cuidados espirituales de sus pacientes, por una parte, la falta de formación como lo notificaron los mismos profesionales y por otra parte la sobrecarga de actividades de índole administrativo se considera una limitante en provisión de cuidados espirituales. Estos aspectos plantean la necesidad de que se tomen medidas correctivas y urgentes para proporcionar el cuidado paliativo de enfermería de manera holista.

Palabras clave: profesionales de enfermería, necesidades espirituales, paciente terminal.

Abstract

Objectives: To analyze nurse's perception about spiritual attention of terminal patients at Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor in Quito, during January- February 2016.

Methods: By exploring and analyzing the professional perception and experience that nurses of Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, have regarding the spiritual needs of patients; a qualitative research was conducted in order to study complex phenomenon in determined context with defined variables. The study was conducted between January and February 2016. The following resources were used: observational guide, social and demographic questionnaires and a survey. The participants were thirteen nurses at Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.

Results: The study found that the spiritual and religion concepts can be mixed up. It was also determined that nurses provided the 23% of the general spiritual activities to the patients and 0% of the specific spiritual activities. The main causes were mentioned as: that nurses hadn't received any formal education in this particular area, the amount of administrative tasks that perform, limiting the direct care to the patients, as well as the routinization of nursing work.

Conclusion: Nursing professionals at Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor do not satisfied the spiritual care to the patients Based on the tools used in this research, nurses express there is a lack of time and training since administrative activities consume most part of their time. These aspects demand some corrective and urgent measures to provide a holistic palliative nursing care.

Keywords: Nurse, spiritual needs, palliative patients.

Dedicatoria

Dedico mi trabajo de investigación primeramente a Dios que fue quien me dio la capacidad para desarrollarlo, la perseverancia para continuar y la gracia para terminar; la dedico a mis padres, hermanos y amistades ya que siempre han estado luchando junto a mí apoyándome.

"^{13b} Olvido lo que dejé atrás y me lanzo a lo que está por delante, ¹⁴ corriendo hacia la meta, para alcanzar el premio a que Dios me llama desde lo alto en Cristo Jesús". (Epístola a los Filipenses Cap. 3 13-14)

Agradecimiento

Mi sincero agradecimiento va a Dios y todos mis familiares, amigos y maestros que me han sabido guiar durante mis estudios con sus sabios consejos y me han tendido la mano cuando me encontraba en el piso, por todo esto y por momentos especiales que he compartido con todos ellos, les agradezco y a la vez he reservado un lugar en mi corazón para cada uno de ellos, si en el futuro el destino nos vuelve a unir yo estaré allí para caminar juntos otro periodo más con la ayuda de nuestro Dios.

⁷ Pedid y se os dará; buscad y hallaréis; llamad y se os abrirá. ⁸ Porque todo el que todo el que pide recibe; el busca halla; y al que llama, se le abrirá (Evangelio de San Mateo cap. 7, 7-8)

INDICE

Resumen	i
Abstract	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
INDICE	v
INDICE DE TABLAS	vi
INDICE DE ANEXOS	viii
Introducción	viii
Capítulo I. ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Justificación	2
1.3 Objetivo general	3
1.3.1 Objetivos específicos	3
Capítulo II. MARCO TEÓRICO	4
2.1 Enfermedad terminal	4
2.2 Los Cuidados Paliativos	4
2.3.1 Historia del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor	17
2.4 Marco Metodológico	19
2.4.1 Diseño	19
2.4.2 Campo de estudio	19
2.4.3 Población	19
2.4.4 Criterios de inclusión	20
2.4.5 Criterios de exclusión	20
2.4.6 Técnicas de recogida de datos	20
Capítulo III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	22
3.1 Análisis de los datos	22
3.2 Discusión	43
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	49
BIBLIOGRAFÍA	52
Anexos	58

INDICE DE TABLAS

TABLA 1 Resumen del Cuestionario Sociodemográfico.....	23
TABLA 2 Aplicación de la Guía de Observación a los Profesionales de Enfermería.....	33
TABLA 3 Aplicación de la Guía de Observación a los Profesionales de Enfermería.....	34
TABLA 4 Aplicación de la Guía de Observación a los Profesionales de Enfermería.....	34
TABLA 5 Aplicación de la Guía de Observación a los Profesionales de Enfermería.....	35
TABLA 6 Aplicación de la Guía de Observación a los Profesionales de Enfermería.....	36
TABLA 7 Aplicación de la Guía de Observación a los Profesionales de Enfermería.....	36
TABLA 8 Aplicación de la Guía de Observación a los Profesionales de Enfermería.....	37
TABLA 9 Aplicación de la Guía de Observación a los Profesionales de Enfermería.....	38
TABLA 10 Aplicación de la Guía de Observación a los Profesionales de Enfermería.....	38
TABLA 11 Aplicación de la Guía de Observación a los Profesionales de Enfermería.....	39
TABLA 12 Aplicación de la Guía de Observación a los Profesionales de Enfermería.....	40
TABLA 13 Aplicación de la Guía de Observación a los Profesionales de Enfermería.....	40
TABLA 14 Aplicación de la Guía de Observación a los Profesionales de Enfermería.....	41
TABLA 15 Acumulado de Cuidados Espirituales Brindados por Enfermeras Observadas	42

INDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 Plan de Trabajo o Cronograma	58
ANEXO 2 Presupuesto	58
ANEXO 3 Operacionalizacion de Variables.....	59
ANEXO 4 Cuestionario Sociodemográfico	64
ANEXO 5 Hoja de Información y Consentimiento Informado para el Cuestionario Sociodemográfico.....	66
ANEXO 6 Guia de Entrevista para el Personal de Enfermería.....	69
ANEXO 7 Hoja de Información y Consentimiento Informado para las Entrevistas en Profundidad	70
ANEXO 8 Guia de Observación para Enfermeras Asistenciales en Relación al Cuidado Esperitual de los Pacientes en Fase Terminal	73
ANEXO 9 Hoja de Información y Consentimiento Informado para la Guía de Observación de Enfermeras.....	80

Introducción

En algunos países de Europa y América del Norte se ha registrado una amplia trayectoria del cuidado que proporcionan los profesionales de enfermería atendiendo a pacientes en fase terminal. De los varios estudios realizados sobre el cuidado de enfermería en este tipo de pacientes, se ha podido observar la importancia que tiene el cuidado espiritual en pacientes en fase terminal y como esta dimensión del cuidado ha influido en el tratamiento y evolución de las enfermedades, y hasta se han reportado sanaciones y curaciones como resultado del cuidado (Navas 2006). El presente estudio ha buscado analizar la percepción que tienen los profesionales de enfermería sobre la atención de las necesidades espirituales de los pacientes en fase terminal en el Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor - HAIAM en Quito.

En la ciudad se cuenta con varias instituciones que atienden a los pacientes en fase terminal como son: Hospice San Camilo - FECUPAL, los Amigos benefactores de Enfermos Incurables – ABEI, el Hospital de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer - SOLCA, el Hospital Vozandes, el Hospital de la Fuerzas Armadas y el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. En esta última institución de carácter público, se realizó la investigación, misma que está dividida en tres capítulos:

En el capítulo I, se describe el planteamiento del problema, la justificación, el objetivo general y los objetivos específicos.

En el capítulo II, se incluye: el marco teórico, el marco metodológico, diseño, población, criterios de inclusión y exclusión, y los instrumentos que se utilizaron en la investigación una guía de observación que se les aplicó a los profesionales de enfermería, un cuestionario sociodemográfico y una entrevista profunda.

En el capítulo III, registran los resultados, análisis, discusión y conclusiones y recomendaciones

Capítulo I. ASPECTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La dimensión espiritual ha sido parte esencial en los cuidados de enfermería desde una perspectiva holística de la atención. Ésta forma de entender el cuidado es una expresión de la fundamentación humanista de la profesión de enfermería. No obstante, en este contexto, ésta dimensión dentro de los cuidados enfermeros ha estado relativamente poco desarrollada; por lo que ha existido escasa experiencia y evidencia en el área asistencial en relación a este tema. Varios estudios de investigación sugieren que los profesionales de enfermería han tenido dificultad a la hora de hacer una valoración de la dimensión espiritual en su práctica profesional (Ellis HK & Narayanasamy, 2009). Dichos estudios registran que la percepción que tienen los enfermeros/as sobre la dimensión espiritual, podría influenciar en el grado en cómo han sido identificadas las necesidades espirituales de los pacientes y en cómo fueron planificadas y ejecutadas las intervenciones para solucionarlas. A la vez, existe evidencia de que al identificar las necesidades de tipo espiritual y aplicar los cuidados correspondientes ha disminuido el sufrimiento del paciente y le han proporcionado bienestar espiritual. Ése bienestar se lo ha relacionado con un aumento de los índices de salud física y mental y una expectativa de vida más prolongada, así lo demostró (Higuero, 2012) en su estudio cuando se preguntó ¿Cómo fue la percepción que tuvieron los profesionales de enfermería asistencial, sobre la atención de las necesidades espirituales de los pacientes terminales en la práctica clínica?

Esta pregunta es la que motivó el presente estudio ubicando la misma en el contexto del país y en una institución en la que la práctica profesional se enmarca en la atención de pacientes terminales.

1.2 Justificación

Los cuidados paliativos fueron creados para dar una asistencia de calidad a los pacientes oncológicos y no oncológicos en fase terminal. Este tipo de cuidados ha cobrado fuerza frente por un lado a la mayor expectativa de vida de la población y por otro lado, la necesidad de prestar servicios en el área de salud con un enfoque integral, considerando las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales de los pacientes. Han sido los profesionales de enfermería los principales actores en promover la atención integral a los pacientes terminales, este hecho ha permitido generar desde programas formativos de especialidad en la profesión hasta la práctica profesional independiente en la atención domiciliaria a los pacientes terminales en otros países (Montes de Oca, 2006).

Con los antecedentes descritos se hace necesario conocer las características de la práctica de los enfermeros/as en la atención de los pacientes terminales, primariamente enfocada a las necesidades de naturaleza espiritual que tienen los pacientes. En este acercamiento a la práctica, se ha querido poner de manifiesto los cuidados que no son registrados en los informes de enfermería pero que sin embargo, se han proporcionado de manera complementaria en la intervención de enfermería a los pacientes. La presencia de teorías y paradigmas de la profesión, como el de Virginia Henderson y otros han mostrado la necesidad de tener un soporte espiritual para complementar el tratamiento (Gomis, 2012).

1.3 Objetivo general

Analizar la percepción que tienen los profesionales de enfermería sobre la atención de las necesidades espirituales de los pacientes en fase terminal, en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Quito, durante enero-febrero 2016.

1.3.1 Objetivos específicos

1. Describir las características sociodemográficas del personal que labora en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.
2. Identificar las actividades que realizan los profesionales de enfermería Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor en relación a los procesos asistenciales.
3. Determinar el tipo de cuidados espirituales que brindan los profesionales de enfermería del Hospital del Adulto Mayor, a los pacientes en fase terminal mediante la práctica observada.
4. Describir las condiciones que favorecen o limitan a los profesionales de enfermería del Hospital del Adulto Mayor, en el abordaje del cuidado espiritual de los pacientes en fase terminal.

Capítulo II. MARCO TEÓRICO

2.1 Enfermedad terminal

Se define enfermedad terminal a una serie de eventos que la caracterizan tales como: la presencia de una enfermedad que es progresiva e incurable, la falta de una respuesta positiva a los diversos tratamientos, los síntomas son más fuertes y se vuelven multifactoriales, las posibilidades de vida son menores a seis meses (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2014). Las enfermedades que se consideran muy cercanas a las características anteriormente citadas son el cáncer, el SIDA, insuficiencia de algún órgano (cardíaca, renal, hepática) (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2014).

Los pacientes oncológicos y no oncológicos en fase terminal deben tener un cuidado particular, deben ser atendidos en áreas idóneas, donde se les pueda brindar los cuidados necesarios y multidisciplinarios, abarcando todas sus esferas (físicas, psicológicas, sociales y espirituales), todo lo que les ayude a calmar su dolor, su ansiedad, su depresión, su soledad, prolongará unos años más de vida y si se le atiende efectivamente pues esos años de vida no serán solo de sufrimiento sino que serán de buena calidad, logrando el objetivo principal que es el de ofrecer una calidad asistencial de excelencia.

2.2 Los Cuidados Paliativos

Gabriela Montes de Oca escribió acerca de la historia de los cuidados paliativos en el 2006 entre lo más relevante tenemos:

Los Hospices son espacios que se han diseñado con el fin de brindar confort, bienestar, soporte emocional y espiritual sea para el paciente y su familia cuando ya llegan a la fase terminal de su enfermedad, tienen como objetivo tratar a los pacientes en la etapa final de su vida, manteniéndoles libres de dolor y controlando los síntomas propios de la enfermedad, se trata de que la estadía en este lugar sea similar al de su hogar, se le permite estar con sus seres queridos y se ofrece una muerte con dignidad.

El nacimiento de los cuidados paliativos se dio gracias a la Dra. Cicely Saunders al sur de Londres con la fundación del St. Christopher`s Hospice en 1961, esto es lo que en la actualidad se conoce como cuidados paliativos, aquí se da atención integral, activa y continua a los pacientes y sus familiares a través del equipo multidisciplinario que su principal función no es la de alargar la vida del paciente sino el de acompañarlo para que tenga una muerte digna y también cubrir las necesidades del mismo.

Una mujer que también brindó atención a los enfermos terminales fue Elizabeth Klüber Ross, quien fue profesora de psiquiatría en la Universidad de Chicago. Escribió un libro sobre la muerte y los moribundos en 1969, en el mismo se describen los cinco estadios en la dimensión espiritual de los pacientes durante la fase terminal donde ellos experimentan emociones como: negación, rabia, aislamiento, negación y depresión.

Los cuidados paliativos en Canadá los Hospices eran considerados solo a las estructuras físicas, en 1970 Winnipeg y Montreal introdujeron el concepto de Unidades de Cuidados paliativos dentro de los hospitales para enfermos en fase terminal. (Montes de Oca, 2006)

En los Estados Unidos los cuidados paliativos entran en el sistema público de Salud Medicare con 31 centros de atención y en 1993 subieron a 1.288 las instituciones creadas con este fin. (Montes de Oca, 2006)

En 1980 en España se desarrolla la medicina paliativa con profesionales que tienen un enfoque diferente para cuidar a los enfermos terminales en 1982 crean la primera unidad de

cuidados paliativos, y en 1987 se construyó la Unidad del Hospital de la Santa Creu de Vic den Barcelona. (Montes de Oca, 2006)

Breve reseña histórica de los movimientos de Hospices en el siguiente cuadro.

Cuadro de la historia del movimiento de los Hospices

Siglo	Año	Lugar	Tipo de Centro	Fundador
IV	400	OSTIA	Hospicio en el puerto de Roma	Fabiola
XII	-	EUROPA	Hospicios y Hospederías medievales	Caballeros Hospitalarios
XVI	1585	ROMA	Asistencia a domicilio	San Camilo De Lelis
XVII	1625	FRANCIA	Lazaretos y Hospicios	San Vicente de Paúl
XIX	1842	LYON	Hospices y Calvaries	Jeanne Garnier Asociación de Mujeres del Calvario
XIX	-	PRUSIA	Fundación Kaiserwerth	Pastor Flinder
XIX	1872	LONDRES	The Hostel of God (Trinity Hospice) St. Luke's Home y otras Protestant Homes	Fundaciones protestantes
XIX	1879	DUBLIN	Our Lady's Hospice	Madre Mary Aikenhead Y Hermanas Irlandesas de la Caridad
XX	1902	LONDRES	St. Joseph's Hospice	Hermanas Irlandesas de la Caridad
XX	1967	LONDRES	St. Christopher's Hospice	Dra. Cicely Saunders
XX	1975	MONTREAL	Unidad de Cuidados Paliativos del Royal Victoria Hospital	Dr. Belfaur Mount
XXI	1989 - 1995	CALI (Colombia)	La Viga (albergue)	Sor Joaquina Sardi
XXI	2002	BUENOS AIRES	Hospice San Camilo	Dr. Armando García Querol
XXI	2008	BUENOS AIRES	Hospice Buen Samaritano	Dr. Najun Matías

Fuente: Alberto Redaelli, Hospice, El Cuidado Personalizado y Humanizado del Enfermo Terminal, Ediciones Camilianas 2012. p.31.

Desarrollo de los cuidados paliativos en el Ecuador según el Atlas de Cuidados paliativos en Latinoamérica: manifiesta que lo pioneros en brindar un servicio de acogida a las personas con enfermedades crónicas y adultas mayores fueron los Amigos Benefactores de Enfermos Incurables (ABEI) iniciaron en el año de 1973, pero en 1996 el Padre Alberto Redaelli instauró la unidad de cuidados paliativos con 17 camas.

El Padre Alberto Redaelli en 1997 creó la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (FECUPAL), la misma ofrece atención sea en consulta externa como domiciliaria interdisciplinaria además ofrece también cursos de formación. Esta institución y el grupo de profesionales y voluntarios se han encargado de la difusión de los cuidados paliativos.

En 1992, en Guayaquil el Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo, inició el servicio de tratamiento del dolor, en el 2000 se abrió el servicio de cuidados paliativos.

En 1998 en la Universidad Estatal de Guayaquil Nancy Lino inicia su labor de docente en esta área. (Pastrana, 2012)

HITOS EN EL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

1996	Implementación de la primera Unidad de Cuidados Paliativos en Amigos Benefactores de Enfermos Incurables (ABEI) en Quito.
1997	Creación de la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (FECUPAL) en Quito.
1998	Se inicia la enseñanza de Cuidados Paliativos en la Universidad Estatal de Guayaquil.
2000	Implementación del Servicio de Paliativos en lucha contra el Cáncer del Ecuador (SOLCA) en Guayaquil.
2005	Primer Congreso Internacional de Cuidados Paliativos, organizado por la Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (FECUPAL)
2006	La Fundación Jersey inicia la formación en Cuidados Paliativos para profesionales de la salud y voluntarios, con aval de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
2007	Primer Diplomado de Enfermería en Cuidados Paliativos, en Quito.
2009	Iniciación de cursos de posgrado de Oncología y Cuidados paliativos para enfermeras.

2009	Fundación de la Asociación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos (SECUP).
2010	Formación de la Comisión Interinstitucional de Cuidados Paliativos para la redacción de un Acuerdo Ministerial acerca de Cuidados Paliativos en conjunto con el Consejo Nacional de Salud (CONASA). Proyecto de desarrollo del Plan Nacional de Cáncer.
2011	Se promulga el Acuerdo Ministerial donde se reconocen los Cuidados Paliativos como una necesidad. La Comisión Interinstitucional lidera la implementación de los Cuidados Paliativos como parte del Sistema Nacional de Salud.

Fuente: Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica ALCP. 1ª edición, Ecuador, 2012, pg. 50,51.

Mantener la calidad de los cuidados paliativos es un reto para el futuro que pasa por preservar la Medicina Paliativa de cualquier deterioro posible y conservar vivos los principios últimos que animaron el surgir de los cuidados paliativos: respeto por la dignidad de la persona, un concepto de vida humana con claras raíces cristianas, alivio del sufrimiento cualquiera que sea, en el enfermo y en quienes le acompañan, respeto por la autonomía del enfermo. (Centeno, 2006)

La definición de los cuidados paliativos según el American College of Physicians, cataloga al paciente en estado terminal como: “aquél enfermo que se encuentra en una situación irreversible para recuperar su salud, reciba o no tratamiento, cuando los recursos experimentales ya se han aplicado sin eficacia terapéutica y que de un periodo de tres a seis meses, fallecerá”. (González C, 2012)

Otros autores manifiestan la importancia de los cuidados paliativos y el tratamiento del dolor como pilares fundamentales para mejorar o mantener la calidad de vida de los pacientes, el dolor se logra disminuir a través de los fármacos como el tramal, paracetamol, morfina en última estancia, etc. Se hace hincapié en una cooperación internacional para caminar juntos en el tratamiento a este tipo de pacientes.

Se propone de crear más interés en el personal enfermero para la atención a estos pacientes que tienen un bajo porcentaje de vida, brindándoles no solo el tratamiento farmacéutico sino

también la calidad de la atención, como bien se considera en la Declaración del comité Europeo, como cita Astudillo (2009)

Se muere mal cuando la muerte no es aceptada; se muere mal cuando los profesionales no están formados en el manejo de las reacciones emocionales que emergen en la comunicación con los pacientes; se muere mal cuando se abandona la muerte al ámbito de lo irracional, al miedo, a la soledad en una sociedad donde no se sabe morir", aunque fue enunciada en 1981, sigue vigente en muchos países y precisa una gran acción solidaria de todos para cambiarla. Los Cuidados Paliativos (CP) y los tratamientos para el dolor (TD), por la calidad de vida que proporcionan, se deben considerar un derecho humano esencial y una realidad para todos. En este sentido, la estrategia de salud pública de la OMS se está mostrando muy eficaz para integrar/establecer los CP en un país y trasladar los nuevos conocimientos y destrezas basados en la evidencia a intervenciones coste-eficaces que alcancen a toda la población. Consiste en la promoción de:

- a) políticas de salud gubernamentales apropiadas;
- b) disponibilidad farmacológica adecuada (los medicamentos esenciales);
- c) educación de administradores, trabajadores sanitarios y del público, y
- d) implementación de los servicios paliativos en todos los niveles sanitarios, incluida la atención a domicilio.

Los cuidados paliativos integran una serie de variables y prácticas que deben ser personalizadas en función de las necesidades y contextos del paciente. A continuación se citan algunas de estas variables y prácticas, las cuales han sido el punto de partida para la comprensión del cuidado que debe ser proporcionado al paciente

Dentro de la guía de la Organización Mundial de la Salud para desarrollar programas eficaces en el control del cáncer aplicación de conocimientos se encuentran los siguientes puntos:

- Ser escuchado, este punto hace alusión al poner atención a todo lo que el paciente está refiriendo a la enfermera/o, es el gastar el tiempo sin limitarse ya que al momento en

que el paciente percibe el afán o la falta de interés de quién lo cuida él se puede retraer y aislarse.

- Aplicar terapia del dolor, para aliviar sus dolencias que son múltiples, todo individuo merece una muerte digna, más aún si no ha logrado alcanzar sus metas, ésta es otra dolencia que le afecta no solo lo físico sino la parte afectiva de la persona y para esto el psicólogo es quien se encarga de aliviar este sufrimiento.
- Tratarlos con cariño y complacerlos en las pequeñas cosas, como por ejemplo: complacer al paciente en algún plato típico que desee comer para el almuerzo, llevarlo a dar un paseo por el parque, tomar un helado de su preferencia, participar de algún acto social-cultural de su interés, llevarlo a la iglesia de su culto para que pueda desahogar su parte espiritual etc. Todas estas actividades que él realizaba antes de entrar en esta fase de terminal.
- Dejar que sus familiares lo visiten en los diferentes horarios, es de vital importancia ya que puede hacer el ambiente más amigable y familiar; sin restricción alguna, con este punto se hace referencia a que pueden visitarlo tanto los niños como las mascotas, que por lo general son prohibidos en los hospitales comunes y en cambio para ellos se consideraría lo más normal.
- Otro punto que se considera importante es la visita del equipo interdisciplinario a la casa del paciente para palpar la situación que la familia vive a causa de este avvenimiento, se podría realizar en estas visitas promoción y prevención, y se continuaría con el seguimiento de la misma luego de que el paciente haya muerto.
- Éstos son los cuidados a los que se debería llegar en el área de un hospital dedicado a los pacientes terminales, dejando a un lado las barreras de las restricciones, que al

parecer pueden obstaculizar el proceso de la calidad de vida de éstos individuos en su etapa final.(OMS, 2007)

En el proceso de atención de enfermería al considerar la valoración de necesidades espirituales estas, deben ser reconocidas en primer lugar, para el efecto el estudio identifica las necesidades descritas por Bermejo (2008)

Ser reconocido como persona: Es el deseo de sentirse sujeto y no objeto por los cuidados que recibe, necesita que le tomen en cuenta en las decisiones que toman, necesitar sentirse amado.

Releer la propia historia: la persona necesita buscarle un sentido a su vida, repasar las vivencias con sus aciertos, limitaciones y buenos frutos que haya cosechado, en un todo resumir que su ciclo de vida se está cerrando pero que esto le produzca sentimientos de paz no de amargura.

Necesidad de encontrar sentido: es el esclarecer el ¿por qué del sufrimiento y de la muerte?, y como es la actuación y actitud de la persona para trabajar, luchar y amar. (Viktor E. Frankl, 1926)

Liberarse de la culpa, perdonarse: significa el auto perdonarse, dejar a un lado las culpas que pueden ser de diferentes índoles como infidelidades o acontecimientos muy personales.

Trascendencia: depositar la vida en algo más de sí mismo: está relacionado con el encuentro con un Tú, o también en lugares de su preferencia como la naturaleza, el arte o su propia religión.

Continuidad: Se refiere a vivir de manera intensa cada momento, es el dar continuidad a sus proyectos.

Esperanza auténtica, no falsas ilusiones: es lo que le da estabilidad en los momentos de turbulencia, son sus experiencias vividas en el presente.

Expresar sentimientos y vivencias religiosas: significa desahogarse con su propio Dios, tener una experiencia de él y cultivar dicha relación.

Las necesidades espirituales han sido recogidas por varias asociaciones de profesionales especializados en cuidados paliativos y en el campo de enfermería, en este último es pertinente citar los enfoques teóricos y paradigmáticos de la profesión así como experiencias que testimonian el enfoque holístico que caracteriza a una profesión orientada al servicio a los demás cabe citar las siguientes:

Tabla. Dimensiones de la atención al paciente terminal

Manejo de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - Historia oncológica/ no oncológica - Diagnóstico principal - Valoración pronóstica - Comorbilidad: diagnósticos secundarios - Grado de conocimiento del paciente de la enfermedad. - Alergias, efectos secundarios medicamentosos, efectos adversos. - Hábitos tóxicos (alcohol, tabaco, otros) - Medicación: Habitual/específica/sintomática
Necesidades físicas	<ul style="list-style-type: none"> - Repercusión funcional de los síntomas - Estado cognitivo, nivel de conciencia. - Función autónoma/o, dependiente (motor – movilidad, excreción, ingesta / sentidos – oído- vista- tacto- olfato / psicológico- descanso / sexual) - Ingesta de líquidos y alimentos - Dolor y otros síntomas (cardiorrespiratorios, gastrointestinales (nauseas, vómitos, intolerancias alimenticias, estreñimiento) / condiciones de la boca (sequedad, mucositis) / condiciones de la piel) / (sequedad, prurito, rash, nódulos) / generales- agitación, anorexia, caquexia, astenia, debilidad, hemorragia, somnolencia, derrame pleural, ascitis, fiebre, escalofrío-distermia, incontinencia, insomnio, linfedema, mioclonias, prolapsos, sudoración, síncope, vértigo.

	<ul style="list-style-type: none"> - Úlceras. - Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol
Psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> - Experiencias, personalidad previa. - Información: que sabe y que quiere saber el paciente. - Adaptación: estado de ánimo, cómo respondió al diagnóstico y a la situación de terminalidad, necesidades de comunión, autoimagen, sentimientos de culpa. - Expectativas: en cuanto a la enfermedad, en cuanto a la enfermedad, en cuanto a la calidad de vida. Motivación. - Cómo percibe el paciente el apoyo familiar/social (sufrimiento, escaso...). - Facilidad de acceso a atención psicológica especializada.
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Valores, creencias. - Valoración por personal específico (trabajo social) para todos los pacientes por protocolo. - Relaciones afectivas: rol social, aislamiento, conflictos familiares y/o con la comunidad, dinámica familiar. - Materiales/prácticas: recursos, vivienda, ambiente confortable, testamento. - Socioeconómico: necesidades laborales (trabajo-paro), asegurar recursos para el paciente/familia. - Socioculturales: ocio, actividades sociales, continuar con su vida habitual, reconocer valores y creencias. - Cuidados: actuales y prever necesidades futuras (asegurar continuidad de cuidados) - Familiares: permisos laborales para realizar los cuidados del paciente, ayuda social para realizar los cuidados. - Seguridad, entorno confortable. - Privacidad, intimidad. - Rutinas, rituales, recreaciones. - Recursos económicos, gastos. - Asuntos legales (ejemplo: delegación de poderes por finanzas, para gastos de salud, directivas anticipadas, testamento, beneficiarios) - Protección de cuidadores familiares. - Tutela, necesidad de custodia.
Espirituales o trascendentes	<ul style="list-style-type: none"> - Existencial, trascendencia - Valores, creencias, prácticas, afiliaciones - Búsqueda del significado de su enfermedad - Necesidad de valorarse uno por lo que es - Necesidad de que respeten sus creencias religiosas - Saber que son respetados sus símbolos y ritos - Darle sentido a su vida (reconciliación, culpa, revisión aspectos) - Compartir sus inquietudes espirituales - Necesidad de trascendencia, a través del

	<p>legado o creencias de la vida después de la muerte.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esperanza – matricial - Sentido vital, valores - Consultores espirituales, ritos, rituales - Símbolos, íconos
Asuntos prácticos	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de preservar su autonomía en el apoyo en sus actividades de la vida diaria básica e instrumental. - Necesidad de cobertura de sus cuidados personales y gestiones - Accesibilidad al equipo terapéutico - Educación sobre los cuidados - Cuidador - Acceso telefónico, transporte - Necesidad de mejorar el acceso a los recursos y facilitar el transporte - Necesidad de cobertura económica
Necesidades del enfermo en agonía	<ul style="list-style-type: none"> - Control de síntomas: disnea, ansiedad, dolor, delirio, miedo, debilidad - Cuidados de confort - Comunicación, hablar, ser escuchado - Tener en cuenta donde quiere que se realice la atención y acompañamiento, necesidad de saber posibilidades - Saber quién le va a acompañar y cuidar , necesidad de los cuidadores de que también se los cuide - Cierre de la vida (ejemplo: completar los negocios, cerrar relaciones, despedirse) - Donaciones (ejemplo: objetos, dinero, órganos, recuerdos-ideas) - Pacto / adaptación en las decisiones recursos - Saber la gravedad - Resolución de asuntos pendientes legales, económicos, legados-herencias, conflictos previos (personales - espirituales) - Últimas voluntades: tratamientos, sedación, qué hacer con el cuerpo, asistencia espiritual. - Ritos religiosos y funerarios
Necesidades de la familia durante la agonía	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción del control, de la situación por sanitarios - Continuidad asistencial y en las decisiones - Accesibilidad al recurso adecuado - Anticipación de problemas/situaciones: aparición de síntomas, decisiones, agotamiento, duelo. - Sensación de control/seguridad y entrenamiento: en cuidados / en manejo de síntomas-medicación / información escrita - Explicar los porqués y las causas y posibles desenlaces. - Cómo saber que se está muriendo. Seguimiento de la agonía. - Facilitar despedidas: espacios para expresión emocional=tiempo específico

	<ul style="list-style-type: none"> - Entrenamiento en burocracia de la muerte - Anticipación y manejo de cambios psicológicos en las últimas horas de vida. - Herencias - Ritos funerarios y religiosos
Duelo y pérdidas	<p>Paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recuperar las pérdidas físicas, emocionales, rol... - Soporte: espacio para ser escuchado - Soluciones y alternativas - Adaptación a las pérdidas emocionales, rol... <p>Familia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accesibilidad de profesionales - Soporte emocional (escucha, compañía) - Saber si es normal lo que están viviendo - Orientación para superar, sobrellevar la pérdida - Tiempo / Baja aspectos laborales - Aspectos legales (herencias / tutelas...) - Revisar los últimos días y las decisiones que se tomaron - Prevención del duelo patológico.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, 2007 pg. 47-49

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos estableció estándares de atención para los pacientes terminales y en dichos estándares aparecen los correspondientes al ámbito espiritual.

Atención de Pacientes y Familias

Área relevante	No	Criterio
Evaluación de necesidades	1	Los pacientes han de tener realizada una evaluación inicial de sus necesidades que quedará registrada en la historia clínica.
	2	El Equipo debe revisar periódicamente la evaluación de necesidades del paciente.
Objetivos terapéuticos	3	La unidad debe definir un plan de cuidados o de atención personalizado para cada paciente.
	4	El plan de atención debe contemplar el apoyo a las necesidades de la familia o entorno cuidador del paciente.
	5	El equipo registrará el control de síntomas y los resultados del plan terapéutico
	6	El equipo debe utilizar escalas validadas para la evaluación del dolor
	7	Los objetivos terapéuticos del paciente deben ser reevaluados periódicamente.
Atención Integrada	8	El equipo deberá disponer de un programa específico para la atención al duelo.
	9	El paciente debe tener identificado un cuidador principal de su asistencia desde el primer momento de atención.
	10	La unidad debe tener definido cómo acceder a los servicios en casos de urgencia.
	11	El paciente debe tener definido un plan

		Farmacoterapéutico.
Derechos del paciente	12	El paciente debe poder ofrecer siempre su consentimiento informado en las intervenciones que se recomienden.
	14	El equipo debe poder ofertar una asistencia espiritual según la voluntad del paciente.
Educación del paciente y familia	15	La unidad debe disponer de un protocolo de detección de las necesidades de educación del paciente y su familia.
	16	La unidad debe registrar la educación del paciente y la familia en una documentación apropiada.
	17	El paciente y su familia deben recibir educación sobre tratamiento farmacológico, nutrición y cuidado.

Fuente: SECPAL, Indicadores de Calidad en Cuidados Paliativos, 2006.

Toque humano, significado del servicio al otro, el acompañamiento en un proceso que tiene diferentes interpretaciones y que provoca diferentes reacciones. Elizabeth Klüber Ross, Cicely Sanders.

Elizabeth Klüber describe en su libro sobre la muerte y los moribundos, la importancia de escucharle al paciente cuando éste se lo pide ya que después puede ser demasiado tarde, un paciente le pidió que le escuchara pero Elizabeth le dijo que lo escucharía al día siguiente junto con sus estudiantes, al siguiente día el paciente ya no tuvo fuerzas para hablar y murió a pocas horas del encuentro ésta experiencia ayudó a Elizabeth a priorizar estos momentos especiales en los que los pacientes desean comunicar para poder partir en paz.

Ejemplo de una buena canalización de los cuidados paliativos, la siguiente historia de Subair de 50 años nos muestra cómo se puede devolver la dignidad al ser humano a través de este tipo de cuidado según la Guía de la OMS para el control del cáncer:

La vida de Subair cambió con los cuidados paliativos, le realizaron varias amputaciones en sus miembros, se sometió a radioterapia y quimioterapia, viene de una familia de clase media, y los gastos de su tratamiento le dejaron en bancarrota a tal punto que ya no pudo mantener a sus cuatro hijos y los tuvieron que enviar a un orfanato. Subair padecía de fuertes dolores y tuvo que viajar hasta Calicut para recibir asistencia en una clínica de cuidados paliativos

donde le proporcionaron la morfina oral y otros medicamentos antiinflamatorios y con esto quedaba totalmente aliviado del dolor, gracias a este alivio tuvo fuerzas para trabajar en una cafetería que la misma clínica dio ésta oportunidad de trabajo en la cafetería del hospital universitario, trabajando duro consiguió mantenerse y poder sacar a sus hijos del orfanato, recuperó también su autoestima y fue un efecto positivo en su calidad de vida. Durante los últimos años Subair ha continuado sometándose a intervenciones quirúrgicas, se ha aumentado la dosis de morfina para que se mantenga sin dolor, sigue activo, ha logrado dar estudio a sus hijos y hasta celebrar la boda de su hija, este hombre es un ejemplo de lo que se puede alcanzar con unos buenos cuidados.

2.3.1 Historia del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor

El Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, fue creado en el año de 1974, para solucionar las emergencias que presento el Hospital Psiquiátrico San Lázaro, por problemas de estructura física, vinieron tanto pacientes como personal mínimo a las instalaciones físicas pertenecientes a la Liga Ecuatoriana Antituberculosa, estableciéndose allí el Hospital Geriátrico Los Pinos, el 12 de Mayo de 1974 en las actuales instalaciones del hospital.

Se albergaron cerca de 220 personas, entre, niños, jóvenes, adultos y adultos mayores que con el pasar del tiempo se convirtieron en pacientes asilados, ya que muchos de ellos no tenían familiares, otros eran los indigentes encontrados por la policía en las calles de Quito y otros se quedaban por trastornos psiquiátricos. (Tito, 2016, p.13-15)

Al 2012 termino la remodelación del hospital, transformándose en un hospital con dedicación a la atención de la población geriátrica con enfermedades crónicas y pacientes en estado terminal.

La institución tiene como visión constituirse como un referente en la atención de cuidados paliativos por lo que ha incorporado la política y el protocolo de atención para los pacientes con cuidado paliativo, habiéndose conformado una unidad expresa para cuidado paliativo con

capacidad para 14 pacientes. En la política y protocolo se hace mención a las necesidades de orden espiritual. Las condiciones actuales de demanda de pacientes y la limitada presencia de profesionales de enfermería generan incertidumbre sobre la atención integral que la práctica profesional de enfermería debe ofrecer a los pacientes en término de calidad y seguridad.

La Institución cuenta con 6 profesionales de enfermería para la atención en el área de cuidados paliativos y tenían como personal de apoyo a los profesionales de enfermería de la unidad de agudos, la enfermera trabaja 12 horas con un promedio de 10 pacientes y cuenta con 1 o 2 auxiliares de enfermería por turno.

La institución cuenta con protocolos elaborados por el personal profesional de enfermería del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor entre ellos tenemos: Protocolos de Procedimientos Especiales, Protocolo de Identificación de Pacientes, Protocolo de Administración de Medicamentos y se cuenta también con el Manual de Procedimientos de enfermería de la unidad de cuidados paliativos 2013-2016 y las Normas del servicio de hospitalización 2015-2018.

2.4 Marco Metodológico

2.4.1 Diseño

Con el fin de explorar y analizar la percepción y experiencia profesional que las enfermeras asistenciales del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, tienen sobre la atención de las necesidades espirituales de los pacientes en la práctica clínica, se realizó un estudio cualitativo, considerándose que el diseño era adecuado para estudiar un fenómeno social dentro de una institución, permitiendo registrar el estudio de la experiencia humana desde la perspectiva de los participantes. Y también, porque la investigación cualitativa describe, comprende e interpreta la realidad tal cómo las personas piensan, sienten y actúan respecto a situaciones, eventos, fenómenos, interacciones y comportamientos observables.

2.4.2 Campo de estudio

El campo de estudio de esta investigación se centró en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor. Se ha elegido este hospital, principalmente por conveniencia ya que los pacientes terminales se encuentran concentrados en su mayoría aquí, por otro lado este lugar es exclusivo para pacientes en fase terminal que son referidos del Hospital Eugenio Espejo, con diferentes dolencias.

2.4.3 Población

Todo el personal de enfermería que labora diariamente con los pacientes en fase terminal y las coadyuvantes que son el grupo de enfermeras que se encargan del cuidado directo de pacientes que se encuentran en la Unidad de Agudos.

2.4.4 Criterios de inclusión

Profesionales de enfermería, con título de licenciadas/os, que realizan cuidados asistenciales y laboran de manera permanente o fija en el Hospital de Atención Integral del Adulto del Mayor.

2.4.5 Criterios de exclusión

La no aceptación de forma individual y voluntaria para la participación en el estudio.

2.4.6 Técnicas de recogida de datos

Se usó instrumentos validados con anticipación mediante la aplicación de un piloto, dichos instrumentos después de la validación, fueron aplicados al personal que reunían los criterios de inclusión. Los instrumentos usados fueron:

Cuestionario Sociodemográfico, seguido de la realización de **Entrevistas en Profundidad y de una Guía de observación**.

Cuestionarios Sociodemográficos: Con el fin de contextualizar la situación actual de los participantes, ya que esos datos pueden ayudar de forma significativa, a orientar las características de la población, en cuanto a la variabilidad de la misma. Las preguntas sobre espiritualidad incluidas en el cuestionario sociodemográfico, están basadas en estudios similares al de esta investigación (Higuero, 2013). Esta información dentro de un estudio cualitativo, sirve para poner en contexto el análisis de los datos y no para representar estadísticas significativas. (Ver Anexos 4, 5)

Entrevistas en profundidad. Con el propósito principal de contrastar, profundizar o ilustrar aspectos claves sobre el tema de estudio. Las entrevistas en profundidad se realizaron a todos los que participaron de esta investigación. (Ver Anexos 6, 7)

Guía de observación participante: Finalmente para contrastar lo dicho en la entrevista a profundidad y lo encontrado en la encuesta se utilizó un guía de observación, la misma que se llevó a cabo en los servicios de hospitalización, para con el debido consentimiento informado. (Ver Anexos 8, 9)

Capítulo III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Análisis de los datos

La investigación se realizó con 14 profesionales de enfermería, que corresponden al 89%, del total de los profesionales que laboran en la institución, quienes aceptaron participar en la investigación previo haber firmado los consentimientos informados de los tres instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos. (Anexos 4-9). Dichos profesionales eran responsables de la atención a los pacientes paliativos y rotaban también en la Unidad de Agudos del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor.

Se utilizó un enfoque inductivo; el análisis fue un proceso dinámico y sistemático, como resultado de dicho proceso, se presentan los resultados del análisis considerando en primer lugar, los la información recolectada en el cuestionario sociodemográfico, a continuación los hallazgos de la entrevista a los profesionales de enfermería; y por último la información integrada a través de la observación realizada por el investigador.

Se registra también que el 50% (7) de los participantes se encuentran en el rango de los 40-50 años, el 28% (4) en el rango de 31-40 años, el 14% (2) están entre los 51-60 años y sólo el 7% (1) están entre los 20-30 años. Se infiere que la institución privilegia la presencia de profesionales con experiencia en el campo profesional.

El 93% (13) de los participantes son de nacionalidad ecuatoriana y el 7% (1) es extranjero.

Con respecto al nivel educativo de los participantes, se obtuvo que el 93% (13) de los mismos tienen formación académica de licenciatura, mientras que el 7% (1) ha realizado un post grado en nefrología.

La tabla representa la experiencia clínica obtenida en la práctica profesional de los participantes siendo mayor a 16 años para el 57.2% (8) y menor a 15 años para el 42.8% (6) de los mismos.

De los profesionales, el límite mayor de experiencia clínica en la atención de pacientes terminales es de 15 años, de 0 a 5 años el 71.4% (10), de más de 5 a 10 años se encuentran el 21.4% (3) de los profesionales y del 11 a 15 años tenemos el 7.2%.

La política institucional establece dos turnos de trabajo por día, cada uno de 12 horas, turnos actualmente no recomendados en la literatura profesional en términos de salvaguardar los criterios de calidad asistencial y seguridad para el paciente. (Tardón, 2015)

Todos los profesionales de enfermería manifestaron tener una creencia religiosa, hay quienes dijeron ser practicantes de su religión y quienes solo "la viven a su manera".

En atención a las concepciones que sobre espiritualidad estableció Higuero (2013), las que tienen mayor frecuencia en las respuestas son las siguientes: para el 50% (7) de los

participantes, para la fundamentación conceptual se orienta a considerar que "la espiritualidad se aplica a todas las personas sin considerar el tema de religión", un 35.7% (5), considera que la espiritualidad es "satisfacción de la vida" y para el 14.3% (2), la espiritualidad "es solo religión".

De este hallazgo se puede inferir que hay una conceptualización generosa de la espiritualidad como dimensión del ser humano, no asociada al credo religioso. En esta línea de pensamiento se integra la práctica de enfermería en términos de la no discriminación de los pacientes por su credo religioso. Sin embargo hay que precisar que un 14% (2) que asocian la espiritualidad con la religión. (SECPAL, 2008)

ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR.

El análisis considera las respuestas a las 6 preguntas de la entrevista aplicada a los profesionales de enfermería de la institución participantes en el estudio. El cuestionario como se indicó, fue tomado del estudio realizado por Higuero (2013), en base a la estructura de preguntas abiertas.

1. Se ha observado que en los registros de enfermería la necesidad espiritual pocas veces se complementa ¿A qué cree que es debido?

Las respuestas que con mayor frecuencia se puntualizaron corresponden a tres variables:

- a) Poco conocimiento "FORMACION", el 25% de las respuestas se orientaron a tener como causal la limitación en el proceso formativo de considerar las necesidades espirituales con mayor profundidad.
- b) "El trabajo se vuelve rutinario". El concepto de RUTINA limita las consideraciones de la necesidades espirituales en el proceso asistencial, según es indicado por el 16.6% de las respuestas, denotando que la costumbre " mecaniza las cosas"
- c) Se anota la "FALTA DE TIEMPO" en el 8.3% de las respuestas por carga de trabajo de los profesionales para la no inclusión de las necesidades espirituales en la atención a los usuarios.

Otras respuestas con menor frecuencia se orientan a plantear los siguientes aspectos:

- "Respeto a la libertad de culto"
- No hay exigencia de considerar el componente espiritual

- El cuidado se centra en lo físico
- Responsabilidad “del sacerdote” en el caso de requerirse santos oleos, por lo que se limita a informar a la familia los pasos a seguir
- Falta de colaboración del paciente, o situación clínica no lo permite

En resumen, de las respuestas obtenidas de los profesionales de enfermería se destaca: la falta de formación, o sea que se debe impartir este conocimiento a nivel universitario para formar profesionales que brinden una atención integral a los pacientes; por otra parte, tenemos la rutina que actúa como limitante para algunos profesionales, a esto se le une la falta de tiempo. Lo anotado genera desafíos para los procesos de formación de nuevos profesionales, a la vez para instituciones que tienen como prioridad el enfoque integral de los pacientes.

2. ¿Me podría hablar de su experiencia profesional relacionada con la atención espiritual? ¿Qué le viene a la mente? ¿Qué significa el cuidado espiritual para usted?

- a) El cuidado espiritual es asociado a términos como la: “PAZ, TRANQUILIDAD, AMOR Y ENCUENTRO CON UN TU”, que experimentan los pacientes en la prestación de los servicios de enfermería. Esta asociación fue manifestada por el 38.4% de las respuestas.
- b) El cuidado espiritual visto desde el punto de “brindar ALIVIO Y SATISFACCIÓN al paciente”, es considerado por el 30.7%.
- c) Brindar al paciente “APOYO EMOCIONAL”, tiene equivalencia al cuidado espiritual generado por el 30.7% de las respuestas.

Para casi el 40% de las respuestas el cuidado espiritual es interpretado por los profesionales en el resultado que el paciente puede reflejar de sí mismo y de su relacionamiento con otros, e incluso con la aceptación de su estado de transición hacia la muerte, y este estado permite manifestar en el paciente, condiciones y sentimientos que se traducen en un modo de ser y estar: en la paz, tranquilidad, en el amor.

El 30% de las respuestas reflejan una condición de "alivio y satisfacción", no está muy claro si los profesionales que dieron las respuestas implican la superación de problemas por ejemplo de dolor físico, o de satisfacción del mismo proceso asistencial. De ser este el caso no habría claridad en las intervenciones que se generan desde los profesionales frente al cuidado espiritual.

En el otro 30% de las respuestas claramente hay confusión en la sutileza que encierran los conceptos y las intervenciones en los aspectos tanto psicológicos-emocionales como en los componentes espirituales del cuidado.

3. ¿Dígame qué cree que es la espiritualidad?

Las respuestas de tipo abierto, dieron el siguiente resultado.

- a) "Tener una CREENCIA EN ALGUIEN SUPERIOR-DIOS", se encontró en el 30% de respuestas, asociándose el concepto con la confianza en una FUERZA DIVINA.
- b) "Es algo interno innato de cada persona", el 23% de las respuestas se orientan a describir la espiritualidad como un don natural del ser humano.
- c) El 43% de respuestas, permitieron registrar otras consideraciones:
 - "Amor que se le brinda al paciente"
 - "Es un valor limpio y puro"
 - "Es la reconciliación que el paciente experimenta consigo mismo y con los demás"

- “Son los sentimientos que afloran en el paciente”

Las respuestas obtenidas reflejan los conceptos vivenciados por los profesionales por su trayectoria profesional al momento, influenciada además por los procesos formativos en su preparación profesional y por la no presencia de una política institucional y/o departamental que permita construir y estandarizar conceptos e intervenciones en el cuidado espiritual que enriquezca la práctica de los profesionales, en beneficio de los pacientes.

4. ¿Cómo definiría la espiritualidad y la religión?

- a) “Religión es una CREENCIA que se rige por prácticas diarias”, “como NORMAS, que llevan a una SALVACIÓN”, para el 38% de las respuestas religión y espiritualidad fueron equivalentes dieron los profesionales de enfermería.
- b) La espiritualidad es la “PARTE INTERNA del paciente, su ESENCIA”, para el 30% de las respuestas, hay una clara diferenciación de espiritualidad y religión, planteando la conceptualización de espiritualidad en porcentaje cercano al que ya fuera obtenido en la pregunta anterior.
- c) En el 32% de otras respuestas se obtuvieron las siguientes consideraciones:
 - “La espiritualidad son los sentimientos de las personas”
 - “Espiritualidad y religión van de la mano”
 - “La espiritualidad es una necesidad de creer en Dios y la religión cada quien la vive a su manera”.

Al igual que en el análisis de la pregunta anterior se destaca la falta de claridad entre religión y espiritualidad y entre espiritualidad y manejo de sentimientos.

5. ¿Qué le parece, si la hay, cual es la diferencia clave entre espiritualidad y religión?

- a) "La espiritualidad es esa cosa que tenemos dentro", el 46% de las respuestas dadas por los profesionales de enfermería manifestó que es la parte interna de la persona.
- b) Religión es "LA CREENCIA EN DIOS", es algo "EXTERNO", el 23% de las respuestas llegaron a esta conclusión.
- c) El 21% de las respuestas puntualizan los siguientes planteamientos sin claramente diferenciar los conceptos solicitados.
 - La "tradicición"
 - "Decisiones de cada persona"
 - "La religión es una ciencia similar a una materia".

En alcance a las respuestas de los profesionales de enfermería, diferencian entre los dos conceptos, el primero cubre la interioridad del ser humano, y esto denota la "espiritualidad"; mientras que el concepto de religión, es considerado como "lo externo" a la religión y una minoría responde con aspectos relativos a la tradición, a las decisiones de las personas, e incluso la consideración de religión como una asignatura.

6. ¿Cree que la atención espiritual es importante? ¿Por qué si/ por qué no?

Todos los participantes responden de manera afirmativa a la importancia de la atención espiritual a los pacientes en fase terminal, existiendo variedad de respuestas, entre las que se destacan:

- "PARTE INTEGRAL DEL SER HUMANO"

- "Ayuda a que los pacientes tengan una mejor forma de morir, a que partan con un espíritu intacto.
- "Ayuda a que los pacientes expresen sus sentimientos"
- "Ayuda a que los pacientes puedan morir en paz"
- "El ser humano necesita creer en un ser superior"

La afirmación en el total de respuestas sobre la necesidad de considerar la atención espiritual, por un lado reafirma la importancia de la atención integral al paciente, y el reconocimiento de que la dimensión espiritual debe ser componente de dicha atención, pero por otro lado abre la puerta del desafío para la clarificación de conceptos y la forma de intervenir, esto bien se refleja en una de las respuestas obtenidas de que: " Se necesita de un mediador (sacerdote o religiosa/o) para hablar de este tema y que les pueda proporcionar alivio, denotándose la importancia de la atención espiritual pero al mismo tiempo la no responsabilidad del rol de profesional de enfermería en este campo.

ANÁLISIS DE LAS TABLAS DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN

La guía de observación fue tomada de la Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, que fue publicada en el 2014, y se la adaptó junto con la Guía Básica para la Exploración de necesidades espirituales del grupo de trabajo sobre espiritualidad en cuidados paliativos de la SECPAL 2008.

La guía fue aplicada a 13 de las 14 enfermeras que participaron en el estudio, una de las profesionales presento su negativa a ser observada.

A continuación se presenta una tabla por enfermera observada que registra: los pacientes que fueron atendidos por la profesional en un determinado turno, se anota el diagnóstico, la edad del paciente, y sí recibió el cuidado espiritual bajo las variables descritas por la SECPAL (2008), en términos de cuidados en nivel general que tiene 5 ítems y cuidados en nivel específico con 2 ítems. Los 7 ítems fueron evaluados con la siguiente calificación: 0 para quienes no aplicaron ningún cuidado espiritual al paciente, 1 para quienes aplicaron un cuidado y 2 para quienes aplicaron dos cuidados.

Los cuidados de acuerdo al nivel se describen a continuación:

Nivel general:

- La enfermera asistencial, pregunta regularmente al paciente como esta de ánimo. _____
- La enfermera asistencial, pregunta al paciente si hay algo que le preocupe o le disturbe. _____
- La enfermera asistencial, se hace cercana al paciente y dialoga acerca de la difícil situación en la que se él encuentra. _____
- La enfermera asistencial, platica con el paciente acerca de cómo él percibe su tiempo. _____

- La enfermera asistencial, manifiesta al paciente su disponibilidad para proporcionarle la ayuda que él requiera. _____

Nivel específico:

- La enfermera asistencial, pregunta al paciente sobre la creencia religiosa o espiritual del mismo. _____
- La enfermera asistencial, ofrece su ayuda para facilitarle oportunidades de diálogo con personas que él desee. _____ (SECPAL, 2008)

Cabe recalcar que la valoración de cuidados solo consideró el nivel general de cuidados espirituales, como se detalla en las tablas siguientes no existió cuido espiritual específico que fuera observado.

Tabla 2 Aplicación de la guía de observación a los profesionales de enfermería

Enfermera/o	01					
Fecha	01/02/2016					
hora	7:30-20:00					
Diagnóstico del paciente	Neumonía adquirida en la comunidad, Ulceras por presión.	Infección de vías urinarias, Insuficiencia cardiaca compensada	Faringitis, Infección de vías urinarias, Demencia	Enfermedad cerebrovascular, Neumonía	Neumonía adquirida en la comunidad	Sarcoma retroperitoneal
Edad del paciente	86 años	92 años	86 años	81 años	80 años	49 años
Atención espiritual-nivel general	1	2	2	0	1	0
Atención espiritual - Nivel específico	0	0	0	0	0	0

Fuente: Personal Profesional de enfermería del HAIAM (guía de observación)

Elaborado por: la autora

Los pacientes atendidos por la primera enfermera observada, tienen un rango de edades de 49 a 92 años, como se puede observar los diagnósticos denotan una severidad importante de las enfermedades. Frente a este grupo de pacientes se alcanza un máximo de dos tipos de cuidados generales en 2 pacientes, un tipo de cuidado en dos pacientes y cero de cuidado en otros dos pacientes, llama la atención que el paciente con sarcoma retroperitoneal no haya recibido ningún tipo de cuidado de esta naturaleza.

Tabla 3 Aplicación de la guía de observación a los profesionales de enfermería

Enfermera/o	02					
Fecha	02/02/2016					
hora	7:30-20:00					
Diagnóstico del paciente	Neumonía, Enfermedad cerebrovascular	Neumonía adquirida en la comunidad	Sarcoma retroperitoneal	Faringitis, infección de vías urinarias	Infección de vías urinarias, insuficiencia cardiaca compensada	Neumonía adquirida en la comunidad
Edad del paciente	81 años	80 años	49 años	86 años	92 años	86 años
Atención espiritual-nivel general	2	2	0	2	1	2
Atención espiritual - Nivel específico	0	0	0	0	0	0

Fuente: Personal Profesional de enfermería del HAIAM (guía de observación)

Elaborado por: la autora

Del total de 6 pacientes de la segunda enfermera observada con un rango de edades, de 49 – 92 años, los cuidados espirituales en nivel general ascienden a un mayor número.

Tabla 4 Aplicación de la guía de observación a los profesionales de enfermería

Enfermera/o	03
Fecha	03/02/2016

hora	7:30-20:00			
Diagnóstico del paciente	Cáncer de mama, metástasis pulmonar	Insuficiencia renal aguda	Úlceras por presión sépticas, desnutrición.	Neumonía adquirida en la comunidad
Edad del paciente	72 años	78 años	86 años	86 años
Atención espiritual- nivel general	1	2	1	2
Atención espiritual -Nivel específico	0	0	0	0

Fuente: Personal Profesional de enfermería del HAIAM (guía de observación)

Elaborado por: la autora

De los cuatro pacientes a cargo de la tercera enfermera se observa que las edades de los mismos oscilan entre los 72-86 años y la atención espiritual que se les brindó no logró ser igualitaria.

Tabla 5 Aplicación de la guía de observación a los profesionales de enfermería

Enfermera/o	04		
Fecha	04/02/2016		
hora	7:30-20:00		
Diagnóstico del paciente	Neumonía adquirida en la comunidad, Enfermedad cerebrovascular	Sarcoma retroperitoneal.	Cáncer de estómago
Edad del paciente	81 años	49 años	35 años
Atención espiritual- Nivel general	0	0	2
Atención espiritual - Nivel específico	0	0	0

Fuente: Personal Profesional de enfermería del HAIAM (guía de observación)

Elaborado por: la autora

Los tres pacientes que fueron atendidos por la cuarta enfermera están en las edades que oscilan entre los 35-81 años, en este caso se observa claramente que solo uno de ellos recibe dos atenciones espirituales general mientras que los otros dos no recibieron ninguna.

Tabla 6 Aplicación de la guía de observación a los profesionales de enfermería

Enfermera/o	05		
Fecha	05/02/2016		
hora	7:30-20:00		
Diagnóstico del paciente	Neumonía adquirida en la comunidad	Cáncer de mama, metástasis pulmonar.	Demencia severa, desnutrición, úlceras por presión
Edad del paciente	86 años	72 años	86 años
Atención espiritual- Nivel general	1	1	2
Atención espiritual - Nivel específico	0	0	0

Fuente: Personal Profesional de enfermería del HAIAM (guía de observación)
Elaborado por: la autora

La quinta enfermera atendió a tres de los pacientes con edades 72-86 años respectivamente uno de ellos recibió dos atenciones espirituales generales mientras que los otros dos solo recibieron una.

Tabla 7 Aplicación de la guía de observación a los profesionales de enfermería

Enfermera/o	06			
Fecha	08/02/2016			
hora	7:30-20:00			
Diagnóstico del paciente	Neumonía, Enfermedad cerebrovascular	Cáncer de estomago	Sarcoma retroperitoneal	Infección de vías urinarias, Enfermedad cerebrovascular
Edad del	81 años	35 años	49 años	81 años

paciente				
Atención espiritual- Nivel general	1	2	1	2
Atención espiritual - Nivel específico	0	0	0	0

Fuente: Personal Profesional de enfermería del HAIAM (guía de observación)

Elaborado por: la autora

La sexta enfermera atendió a cuatro pacientes con las edades que van desde los 35-81 años, se observa que la enfermera atendió a dos de los pacientes con dos atenciones y a los otros dos con una intervención.

Tabla 8 Aplicación de la guía de observación a los profesionales de enfermería

Enfermera/o	07				
Fecha	09/02/2016				
hora	7:30-20:00				
Diagnóstico del paciente	Hipertensión arterial, Neumonía.	Neumonía, prótesis de cadera	Neumonía adquirida en la comunidad, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Hipertensión arterial	Neumonía, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Diabetes mellitus tipo II	Hipertensión arterial, neumonía bacteriana
Edad del paciente	80 años	94 años	76 años	86 años	90 años
Atención espiritual- nivel general	2	2	2	2	2
Atención espiritual - Nivel específico	0	0	0	0	0

Fuente: Personal Profesional de enfermería del HAIAM (guía de observación)

Elaborado por: la autora

La enfermera séptima atendió a cinco de los pacientes con edades que van de 76-94 años; la enfermera brindó atención espiritual a los pacientes de manera igualitaria.

Tabla 9 Aplicación de la guía de observación a los profesionales de enfermería

Enfermera/o	08			
Fecha	10/02/2016			
hora	7:30-20:00			
Diagnóstico del paciente	Neumonía adquirida en la comunidad, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Hipertensión arterial	Neumonía, prótesis de cadera	Neumonía, Hipertensión arterial.	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Diabetes mellitus tipo II, Neumonía
Edad del paciente	76 años	94 años	80 años	86 años
Atención espiritual- nivel general	1	1	1	1
Atención espiritual -Nivel específico	0	0	0	0

Fuente: Personal Profesional de enfermería del HAIAM (guía de observación)

Elaborado por: la autora

La octava enfermera brindó atención espiritual a cuatro pacientes con edades de 76-94 años, se puede observar que se les brindó un solo cuidado general espiritual de los cinco ítems que pertenecen a este nivel.

Tabla 10 Aplicación de la guía de observación a los profesionales de enfermería

Enfermera/o	09				
Fecha	11/02/2016				
hora	7:30-20:00				
Diagnóstico del paciente	Metástasis retroperitoneal, cáncer	Infección de vías urinarias,	Anemia, bicitopenia,	Cáncer de estómago	Enfermedad cerebrovascular isquémica

	de cérvix uterino.	Síndrome confusional	anorexia		
Edad del paciente	41 años	82 años	83 años	35 años	83 años
Atención espiritual- nivel general	2	2	2	2	2
Atención espiritual - Nivel específico	0	0	0	0	0

Fuente: Personal Profesional de enfermería del HAIAM (guía de observación)

Elaborado por: la autora

La novena enfermera atendió a cinco pacientes con edades que van desde los 35-86 años, todos tuvieron dos cuidados espirituales generales.

Tabla 11 Aplicación de la guía de observación a los profesionales de enfermería

Enfermera/o	10			
Fecha	15/02/2016			
hora	7:30-20:00			
Diagnóstico del paciente	Neumonía, Enfermedad cerebrovascular	Cáncer de estómago	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Diabetes mellitus tipo II, Neumonía.	Infección de vías urinarias, Hipertensión
Edad del paciente	81 años	35 años	86 años	75 años
Atención espiritual- Nivel general	1	2	2	2
Atención espiritual - Nivel específico	0	0	0	0

Fuente: Personal Profesional de enfermería del HAIAM (guía de observación)

Elaborado por: la autora

La décima enfermera atendió a los cuatro pacientes con edades que oscilan entre 35-86 años, uno de ellos recibió un solo cuidado espiritual, los otros tres recibieron dos cuidados espirituales, aún el número de cuidados espirituales no logra aumentar.

Tabla 12 Aplicación de la guía de observación a los profesionales de enfermería

Enfermera/o	11			
Fecha	16/02/2016			
hora	7:30-20:00			
Diagnóstico del paciente	Depresión aguda, Hipertensión arterial	Hipertensión arterial, Neumonía	Neumonía, Hipertensión arterial, Enfermedad cerebrovascular hemorrágico, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Diabetes mellitus tipo II, Neumonía
Edad del paciente	73 años	80 años	77 años	86 años
Atención espiritual- nivel general	2	2	2	2
Atención espiritual -Nivel específico	0	0	0	0

Fuente: Personal Profesional de enfermería del HAIAM (guía de observación)

Elaborado por: la autora

La décima primera enfermera tuvo a cargo cuatro pacientes con edades que oscilan entre los 73-86 años, todos fueron atendidos con el mismo número de intervenciones

Tabla 13 Aplicación de la guía de observación a los profesionales de enfermería

Enfermera/o	12	
Fecha	17/02/2016	
hora	7:30-20:00	
Diagnóstico del paciente	Neumonía adquirida en la comunidad, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica,	Neumonía

	Hipertensión arterial	
Edad del paciente	76 años	86 años
Atención espiritual- nivel general	2	2
Atención espiritual -Nivel específico	0	0

Fuente: Personal Profesional de enfermería del HAIAM (guía de observación)

Elaborado por: la autora

La enfermera décimo segunda tuvo a cargo dos pacientes con edades entre 76-86 años, los cuales recibieron dos atenciones espirituales generales.

Tabla 14 Aplicación de la guía de observación a los profesionales de enfermería

Enfermera/o	13			
Fecha	18/02/2016			
hora	7:30-20:00			
Diagnóstico del paciente	Neumonía, Hipertensión arterial, Enfermedad cerebrovascular hemorrágica, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Hipotiroidismo	Neumonía	Neumonía adquirida en la comunidad, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Hipertensión arterial.
Edad del paciente	77 años	89 años	86 años	76 años
Atención espiritual- nivel general	2	2	2	2
Atención espiritual -Nivel específico	0	0	0	0

Fuente: Personal Profesional de enfermería del HAIAM (guía de observación)

Elaborado por: la autora

La décimo tercera enfermera brindó cuidado a cuatro pacientes con edades entre 76-89 años, los cuales fueron atendidos con igual número de intervenciones espirituales generales.

3.2 Discusión

El perfil promedio de los profesionales de enfermería, ubican a estos en un grupo mayoritario en género femenino, de 40 a 50 años de edad y de experiencia profesional de 16 a 30 años, provocando reflexiones sobre la ausencia de formación formal en atención paliativa, ya que ninguno de los profesionales tiene formación avanzada en el campo. Redaelli (2011) indica la necesidad fundamental de que el área de cuidados paliativos debe ser objeto de una formación profundizada en conocimiento, habilidades y particularmente actitudes para el manejo de pacientes en los cuales el cuidado espiritual es esencial por edad y por naturaleza de la condición clínica

A nivel de los hallazgos por observación de la práctica profesional se observó la inexistencia de cuidados específicos que involucran a los cuidados espirituales; de los 378 cuidados espirituales generales que se esperaban sólo se obtuvo el 23% del cumplimiento. Dicho cumplimiento cubrió aspectos relacionados con dos de las cinco variables planteadas:

- La enfermera asistencial, pregunta regularmente al paciente como esta de ánimo.
- La enfermera asistencial, manifiesta al paciente su disponibilidad para proporcionarle la ayuda que él requiera. (SECPAL, 2008)

Como ya se indicó la población profesional estudiada no realiza cuidado espiritual alguno bajo la categoría de específico, lo que se relaciona con:

- La enfermera asistencial, pregunta al paciente sobre la creencia religiosa o espiritual del mismo. _____

- La enfermera asistencial, ofrece su ayuda para facilitarle oportunidades de diálogo con personas que él desee. _____ (SECPAL, 2008)

La literatura profesional resalta que en el proceso de valoración y planificación de cuidados debería considerarse la dimensión espiritual de los pacientes en la atención, como indica el autor Gomis (2012, Teoría de Virginia Henderson pg. 40-42) y también el grupo CTO (Manual de oposiciones de enfermería pg. 27). En la institución la atención de enfermería no cubre estas necesidades.

Varios factores limitan la incorporación de la dimensión espiritual en el cuidado de los pacientes por parte del personal de enfermería; se destaca en primer lugar la falta de formación, tanto desde las aulas universitarias; para el 25% de los participantes; como bien anotan varios autores como: Brunet, García y Otero (2003); Aguilera (2012); Hernández (2015); Pérez (2016); Quinteros (2012); Gallastegui (2012), que evidencian que la falta de capacitación es un gran limitante de los cuidados espirituales. Para el 16.6% de la población estudiada la rutinización del trabajo hace que los profesionales actúen en la práctica sin incorporar la atención de los cuidados espirituales. A lo mencionado, el 8.3% de los profesionales aducen que la carga de trabajo administrativo limita la provisión de cuidados integrales, hallazgo que es respaldado por los estudios de Ramírez (2015); Knauth (2011); El autor Ramírez indica en su estudio que la tecnología ha sido de gran ayuda para el mantenimiento de la salud de los pacientes pero se ha convertido en una barrera para las relaciones interpersonales entre enfermera y paciente.

Lo anotado de manera precedente se agrava por la organización en la institución por turnos de trabajo que duran 12 horas cada uno, y que han originado controversia en el campo profesional

por impactos no deseados en la calidad y seguridad de la atención según Tardón (2015) indica en su publicación que: "trabajar medio día entero fomenta el agotamiento emocional, la insatisfacción laboral y las ganas de finiquitar el contrato"

Por otra parte, características estructurales limitan la presencia de políticas protocolos y procedimientos que de manera mandatoria orienten al equipo de salud a considerar las dimensiones de orden psicológico-espiritual en la atención que proporcionan. Esto a su vez, contribuiría a disminuir factores de temores y miedos que limitan la inserción de cuidados espirituales en la atención de enfermería. La investigadora encontró que una de las enfermeras cambiaba sus pacientes paliativos por pacientes en condiciones agudas, comportamiento que manifiesta inseguridad en el manejo de los pacientes en fase terminal, por factores de miedo o temor a la muerte, palabras textuales de la profesional fueron: "estoy preparada para salvar vidas y no para atender a quien ya está al borde de la muerte, es como algo que me paraliza".

Las universidades del país necesitan implementar en la carrera de enfermería, espacios curriculares que cubran también la dimensión espiritual de los pacientes, para que el cuidado que se brinda a los usuarios sea completo, el ser humano es un ser biopsicosocial y espiritual y si una de estas dimensiones no es atendida pues no se está brindando la atención integral para lo cual la enfermería ha sido creada. (Caires, 2011)

El arte de cuidar es propio de la enfermería, ya Florence Nightingale, en uno de sus escritos lo dejaba muy claro" la preocupación del enfermero está al lado de la persona enferma o sana, y consiste en proporcionar al paciente el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud" (citado por Durante, 2007 pg. 26). Según las necesidades espirituales que propone Bermejo (2008), sobre "ser reconocido

como sujeto y no como objeto, sentirse amado, ser tomado en cuenta en las decisiones que se toman " es fundamental para el paciente. El campo de la enfermería está llamado a volver a sus raíces originarias y dar ese cuidado no solo a nivel físico sino cubrir de manera integral todas las dimensiones del paciente.

CONCLUSIONES

Los profesionales de enfermería del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, se caracterizan por tener predominio del género femenino, título de licenciatura, tener experiencia mayoritaria en el campo profesional de 16-30 años en el campo clínico y en la práctica asistencial de cuidados paliativos de 0-5 años. Los profesionales no tienen formación avanzada en cuidado paliativo ni se ha observado un programa de educación continua que aborde los temas de la asistencia paliativa y de los cuidados espirituales en sí.

Los hallazgos obtenidos por la entrevista y la observación realizada, denotan que el cuidado de enfermería a los pacientes privilegia en su totalidad a satisfacer las necesidades de orden físico de los pacientes. En esta situación convergen los conceptos que los profesionales tienen sobre el cuidado espiritual, debido a su trayectoria profesional, influenciada por los procesos formativos en su preparación profesional y por la no presencia de una política institucional y/o departamental, en el caso particular de la institución, que permita construir y estandarizar conceptos e intervenciones en el cuidado espiritual desde la práctica de los profesionales.

La afirmación en el total de respuestas sobre la necesidad de considerar la atención espiritual, por un lado reafirma la importancia de la atención integral al paciente, y el reconocimiento de que la dimensión espiritual debe ser componente de dicha atención, pero por otro lado, abre la puerta del desafío para la clarificación de conceptos y la forma de intervenir, esto bien se refleja en una de las respuestas obtenidas de que: "se necesita de un mediador (sacerdote o religiosa/o) para hablar de este tema y que les pueda proporcionar alivio", denotándose la importancia de la atención espiritual pero al mismo tiempo, la no incorporación en el rol del profesional de enfermería, de actividades y responsabilidades

concretas sobre la satisfacción de las necesidades espirituales de los pacientes en el cuidado directo.

De las trece enfermeras observadas que prestaron atención a un total de 54 pacientes en un rango de edad de 35-92 años con diagnósticos severos en su gran mayoría, se esperaba un total de 378 cuidados espirituales en nivel general y 156 cuidados de nivel espiritual específico, en este último nivel como se anotara no se observó cuidado espiritual alguno que denote la atención espiritual personalizada por paciente con el significado de que no existió o derivación o canalización para la ayuda de tipo religioso ya que ninguno de los pacientes fue preguntado sobre su creencia religiosa, ni tampoco se facilita diálogo alguno con otro tipo de recursos y de apoyo que el paciente pudiera estar necesitando, entre ellos podría citarse familiares amigos e incluso otros recursos institucionales.

De los cuidados espirituales de nivel general en el que si hubieron observaciones, se registraron 86 cuidados que representan un 23% frente a los 378 cuidados ya señalados, de estos cuidados los que con mayor frecuencia se observa fueron los siguientes

- La enfermera asistencial, pregunta regularmente al paciente como esta de ánimo.
- La enfermera asistencial, manifiesta al paciente su disponibilidad para proporcionarle la ayuda que él requiera

No existen políticas explícitas sobre la necesidad de la atención espiritual de los pacientes en la institución ni de sus familiares. Por otra parte existen varios protocolos de atención de naturaleza clínica, no se dispone de protocolos de atención espiritual. La cobertura profesional en turnos de 12 horas debería ser analizada en función de incidentes relacionados a la calidad

y seguridad en la atención a los pacientes. La sobrecarga de actividades de índole administrativo se considera una limitante en provisión de cuidados espirituales.

De los hallazgos se puede inferir que los cuidados espirituales no son considerados un componente "obligado de la atención". La ausencia del proceso de enfermería que permita hacer evidente la planificación de los cuidados con un enfoque integral, adicionado a la presencia de factores estructurales de la institución como falta de políticas de atención holística del paciente, la sobrecarga del trabajo para el personal de enfermería y el énfasis en la actividad de registro documental de actividades asistenciales y administrativas, hace perder de vista la consideración de la dimensión espiritual en la población del paciente de mayor vulnerabilidad por edad, por diagnóstico, y en un contexto de limitación socioeconómico.

RECOMENDACIONES

Un hospital con las características del Adulto Mayor, escenario del estudio, debe plantearse un plan de sucesión y de reemplazo del personal profesional acogiendo grupos jóvenes que se inserten en una cultura organizacional que apropie el cuidado espiritual como política institucional, expresándose en programas de; inducción, educación continua y de desarrollo personal y profesional que en último término beneficien a los pacientes y a su vez permitan un grupo profesional de enfermería con las competencias necesarias para el manejo de pacientes gerontológicos, con enfermedades catastróficas y en proceso de muerte.

Se recomienda que en el proceso de formación de los profesionales de enfermería, se incorpore en las asignaturas particularmente de enfermería los cuidados espirituales, en la

aplicación de los procesos de enfermería manteniéndose contenidos teóricos y experiencias de aprendizaje durante todos los niveles de duración de la carrera.

En la Institución se debería hablar un solo lenguaje en el sentido de utilizar un sistema de significado compartido entre sus miembros, formando así una cultura organizacional que la hace única y distinta de otra organización (Robbins, 2012). Este sistema sería de gran provecho para que entre todos cubran las necesidades de los usuarios y les permitan pasar sus últimos días de la mejor manera posible y no solo el paciente sino también la familia y el proceso de duelo que ésta afrontará luego de la pérdida de su ser querido. El cumplimiento a cabalidad de estas funciones es lo que ayuda a la organización a cumplir sus objetivos y metas para las que ha sido creada.

Otra de las recomendaciones sería que se dé la posibilidad a los profesionales de enfermería de asistir a cursos, talleres o maestrías en cuidados paliativos para obtener mejores resultados en el acompañamiento a futuros pacientes.

La creación de políticas institucionales que visibilicen la atención integral y holística de los pacientes, la presencia de una filosofía de atención en el servicio de enfermería que realmente articule los componentes, físico, psicológico, social con lo espiritual. La fundamentación filosófica y epistemológica del cuidado de enfermería debe reflejarse en los aspectos estructurales del trabajo tales como: organización y duración de turnos, carga de trabajo en función de las necesidades de los pacientes y no solo de la distribución por número de pacientes. La presencia de protocolos y procedimientos de atención espiritual deben tener un marco interdisciplinario de trabajo y que los miembros del equipo de salud dejen el espacio o compartan el espacio de la atención espiritual. Vega & Rivera (2009)

Es necesario disponer de políticas y mecanismos claros de la inserción de la familia en la atención espiritual de los pacientes

Sería deseable al futuro contar con planes de orientación y capacitación permanentes en la atención espiritual, se cita como referencia la presencia de profesionales con roles específicos solo para la atención en el proceso de morir.

Se recomienda estudios sobre los impactos que la duración de 12 horas de trabajo podría influir de manera negativa en la atención sobre todo en pacientes paliativos que requieren de mucha energía de parte del personal profesional que los atiende.

Debería existir un protocolo de atención espiritual en la institución, incluyendo en este la atención al paciente moribundo; deberían estar accesibles para pacientes familiares y el mismo personal de la institución los derechos del paciente moribundo directorio de recursos de apoyo espiritual por creencia religiosa.

Se recomienda en lo posible de utilizar esa área sólo para pacientes paliativos y no mezclarlos con los pacientes de la unidad de agudos ya que tanto los familiares como los pacientes de la unidad de agudos pueden sufrir fuertes impactos emocionales.

Queda como línea de investigaciones futuras la percepción que tienen los pacientes sobre el cuidado que reciben por parte del personal enfermero y la percepción de los familiares en cuanto a los cuidados paliativos que reciben sus seres queridos.

BIBLIOGRAFÍA

- Águila, D. A. (22 de 04 de 2014). *Necesidades Espirituales*. Obtenido de http://www.suicidologia.com.mx/wp-content/uploads/2014/04/necesidades_espirituales.pdf
- Álvarez, E. (15 de 10 de 2007). *Cuidado espiritual*. Obtenido de <http://es.slideshare.net/kistian/cuidado-espiritual-135508>
- Astudillo W, D. E. (mayo de 2009). Cuidados paliativos y tratamiento del dolor en la solidaridad internacional. *Revista de la sociedad española del dolor*, 16(4), 1 ss.
- Bermejo, J. (28 de 03 de 2008). Papel de los aspectos espirituales y religiosos en la actividad de cuidar. Sevilla.
- Carmen Navas, H. V. (Enero-Junio de 2006). Espiritualidad y Salud. *Ciencias de la Educación*, 1(27), 29-45.
- Centeno, C. (3 de Diciembre de 2006). *Cuidados paliativos nuevas perspectivas y poráctica en europa*. Obtenido de Nuestro tiempo: <http://www.eapcdevelopment-taskforce.eu/images/Press/Cuidados%20paliativos.%20Nuevas%20perspectivas%20y%20prcticas%20en%20europa.pdf>
- Centeno, C. (3 de Diciembre de 2006). *Cuidados paliativos nuevas perspectivas y poráctica en europa*. Obtenido de Nuestro tiempo: <http://www.eapcdevelopment-taskforce.eu/images/Press/Cuidados%20paliativos.%20Nuevas%20perspectivas%20y%20prcticas%20en%20europa.pdf>
- Colell Brunet, L. G. (2003). Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investigación en salud*, 0.
- Collaguazo, R. (2010). Cuidado espiritual, labor del profesional de enfermería. *Universidad Interamericana de Puerto Rico, Recinto de Ponce*(5), 1-3.
- Concepto.de. (15 de septiembre de 2015). *concepto.de*. Obtenido de concepto de diagnóstico: <http://concepto.de/diagnostico/>
- Cortés, C. (1997). *SECPAL*. Obtenido de La internacionalización de una nueva filosofía Cuidados Paliativos: <http://www.secpal.com/5-la-internacionalizacion-de-una-nueva-filosofia-de-cp>
- Definición ABC. (12 de septiembre de 2015). *definición de tratamiento*. Obtenido de Diccionario: <http://www.definicionabc.com/salud/tratamiento.php>
- definición MX. (15 de septiembre de 2015). *Definición MX*. Obtenido de definición de lugar: <http://definicion.mx/lugar/>

- Deperu.com. (09 de 07 de 2016). *Diferencia entre espiritualidad y religiosidad*. Obtenido de <http://www.deperu.com/abc/diferencias-significado/4140/diferencia-entre-espiritualidad-y-religiosidad>
- Diccionario Manual de la Lengua Española Vox. (2007). *Religión*. Obtenido de <http://es.thefreedictionary.com/religi%C3%B3n>
- Durante, S. (2007). *El Acto de Cuidar* (Primera ed.). Buenos Aires: El UAPITÍ.
- Éditions Du Cerf, Paris y DDB / Escuela Bíblica de Jerusalén. (1975). *Evangelio dde San Mateo*. (E. d. Jerusalén, Trad.) Bilbao: Desclee de Brouwer Bilbao.
- Editions Du Cerf, Paris y DDB/ Escuela bíblica de Jerusalén. (1975). *Biblia de Jerusalén / Epistola a los Filipenses*. (E. d. Jerusalén, Trad.) Bilbao: Desclee de Brouwer Bilbao.
- Ellis HK, N. A. (julio-agosto de 2009). *Pubmed.gov*. Obtenido de An investigation into the role of spirituality in nursing: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19633601>
- Emanuelle Caires, L. S. (Marzo-Abril de 2011). La enseñanza superior de enfermería: implicaciones de la formación profesional para el cuidado transpersonal. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 9.
- Enric Benito, J. B. (05 de 10 de 2008). Guía espiritualidad SECPAL . *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos(1-149)*. España.
- Enric Benito, J. B. (24 de 09 de 2014). *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativo s*. Obtenido de El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos: http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Carchivo_9.pdf
- FECUPAL. (10 de 1997). *Fundación Ecuatoriana de Cuidados Paliativos*. Obtenido de ¿Quiénes somos?: http://www.fecupal.com/contenidos_fecupal/quienes/fecupal/index.html
- Gallastegui, C. (20 de 12 de 2012). *Espiritualidad en enfermería*. Recuperado el 05 de 09 de 2016, de La espiritualidad en la fase terminal. Papel de enfermería: <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/aspectos-psicosociales/espiritualidad/Espiritualidad%20en%20enfermeria.pdf>
- Gomis, D. (2012). La enfermería cronología e historia. En D. Gomis, *Manual de enfermería. Teoría + Práctica* (cuarta ed., págs. 1-35). Buenos Aires, Argentina: AKADIA.
- González C, M. J. (Julio-septiembre de 2012). Cuidados paliativos en México. *Revista Médica del Hospital General de México*, 75(3), 173-179.
- Grieco, P. (2010). *concepto de espiritualidad*. Obtenido de http://www.pietrogrieco.net/Concepto_de%20Espiritualidad.pdf
- Grupo CTO.es. (15 de 05 de 2015). *Manual de oposiciones de enfermería*. Obtenido de Proceso de Atención de Enfermería: http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/ANEXO_OPCL/Anexo_14_web.pdf

- Hernández, Y. (04 de 06 de 2015). *Formación enfermera en cuidados al final de la vida en España*. Recuperado el 03 de 09 de 2016, de Universidad de la Laguna:
<http://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2211/Formacion%20enfermera%20en%20cuidados%20al%20final%20de%20la%20vida%20en%20Espana%20Una%20revision.pdf?sequence=1>Ya
- Higuero, M. A. (22 de 05 de 2013). Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería. *Percepción y experiencia enfermera sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica*. España: Universitat Internacional de Catalunya.
- Higuero, M. A. (22 de Mayo de 2013). Tesis de Masterado. *Percepción y experiencia enfermera sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica*. España.
- J, L. (26 de Mayo de 2006). La atención integral: Un deber ético y moral de profesionales e instituciones sanitarias. *Revistas hospitalarias*, 1.
- Jane Seymour, S. S. (En ero de 2015). Using continuous sedation until death for cancer patients: A qualitative interview study of physicians' and nurses' practice in three European countries. *Sage palliative medicine*, 48-49.
- Knauth, P. (13 de 04 de 2011). *Horas de trabajo*. Obtenido de Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo:
<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo2/43.pdf>
- La Sociedad Española de Oncología Médica. (12 de 01 de 2013). *Colección oncovida*. Obtenido de Cuidados del paciente oncológico:
http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/folleto_n10.pdf
- María Pérez, L. C. (05 de 01 de 2016). Impacto psicosocial en enfermeras que brindan cuidados en fase terminal. *Revista Cuidarte*, 1210.
- MediaWiki. (11 de 05 de 2015). *Enciclopedia Catolica online*. Obtenido de Substancia:
<http://ec.aciprensa.com/wiki/Substancia>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2014). *cuidados paliativos, guía de práctica clínica*. Obtenido de cuidados paliativos, guía de práctica clínica:
<http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/guias%202014/GPC%20Cuidados%20paliativos%20completa.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud*. (C. d. Madrid, Ed.) Recuperado el 08 de 08 de 2016, de
<http://www.aepcp.net/arc/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf>
- Moreira de Souza, R. T. (Abril de 2011). Paciente oncológico terminal; sobrecarga del cuidador. (U. d. Murcia, Ed.) *Enfermería Global*, 10(2).

- Navas, C. (Enero-Junio de 2006). Espiritualidad y Salud. *Revista Ciencias de la Educación*, 1(27), 29-45.
- Nightingale, F. (1993). *Notas sobre enfermería, que es y que no es*. España: Masson-Savat.
- Noé Ramírez, T. P. (09 de 2013). Riesgos de los turnos nocturnos en salud integral del profesional de enfermería. *Index de Enfermería*, 22(03), 152-155.
- Oca, G. M. (10 de 04 de 2006). Historia de los Cuidados Paliativos. *Revista Digital Universitaria*, 7(4), 9.
- OMS. (07 de Noviembre de 2005). *Centro interdisciplinario de estudios en bioética*. Obtenido de Formatos para documentos de consentimiento informado elaborados por la OMS: <http://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/documentos/75657/documentos-de-consentimiento-informado-elaborados-por-la-oms>
- OMS. (2005-2008). *Determinantes sociales de la salud*. Obtenido de Mejorar las condiciones de vida cotidianas: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closesthegap_how/es/index1.html
- Open Source Content Management. (18 de 01 de 2015). *Seguridad del paciente*. Obtenido de Los turnos de trabajo: <http://www.seguridadasistencial.com/index.php/seguridad-del-paciente/80-los-turnos-de-trabajo>
- Organización Mundial de la Salud. (2007). Cuidados Paliativos. *Control del cancer aplicación de conocimientos*. Ginebra, Suiza: OMS. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44025/1/9789243547343_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (15 de septiembre de 2015). *temas de salud*. Obtenido de OMS /Género: <http://www.who.int/topics/gender/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (15 de septiembre de 2015). *Temas de salud*. Obtenido de OMS/ personal sanitario: http://www.who.int/topics/health_workforce/es/
- Pastrana T, D. L. (12 de 2012). Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica ALCP. *Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica Ecuador, Primera*. Houston: IAHP Press, Estados Unidos.
- Pastrana T, D. L. (2012). Cuidados Paliativos Ecuador. *Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamerica ALCP*. Houston.
- Paula Vega, S. R. (25 de 06 de 2009). Cuidado holístico, Mito o realidad. *Horiz Enferm*, 81-86. Obtenido de Cuidado Holístico: http://revistahorizonte.uc.cl/images/pdf/20-1/cuidado_holistico_mito_o_realidad.pdf

- Quinteros, M. (28 de 08 de 2012). *Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería*. Recuperado el 05 de 09 de 2016, de Universidad de Sabana:
<http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/03.pdf>
- R, P. (24 de Julio de 2002). *Calidad de vida: conceptos y medidas*. Obtenido de Taller sobre la calidad de vida y redes de apoyo de las personas adultas mayores:
http://www.cepal.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientorp1_ppt.pdf
- Ramírez. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria*, 134-143.
- Redaelli, A. (12 de 09 de 2011). La asistencia espiritual con los enfermos terminales. *MedPal*, 66-73. Obtenido de
http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/8510/Documento_completo.pdf?sequence=1
- Redaelli, A. (2012). El cuidado personalizado y humanizado del enfermo terminal. Ediciones Camilianas.
- Redaelli, P. A. (17 de 10 de 2013). *La asistencia espiritual con los enfermos terminales*. Obtenido de
http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/8510/Documento_completo.pdf?sequence=1
- Rivero, P. A. (09 de 07 de 2016). *Catholic.net*. Obtenido de La espiritualidad:
<http://es.catholic.net/op/articulos/10016/cat/458/que-es-la-espiritualidad.html>
- Robbins. (19 de 03 de 2012). *Slide share presentación*. Obtenido de La cultura organizacional:
<http://es.slideshare.net/niltongu/culturaorganizaciona-12073259>
- Rozitchner, A. (07 de 09 de 2012). *La Nación*. Obtenido de ¿Qué es la espiritualidad?:
<http://www.lanacion.com.ar/1506242-que-es-la-espiritualidad>
- Schwarz JM, H. M. (07 de Diciembre de 2011). *US National library of medicina*. Obtenido de Early-life experience decreases drug-induced reinstatement of morphine CPP in adulthood via microglial-specific epigenetic programming of anti-inflammatory IL-10 expression.:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22159099>
- SECPAL. (Enero de 2006). *Indicadores y Estándares de Calidad en Cuidados Paliativos*. Obtenido de Ministerio de Sanidad y Consumo y Fundación Avedis Donabedian:
<http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/j59.pdf>
- Sergio Aguilera, S. P. (02 de 2012). *Actitud de enfermería frente al paciente terminal*. (U. N. Córdoba, Ed.) Recuperado el 03 de 09 de 2016, de Proyecto de Investigación:
http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/aguilera_sergio.pdf
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (11 de 09 de 2014). *Guía de cuidados paliativos*. Obtenido de definición de enfermedad terminal: <http://www.secpal.com/2-definicion-de-enfermedad-terminal>

Tardón, L. (11 de 09 de 2015). *El mundo.es*. Recuperado el 03 de 09 de 2016, de Turnos de mas de 12 horas: enfermeras agotadas e insatisfechas: <http://www.elmundo.es/salud/2015/09/11/55f1d12e46163fd95a8b4595.html>

The free dictionary.com. (15 de septiembre de 2015). *definición de edad*. Obtenido de the free dictionary: <http://es.thefreedictionary.com/edad>

Tito, S. (2016). *Plan estratégico del HAIAM Quito*. Quito.

TJ, C. (10 de 2010). *Pubmed.gov*. Obtenido de Facing existential realities: exploring barriers and challenges to spiritual nursing care: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20530402>

Anexos

Anexo 1 PLAN DE TRABAJO O CRONOGRAMA

Nº	Actividades	Duración Recolección de datos (un mes) Fecha de inicio: Enero-Febrero											
		ENERO - AGOSTO											
1	Contacto con la población objeto de estudio.	■											
2	Recolección de información	■											
3	Procesamiento de información						■						
4	Elaboración y redacción de resultados								■				
5	Elaboración de conclusiones y recomendaciones									■			
6	Presentación de informe final (borrador)										■		
7	Entrega del Informe Final definitivo											■	

Anexo 2 PRESUPUESTO

Ingresos de \$		Egresos de \$	
Fuente	Monto	Rubro de gasto	Inversión
		Hojas de papel bond	\$ 6.00
		Copias de documentos	\$ 10.00
		pasajes	\$ 30.00
		varios	\$ 40.00
Total de ingresos		Total de egresos	\$ 86.00

Anexo 3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENCIÓN	DEFICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	ESCALA
Percepción de los profesionales de enfermería	Proceso cognoscitivo a través del cual las personas son capaces de comprender su entorno y actuar en consecuencia a los impulsos que reciben; se trata de entender y organizar los estímulos generados por el ambiente y darles un sentido. De este modo lo siguiente que hará el individuo será enviar una respuesta en consecuencia.	Percepción Positiva	Percepción Positiva es aquella en la que los profesionales creen que el cuidado de las necesidades espirituales es importante para el bienestar general del paciente.	Porcentaje de enfermeras con percepción positiva	Ordinal
		Percepción Negativa	Percepción negativa es aquella en la que los profesionales miran al paciente como un ente físico y por lo tanto se preocupan de cubrir las necesidades físicas, más no espirituales.	Porcentaje de enfermeras con percepción negativa	Ordinal
Necesidades espirituales	Los seres humanos somos seres espirituales y que reconocemos que hay una fuerza creadora y sustentadora mayor que nosotros. Esto hace que todas y todos tengamos unas necesidades intrínsecas a nuestra humanidad. Todo ser humano de una u otra forma,	Desarrollar una filosofía de vida	Sistema de creencias y símbolos vivenciales que le den sentido a la plenitud de la vida.	Porcentaje de pacientes que tienen una filosofía de vida	Ordinal
		Tener una relación y compromiso con un Dios.	Relación que ayude a integrar, transformar y darle energía a nuestra vida.	Porcentaje de pacientes que tienen una relación y compromiso con Dios	Ordinal
		Desarrollar valores e imágenes creativas.	Esto nos ayudará a guiar nuestros estilos de vida en forma constructiva	Porcentaje de pacientes que desarrollan valores e imágenes positivas	Ordinal
				Porcentaje de	Ordinal

	trata de satisfacer estas necesidades espirituales	<p>Sentir que las personas son amadas por otras</p> <p>Momentos de trascendencia a místicos</p> <p>Pertenecer a una comunidad espiritual</p>	<p>Esto nos ayudará a mantener una autoestima más allá de nosotros mismos.</p> <p>Se refiere a las experiencias altas en las cuales pueda experimentar lo eterno en medio del tiempo.</p> <p>Una comunidad que nos nutre en nuestra jornada espiritual y que nos sostenga en tiempos de sufrimiento y tribulación.</p>	<p>pacientes que sienten que son amados</p> <p>Porcentaje de pacientes que tienen experiencias altas</p> <p>Porcentaje de pacientes que pertenecen a una comunidad espiritual</p>	<p>Ordinal</p> <p>Ordinal</p>
Edad	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento. Etapa de la vida de las personas	<p>20-30 años</p> <p>31-40 años</p> <p>41-50 años</p> <p>51-60 años</p> <p>Más de 60 años.</p>	Edades en las que se encuentran las enfermeras que trabajan en el Hospital del Adulto Mayor cuidando enfermos en fase terminal	Porcentaje de cada uno de los grupos de enfermeras	Ordinal
Género	Se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.	<p>Hombres</p> <p>Mujeres</p>	<p>Es el enfermero de sexo masculino, se diferencia de la mujer, en su parte física, su masa muscular y tiene la capacidad de fecundar el ovulo de la mujer para la reproducción de un nuevo ser</p> <p>Es la enfermera de sexo femenino,</p>	<p>Porcentaje de enfermeros</p> <p>Porcentaje de enfermeras</p>	<p>Ordinal</p> <p>Ordinal</p>

			diferente del hombre, en su físico y es la que realiza el trabajo de reproducción para incrementar la sociedad.		
Estado civil	Es la condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	<p>Soltería</p> <p>Casado</p> <p>Divorciado</p> <p>Viudos</p>	<p>Aquellas personas que no se encuentran comprometidas legalmente con otras)</p> <p>Aquellas personas que se encuentran unidas legalmente con otras</p> <p>Las personas que han roto el vínculo amoroso o legal con sus parejas</p> <p>Los que han perdido a su pareja por deceso</p>	<p>Porcentaje de enfermeras/os solteros</p> <p>Porcentaje de enfermeras/os casados</p> <p>Porcentaje de enfermeras/os divorciados</p> <p>Porcentaje de enfermeras/os viudos</p>	Ordinal
Experiencia laboral	La experiencia es base fundamental del conocimiento y conjuntamente con los estudios garantiza el ser un excelente profesional. La experiencia en el campo laboral es la acumulación de conocimientos que una persona logra en el transcurso del tiempo.	<p>Satisfactoria</p> <p>Buena</p> <p>Inadecuada</p>	<p>Aquella que se logra en tiempo y espacio y la satisfacción positiva que logra la enfermera en el desarrollo laboral.</p> <p>Experiencia positiva en el campo laboral, social y profesional.</p> <p>Tiempo de desarrollo corto y poca experiencia en el cuidado de pacientes en fase terminal</p>	<p>Porcentaje de experiencia satisfactoria</p> <p>Porcentaje de experiencia buena.</p> <p>Porcentaje de experiencia inadecuada.</p>	<p>Ordinal</p> <p>Ordinal</p> <p>Ordinal</p>

<p>Creencias y valores personales</p>	<p>Las creencias, que en muchos casos son subconscientes, afectan a la percepción que tenemos de nosotros mismos, de los demás y de las cosas y situaciones que nos rodean. Nuestro sistema de creencias y valores es algo exclusivamente personal y por lo tanto, puede ser muy diferente al de los demás, pero no mejor o peor. Un valor es una palabra que indica algo elevado en la jerarquía de nuestros intereses. Los utilizamos continuamente, en muchos casos de forma inconsciente, para juzgar lo que está bien y lo que está mal.</p>	<p>Creencias globales:</p> <p>Creencias sobre la causa:</p> <p>Creencias sobre el significado:</p>	<p>Son generalizaciones que hacemos sobre la vida, el mundo, las personas, etc.</p> <p>Puedes tener creencias acerca de lo que causa algo. ¿Cuál es la causa de que no consiga perder peso? ¿Cuál es la causa de que siempre me dejen los hombres? ¿Cuál es la causa de que nunca tenga dinero? ¿Cuál es la causa de que me echen de los trabajos? La respuesta primera es la primera creencia.</p> <p>Se pueden tener creencias sobre el significado. ¿Qué significa que tenga una persona cáncer?. ¿Qué significa que los hombres me dejen? ¿Qué significa que me echen de los trabajos? ¿Qué significa que nunca tenga dinero? Acaso puede significar que no valgo, o que la vida es dura. Que eres una mala persona y mereces castigo o que debes introducir cambios en tu forma de vivir. Lo</p>	<p>Porcentaje de creencias globales</p> <p>Porcentaje de creencias sobre la causa</p> <p>Porcentaje de creencias sobre el significado</p> <p>Porcentaje de creencias de identidad u origen</p>	<p>Ordinal</p>
--	---	--	---	--	----------------

	<p>LOS VALORES: Los valores son los estados a los que las personas dan importancia. Por ejemplo, éxito, seguridad, amor, felicidad, etc.</p>	<p>Creencias de identidad u origen:</p> <p>Valores hacia los que se tiende:</p> <p>Valores de los que se huye:</p>	<p>que tú respondas es otra creencia que estás teniendo.</p> <p>Las creencias sobre la identidad engloban causa, significado y límites Cuando tu cambias tus creencias acerca de tu identidad, te conviertes de algún modo en una persona distinta.</p> <p>Son estados que se desea alcanzar dado que producen gran satisfacción. Por ejemplo: felicidad, respeto, cariño, etc.</p> <p>Son estados que me producen desagrado o insatisfacción.</p>	<p>Porcentaje de valores que se tiende</p> <p>Porcentaje de valores que se huye.</p>	
--	---	--	--	--	--

Anexo 4 CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

1.- CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA:

1. Edad:

- 20-30 años _____
- 31-40 años _____
- 41-50 años _____
- 51-60 años _____
- Más de 60 años. _____

2. Género:

- Masculino _____
- Femenino _____

3. Lugar de origen: _____

4. Nivel educativo: Marca todos los que se adjunten a tu perfil actual:

- Grado. _____
- Postgrado. _____
- Doctorado. _____

5. Años de experiencia clínica como enfermera asistencial: _____

6. Años de experiencia laboral como enfermera asistencial para pacientes terminales: _____

Turnos que labora como enfermera asistencial en pacientes terminales

- Mañana: _____
- Tarde: _____
- Noche: _____

- 12 horas: _____
- 24 horas: _____
- Fines de semana: _____

7. Tiene alguna creencia religiosa o espiritual:

- Si _____
- No _____

8. De las siguientes afirmaciones, elija la que considere más adecuada a su idea de espiritualidad:

- La espiritualidad implica únicamente la religión. _____
- La espiritualidad tiene que ver con la búsqueda de significado, propósito y satisfacción en la vida. _____
- La espiritualidad se aplica a todas las personas, incluso aquellas que no tienen una creencia religiosa. _____
- Yo no sé lo que significa el término espiritualidad. _____
- Otros. _____ (Higuero, 2013)

Anexo 5 HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

La finalidad de este documento es el de informar a los participantes en esta investigación de las características de la misma, así como de su papel en ella como participantes.

Nombre del proyecto: Percepción de los profesionales de enfermería sobre la atención de las necesidades espirituales de los pacientes en fase terminal en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, enero-febrero 2016

Investigadora: Patricia Espinoza. Estudiante de enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Propósito: Analizar percepción que tienen los profesionales de enfermería sobre la atención de las necesidades espirituales de los pacientes en fase terminal en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Quito, durante enero-febrero del 2016. Para poder llevar a cabo esta investigación se observarán y estudiarán comportamientos, opiniones y percepciones de diversos profesionales de enfermería, respecto al tema de estudio.

Procedimiento: Se utilizará un cuestionario sociodemográfico para contextualizar la situación actual de los participantes, ya que esos datos pueden ayudar de forma significativa, a orientar las características de la muestra, en cuanto a la variabilidad de la misma. Las preguntas sobre espiritualidad incluidas en el cuestionario sociodemográfico, están basadas en estudios similares al de esta investigación. Esta información dentro de un estudio cualitativo, sirve para poner en contexto el análisis de los datos y no para representar estadísticas significativas.

Riesgos: La participación en el cuestionario sociodemográfico no supone ningún peligro o riesgo para la salud física ni psíquica.

Beneficios: La participación en el cuestionario sociodemográfico puede ser incluso beneficiosa para usted al colaborar en un proyecto de investigación en el que se pretende explorar y analizar la percepción y experiencia profesional que tienen las enfermeras asistenciales del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes del área de oncología, que puede ayudar a mejorar la asistencia profesional en los cuidados enfermeros.

Compromiso de confidencialidad: La investigadora se compromete a garantizar la confidencialidad respecto a la identidad de cada participante y a mantener los registros de la investigación a recaudo para asegurar el anonimato de los participantes en el estudio. Las copias de los documentos de este estudio serán conservadas por la investigadora principal teniendo únicamente acceso a ella los investigadores del proyecto.

Libertad para retirarse del estudio: Su participación es libre y voluntaria, por lo que si usted lo prefiere, puede retirarse del estudio en cualquier momento, incluso sin verse obligado a dar ninguna explicación. Su retirada del mismo no tendrá ninguna consecuencia ni para su salud ni su persona.

Contactos adicionales: Puede ponerse en contacto con la investigadora para aclarar dudas sobre su participación en el estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del proyecto: Percepción de los profesionales de enfermería sobre la atención de las necesidades espirituales de los pacientes en fase terminal en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, enero-febrero 2016.

Investigadora: Patricia Espinoza

Estudiante de enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Telf: 0985444611

Dirección de correo: patty.msc@hotmail.es

La investigadora **Patricia Espinoza** con CI 0921848511 informa al participante Sr/Sra.

_____ Con CI _____, sobre la participación en el proyecto titulado: Percepción de los profesionales de enfermería sobre la atención de las necesidades espirituales de los pacientes en fase terminal en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor Quito, enero-febrero 2016. Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier momento que desee, sin ninguna consecuencia de ningún tipo.

Su firma a continuación confirma que ha leído el documento de información adicional o que alguien se lo ha leído. Se le ha dado y se le continuará dando la oportunidad de hacer preguntas y de concretar su participación en el proyecto.

Firme solo este documento en el caso de haber leído la información adicional, haber aclarado sus dudas y si su participación es libre y voluntaria. (Higuero, 2013)

NOMBRES Y APELLIDOS

FECHA

FIRMA PARTICIPANTE

Anexo 6 GUIA DE ENTREVISTA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Código del participante: _____ **Fecha:** _____ **Hora inicio:** _____ **Hora final:** _____

Datos de interés:

Presentación y adaptación al encuentro:

Justificación del estudio, grabación de la entrevista, confidencialidad de la información.

Se contactará posteriormente con el entrevistado/a para revisión y verificación de la copia de la grabación.

Guión de posibles preguntas:

1. Se ha observado que en los registros de enfermería la necesidad espiritual pocas veces se complementa ¿A qué cree que es debido?
2. ¿Me podría hablar de su experiencia profesional relacionada con la atención espiritual? ¿Qué le viene a la mente? ¿Qué significa el cuidado espiritual para usted?
3. Dígame qué cree que es la espiritualidad.
4. ¿Cómo definiría la espiritualidad y la religión?
5. ¿Qué le parece, si la hay, cual es la diferencia clave entre espiritualidad y religión?
6. ¿Cree que la atención espiritual es importante? ¿Por qué si/ por qué no? (Higuero, Tesis de Masterado, 2013)

Observaciones:

Anexo 7 HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD

La finalidad de este documento es el de informar a los participantes en esta investigación de las características de la misma, así como de su papel en ella como participantes.

Nombre del proyecto: Percepción de los profesionales de enfermería sobre la atención de las necesidades espirituales de los pacientes en fase terminal en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, enero-febrero 2016.

Investigadora: Patricia Espinoza. Estudiante de enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Propósito: Analizar percepción que tienen los profesionales de enfermería sobre la atención de las necesidades espirituales de los pacientes en fase terminal en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Quito, durante enero-febrero del 2016. Para poder llevar a cabo esta investigación se observarán y estudiarán comportamientos, opiniones y percepciones de diversos profesionales de enfermería, respecto al tema de estudio.

Procedimiento: Para la obtención de información se llevarán a cabo entrevistas en profundidad. Una entrevista en profundidad es una técnica de recogida de datos mediante un encuentro individual entre el investigador y el entrevistado que permite que éste último exprese de forma reflexiva y personal su opinión sobre los temas investigados. Todos los datos serán guardados mediante archivos electrónicos que serán completamente destruidos al finalizar la investigación.

Riesgos: La participación en esta entrevista no supone ningún peligro o riesgo para la salud física ni psíquica.

Beneficios: La participación en la entrevista en profundidad puede ser incluso beneficiosa para usted al colaborar en un proyecto de investigación en el que se pretende explorar y analizar la percepción y experiencia profesional que tienen las enfermeras asistenciales del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes del área de oncología, que puede ayudar a mejorar la asistencia profesional en los cuidados enfermeros.

Compromiso de confidencialidad: La investigadora se compromete a garantizar la confidencialidad respecto a la identidad de cada participante y a mantener los registros de la investigación a recaudo para asegurar el anonimato de los participantes en el estudio. Las copias de los documentos de este estudio serán conservadas por la investigadora principal teniendo únicamente acceso a ella los investigadores del proyecto.

Libertad para retirarse del estudio: Su participación es libre y voluntaria, por lo que si usted lo prefiere, puede retirarse del estudio en cualquier momento, incluso sin verse obligado a dar ninguna explicación. Su retirada del mismo no tendrá ninguna consecuencia ni para su salud ni su persona.

Contactos adicionales: Puede ponerse en contacto con la investigadora para aclarar dudas sobre su participación en el estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del proyecto: Percepción de los profesionales de enfermería sobre la atención de las necesidades espirituales de los pacientes en fase terminal en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, enero-febrero 2016.

Investigadora: Patricia Espinoza

Estudiante de enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Telf: 0985444611

Dirección de correo: patty.msc@hotmail.es

La investigadora **Patricia Espinoza** con CI 0921848511 informa al participante Sr/Sra.

_____ Con CI _____, sobre la participación en el proyecto titulado: Percepción de los profesionales de enfermería sobre la atención de las necesidades espirituales de los pacientes en fase terminal en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, enero-febrero 2016. Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier momento que desee, sin ninguna consecuencia de ningún tipo.

Su firma a continuación confirma que ha leído el documento de información adicional o que alguien se lo ha leído. Se le ha dado y se le continuará dando la oportunidad de hacer preguntas y de concretar su participación en el proyecto.

Firme solo este documento en el caso de haber leído la información adicional, haber aclarado sus dudas y si su participación es libre y voluntaria. (Higuero, 2013)

NOMBRES Y APELLIDOS

FECHA

FIRMA PARTICIPANTE

**Anexo 8 GUIA DE OBSERVACIÓN PARA ENFERMERAS ASISTENCIALES EN
RELACIÓN AL CUIDADO ESPERITUAL DE LOS PACIENTES EN FASE
TERMINAL**

- Nombre o Código del Participante: _____
- Fecha de la observación: _____
- Horario de trabajo de la participante: _____
- Diagnóstico de paciente en fase terminal: _____
- Edad del paciente en fase terminal: _____
- Género del paciente en fase terminal: _____

Información, comunicación y toma de decisiones

- La enfermera asistencial, le da información y se comunica con el paciente tomando en cuenta las preferencias expresadas por este, evitando la interpretación de sus deseos: _____
- La enfermera asistencial, muestra explícitamente su disponibilidad para escuchar e informar. _____
- La enfermera asistencial, mantiene una comunicación verbal y visual con el paciente. _____
- La enfermera asistencial, se comunica con el paciente a través del tacto especialmente cuando el mismo esta inconciente. _____
- La enfermera asistencial, valora regularmente, las necesidades de información y las preferencias del enfermo: _____
- La enfermera asistencial, permite la participación del enfermo y sus cuidadores o familiares en la toma de decisiones _____
- La enfermera asistencial, participa en la toma de decisiones, aportando información clara y suficiente, que permite al paciente y a sus familiares expresar sus dudas y temores, resolviendo sus preguntas y facilitando el tiempo necesario para la reflexión. _____

Principios generales del control de síntomas

- La enfermera asistencial, realiza la valoración de los síntomas del paciente: _____
- La enfermera asistencial, realiza una evaluación de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos disponibles _____
- La enfermera asistencial, da información al enfermo y a su familia de las opciones de tratamientos disponibles, y pone a consideración sus preferencias. _____

Tratamiento del dolor

- La enfermera asistencial, realiza una evaluación integral del dolor, tomando en cuenta su origen, etiología, intensidad y repercusión sobre el enfermo y su familia. _____
- La enfermera asistencial, instruye e involucra al paciente y a su familia en el correcto uso de las medidas analgésicas propuestas. _____
- La enfermera asistencial, utiliza escalas validadas para la cuantificación del dolor _____

Astenia, anorexia-caquexia

- La enfermera asistencial, evalúa y propone actividades diarias, reposo y sueño adaptados a cada situación, respetando las creencias sobre la alimentación de cada uno de sus pacientes. _____

Deshidratación

- La enfermera asistencial valora las ventajas e inconvenientes de cada uno de los pacientes al momento de la hidratación. _____

Síntomas respiratorios

Disnea

- La enfermera asistencial, valora e identifica los síntomas de la disnea en cada uno de los pacientes. _____
- La enfermera asistencial, conoce acerca de los medicamentos y sus efectos adversos e indica al paciente sobre los mismos _____

Tos

- La enfermera asistencial, valora y evalúa pacientes con tos para identificar las causas de la misma. _____

Síntomas Psicológicos y psiquiátricos

Delirium

- La enfermera asistencial, conoce los fármacos opioides y sus efectos secundarios en los pacientes. _____

Insomnio

- La enfermera asistencial, valora a los pacientes con insomnio y evalúa los factores que le predisponen a este trastorno _____

Ansiedad

- La enfermera asistencial, evalúa el grado de depresión de los pacientes dando soporte al enfermo y a sus familiares. _____

Depresión

- La enfermera asistencial, evalúa al paciente con depresión, analiza las posibles causas sean farmacológicas o de otro tipo, para de esta manera evitar el riesgo de suicidio. _____

Síntomas digestivos

Mucositis

- La enfermera asistencial, realiza la higiene cuidadosa de la boca y la analgesia del paciente. _____

Boca seca (xerostomía)

- La enfermera asistencial, además de mantener la higiene de la boca del paciente le brinda una dieta adecuada para que estimule la salivación como por ejemplo: ofrece al paciente pequeños sorbos de agua durante el día. _____

Candidiasis

- La enfermera asistencial, valora la candidiasis del paciente, analiza las causas conjuntamente con el paciente y da tratamiento al mismo. _____

Disfagias

- La enfermera asistencial, valora la disfagia del paciente y de acuerdo al tipo, brinda una dieta que se adapte a las características clínicas de la misma. _____

Náuseas y vómitos

- La enfermera asistencial, valora al paciente y le brinda una dieta con alimentos secos al inicio de la mañana, evita darle alimentos como la leche entera o frutos ácidos. _____

- La enfermera asistencial, ayuda al paciente en el enjuague bucal para evitar olores desagradables luego del vómito, de igual manera le ayuda con el cambio de ropa y limpieza de las semilunas que se usaron para contener el vómito. _____

Estreñimiento

- La enfermera asistencial, evalúa las heces del paciente y a través de esto da una dieta balanceada para que el paciente pueda realizar la deposición, se ayudara con laxantes si fuera necesario. _____

Diarrea

- La enfermera asistencial, valora el ritmo de las deposiciones e identifica las posibles causas para iniciar el tratamiento con dietas y aportes de líquidos. _____

Obstrucción intestinal

- La enfermera asistencial, valora individualmente la situación funcional de cada paciente para localizar la obstrucción.

Hipo

- La enfermera asistencial, realiza una valoración cuidadosa del hipo en el paciente para aplicar el tratamiento, sea este con medidas físicas o farmacológicas. _____

Cuidados de la piel

Prevención y tratamiento de las úlceras

- La enfermera asistencial, previene la formación de la úlceras por presión a través de los cambios posturales cada dos horas a cada paciente._____
- La enfermera asistencial, mantiene adecuada limpieza e hidratación de la piel de cada uno de los pacientes._____
- La enfermera asistencial, cambia los apósitos en función del estadio y de las características de las úlceras y de la preferencia del paciente._____

Prurito

- La enfermera asistencial, valora al paciente buscando posibles causas del prurito, proporciona cuidados generales de la piel con una suficiente hidratación y la prevención de lesiones de rascado._____
- La enfermera asistencial, evitará usar alcohol con el paciente y hará hincapié en no comer alimentos picantes, y también en el uso de ropa ajustada para evitar complicaciones._____ (MSP, 2014)

Observaciones espirituales

Nivel general:

- La enfermera asistencial, pregunta regularmente al paciente como esta de ánimo._____
- La enfermera asistencial, pregunta al paciente si hay algo que le preocupe o le disturbe._____
- La enfermera asistencial, se hace cercana al paciente y dialoga acerca de la difícil situación en la que se él encuentra._____
- La enfermera asistencial, platica con el paciente acerca de cómo él percibe su tiempo._____

- La enfermera asistencial, manifiesta al paciente su disponibilidad para proporcionarle la ayuda que él requiera. _____

Nivel específico:

- La enfermera asistencial, pregunta al paciente sobre la creencia religiosa o espiritual del mismo. _____
- La enfermera asistencial, ofrece su ayuda para facilitarle oportunidades de diálogo con personas que él desee. _____ (SECPAL, 2008)

Anexo 9 HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA GUÍA DE OBSERVACIÓN DE ENFERMERAS

La finalidad de este documento es el de informar a los participantes en esta investigación de las características de la misma, así como de su papel en ella como participantes.

Nombre del proyecto: Percepción de los profesionales de enfermería sobre la atención de las necesidades espirituales de los pacientes en fase terminal en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, enero-febrero 2016.

Investigadora: Patricia Espinoza. Estudiante de enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Propósito: Analizar percepción que tienen los profesionales de enfermería sobre la atención de las necesidades espirituales de los pacientes en fase terminal en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de la ciudad de Quito, durante enero-febrero 2016. Para poder llevar a cabo esta investigación se observarán y estudiarán comportamientos, opiniones y percepciones de diversos profesionales de enfermería, respecto al tema de estudio.

Procedimiento: La guía de observación para enfermeras se llevará a cabo en los servicios de hospitalización y de cuidado domiciliario. Y para mantener el máximo de objetividad, se procurará mantener una distancia que permita investigar con el máximo de reflexividad y sin ideas preconcebidas, tanto sobre el tema de estudio, como de los actores que participan en la investigación.

Riesgos: La participación en la guía de observación para enfermeras no supone ningún peligro o riesgo para la salud física ni psíquica.

Beneficios: La participación en la guía de observación para enfermeras puede ser incluso beneficiosa para usted al colaborar en un proyecto de investigación en el que se pretende explorar y analizar la percepción y experiencia profesional que tienen las enfermeras asistenciales del Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes del área de oncología, que puede ayudar a mejorar la asistencia profesional en los cuidados enfermeros.

Compromiso de confidencialidad: La investigadora se compromete a garantizar la confidencialidad respecto a la identidad de cada participante y a mantener los registros de la investigación a recaudo para asegurar el anonimato de los participantes en el estudio. Las copias de los documentos de este estudio serán conservadas por la investigadora principal teniendo únicamente acceso a ella los investigadores del proyecto.

Libertad para retirarse del estudio: Su participación es libre y voluntaria, por lo que si usted lo prefiere, puede retirarse del estudio en cualquier momento, incluso sin verse obligado a dar ninguna explicación. Su retirada del mismo no tendrá ninguna consecuencia ni para su salud ni su persona.

Contactos adicionales: Puede ponerse en contacto con la investigadora para aclarar dudas sobre su participación en el estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del proyecto: Percepción de los profesionales de enfermería sobre la atención de las necesidades espirituales de los pacientes en fase terminal en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, enero-febrero 2016.

Investigadora: Patricia Espinoza

Estudiante de enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Telf: 0985444611

Dirección de correo: patty.msc@hotmail.es

La investigadora **Patricia Espinoza** con CI 0921848511 informa al participante Sr/Sra.

_____ Con CI _____, sobre la participación en el proyecto titulado: Percepción de los profesionales de enfermería sobre la atención de las necesidades espirituales de los pacientes en fase terminal en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, enero-febrero 2016. Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier momento que desee, sin ninguna consecuencia de ningún tipo.

Su firma a continuación confirma que ha leído el documento de información adicional o que alguien se lo ha leído. Se le ha dado y se le continuará dando la oportunidad de hacer preguntas y de concretar su participación en el proyecto.

Firme solo este documento en el caso de haber leído la información adicional, haber aclarado sus dudas y si su participación es libre y voluntaria. (Higuero, 2013)

NOMBRES Y APELLIDOS

FECHA

FIRMA PARTICIPANTE