



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

VIVENCIA DEL ENFERMERO EN ÁREAS CRÍTICAS SOBRE EL CUIDADO
ESPIRITUAL: DESDE UNA VISIÓN HUMANÍSTICA

EXPERIENCE OF THE NURSE IN CRITICAL AREAS OF SPIRITUAL CARE: FROM A
HUMANISTIC VISION

Artículo profesional previo a la obtención del título de Magíster en Gestión del Cuidado con
mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos

Línea de Investigación: Salud integral, determinación social y desarrollo humano.

Autoría:

ERIKA LORENA SORNOZA YAGUAL
JOSE GABRIEL CHAGUAY HOLGUIN

Dirección:

Mg. JORGE LEODAN CABRERA OLVERA

Santo Domingo – Ecuador

Septiembre, 2024



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE SANTO DOMINGO

Dirección de Investigación y Postgrados

HOJA DE APROBACIÓN

VIVENCIA DEL ENFERMERO EN ÁREAS CRÍTICAS SOBRE EL CUIDADO
ESPIRITUAL: DESDE UNA VISIÓN HUMANÍSTICA

EXPERIENCE OF THE NURSE IN CRITICAL AREAS OF SPIRITUAL CARE: FROM A
HUMANISTIC VISION

Línea de Investigación: Salud integral, determinación social y desarrollo humano.

Autoría:

ERIKA LORENA SORNOZA YAGUAL

JOSE GABRIEL CHAGUAY HOLGUIN

Jorge Leodan Cabrera Olvera, Mg.

DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Sandy Janeth Aules Merchancano, Mg.

CALIFICADORA

Miriam Katherine Carrión Morales, Mg.

CALIFICADORA

Yulio Cano de la Cruz, PhD.

DIRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADOS

Santo Domingo – Ecuador

Septiembre, 2024

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, Erika Lorena Sornoza Yagual, portadora de la cédula de ciudadanía No. 0926829870, declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaramos que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.

Además, declaro que el presente trabajo, producto de las actividades académicas y de investigación, forma parte del capital intelectual de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior.

En tal razón, autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, para que pueda hacer uso, con fines netamente académicos, del Trabajo de Titulación, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, siendo el presente documento la constancia del consentimiento autorizado; y, para que sea ingresado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su conocimiento público, en cumplimiento del artículo 103 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Erika Lorena Sornoza Yagual
C.I. 0926829870

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, Jose Gabriel Chaguay Holguin, portador de la cédula de ciudadanía No. 0956643639, declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Igualmente declaramos que todo resultado académico que se desprenda de esta investigación y que se difunda, tendrá como filiación la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, reconociendo en las autorías al director del Trabajo de Titulación y demás profesores que amerita. Estas publicaciones presentarán el siguiente orden de aparición en cuanto a los autores y coautores: en primer lugar, a los estudiantes autores de la investigación; en segundo lugar, al director del trabajo de titulación y, por último, siempre que se justifique, otros colaboradores en la publicación y trabajo de titulación.

Además, declaro que el presente trabajo, producto de las actividades académicas y de investigación, forma parte del capital intelectual de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 16, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior.

En tal razón, autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Sede Santo Domingo, para que pueda hacer uso, con fines netamente académicos, del Trabajo de Titulación, ya sea de forma impresa, digital y/o electrónica o por cualquier medio conocido o por conocerse, siendo el presente documento la constancia del consentimiento autorizado; y, para que sea ingresado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su conocimiento público, en cumplimiento del artículo 103 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Jose Gabriel Chaguay Holguin
C.I. 0956643639

INFORME DE TRABAJO DE TITULACIÓN ESCRITO DE POSTGRADO

Yullio Cano de la Cruz, PhD.

Dirección de Investigación y Postgrados

Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo

De mi consideración,

Por medio del presente informe en calidad del director/a del Trabajo de Titulación de Postgrado de MAESTRÍA EN GESTIÓN DEL CUIDADO CON MENCIÓN EN UNIDADES DE EMERGENCIA Y UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS titulado VIVENCIA DEL ENFERMERO EN ÁREAS CRÍTICAS SOBRE EL CUIDADO ESPIRITUAL: DESDE UNA VISIÓN HUMANÍSTICA realizado por los maestrantes: Erika Lorena Sornoza Yagual con cédula: No 0926829870 y José Gabriel Chaguay Holguin con cédula: No 0956643639, previo a la obtención del Título de Magíster en Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos, informo que el presente trabajo de titulación escrito se encuentra finalizado conforme a la guía y el formato de la Sede vigente.

Además, certifico haber verificado la originalidad y autenticidad del trabajo de titulación por medio del programa anti plagio Turnitin, en respuesta a la normativa institucional vigente.

Santo Domingo, 7 de septiembre de 2024

Atentamente,

Jorge Leodan Cabrera Olvera, Mg.

Profesor Titular Auxiliar I

AGRADECIMIENTOS

Erika Lorena Sornoza Yagual

En primer lugar, deseo expresar mi más sincero agradecimiento a nombre del docente quien, con su dedicación, paciencia y vasto conocimiento, me guio a lo largo de todo el proceso de elaboración de esta tesis. Su apoyo incondicional, tanto académico como personal, ha sido fundamental para la realización de este trabajo. Gracias por ser un mentor excepcional y por inspirarme a superar cada obstáculo en este camino. Quiero también dedicar un agradecimiento muy especial a mi esposo, Freddy Figueroa, por su amor, comprensión y fortaleza durante estos meses de intenso trabajo. Tu apoyo constante, tus palabras de ánimo y la fe que siempre has tenido en mí han sido la fuente de mi motivación diaria. Gracias por estar a mi lado en cada paso de este proceso, por comprender mis ausencias y por compartir conmigo cada logro. Finalmente, agradezco a todos aquellos que, de una u otra manera, han contribuido al desarrollo de este artículo. Sus aportes, compañía y apoyo han sido invaluable. A todos ustedes, mi más profundo y sincero agradecimiento.

Jose Gabriel Chaguay Holguin

En primer lugar, quiero expresar mi más sincero agradecimiento a Dios, por haberme guiado y brindado la fortaleza necesaria para alcanzar este logro. Sin Su gracia y Su presencia en mi vida, nada de esto hubiera sido posible. A mi familia, les debo todo. Gracias por su amor incondicional, su apoyo constante y su paciencia durante todo este proceso. Ustedes han sido mi pilar y mi mayor fuente de inspiración. A mi tutor de este artículo, Mg. Jorge Leodan Cabrera Olvera, quiero agradecerle por su invaluable guía y dedicación. Sus consejos y enseñanzas han sido fundamentales para la realización de este trabajo. Su confianza en mí me motivó a esforzarme al máximo. Finalmente, agradezco a todas aquellas personas que, de una u otra manera, han sido parte de mi vida y mi formación. Sus palabras de aliento y su ejemplo han dejado una huella imborrable en mi camino.

DEDICATORIA

Erika Lorena Sornoza Yagual

Dedico este artículo a todas las personas que han sido una fuente de inspiración y apoyo en mi vida. A mis padres, mi familia, mi pareja, por su amor incondicional, por creer en mí y por brindarme la fortaleza necesaria para superar cada desafío. Sin su apoyo, este logro no habría sido posible. Este trabajo es un reflejo del esfuerzo compartido y la dedicación que me han enseñado. Gracias por estar siempre a mi lado.

Jose Gabriel Chaguay Holguin

Dedico este trabajo, en primer lugar, a Dios, quien ha sido mi luz y guía en cada paso de este camino. Su presencia constante me ha dado la fuerza y sabiduría necesarias para superar cada desafío. A mi hermosa familia, por ser mi refugio, mi motor, y mi mayor fuente de inspiración. Gracias por su amor, apoyo incondicional y por creer en mí, incluso cuando yo dudaba. Y, finalmente, a todas las personas importantes en mi vida, que, con sus palabras de aliento, ejemplo y amistad, han dejado una marca indeleble en mi corazón. Este logro es tanto mío como suyo.

RESUMEN

Introducción: A nivel mundial, la atención a la salud se considera como el servicio con mayor demanda y dentro del mismo es el personal de enfermería uno de los más involucrados en la satisfacción que refleja el paciente, ya que son ellos quienes identifican las necesidades y expectativas de los usuarios, por ello, la calidad de cuidados que se ofrecen debe estar caracterizados por una atención oportuna, personalizada y humanizada.

Metodología: Investigación cualitativa de tipo fenomenológico, con una muestra de 10 enfermeros de unidades de cuidados intensivos procedente de la institución pública hospital General Guasmo Sur, obteniendo un muestreo no probabilístico por conveniencia, a quienes se aplicaron entrevistas semiestructuradas, para su análisis se siguió el modelo de Pablo Cáceres y complementó con la implementación del software Atlas. Ti.

Resultados: Emergieron 4 categorías: 1. Aspectos que se destacan en el cuidado espiritual durante la atención al paciente crítico; 2. Impacto del cuidado espiritual en la humanización de la atención de áreas críticas desde la visión del profesional de enfermería; 3. Estrategias implementadas en el cuidado al paciente de cuidados críticos desde una visión humanística; 4. Recomendaciones percibidas por el personal de enfermería para la implementación del cuidado humanizado en los servicios críticos.

Conclusiones: Los entrevistados expresaron que el personal de enfermería va más allá de brindar cuidados generales y que cuenta con una visión amplia para brindar cuidados humanizados y que el impacto que tiene este tipo de cuidado en el proceso de recuperación del paciente crítico es verdaderamente significativo.

Palabras clave: cuidado humanizado; cuidado crítico; espiritual.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	Introducción.....	1
2.	Revisión de la literatura.....	5
3.	Materiales y métodos	8
4.	Resultados	12
5.	Discusión	18
6.	Conclusiones	20
7.	Referencias bibliográficas	23
9.	Anexos	26

1. INTRODUCCIÓN

A nivel global, los servicios de salud son considerados los más solicitados, y dentro de ellos, el personal de enfermería juega un papel fundamental en la satisfacción de los pacientes. Esto se debe a que son quienes identifican las necesidades y expectativas de los usuarios. Por lo tanto, la calidad del cuidado brindado debe destacarse por ser oportuno, personalizado y humano. En esta línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que la experiencia del paciente está estrechamente vinculada con su satisfacción con el sistema de atención sanitaria, lo que implica cumplir ciertos requisitos, como contar con un equipo profesional altamente capacitado, utilizar los recursos de manera eficiente y asegurar un mínimo riesgo para el paciente (Navarrete et al., 2023).

Por su parte, Gastelo (2020) señala que la tasa de mortalidad en las áreas críticas de Europa cobró gran relevancia debido a la COVID-19, exponiendo al personal de enfermería a situaciones complejas. Esto reveló que muchos profesionales enfrentaron dificultades para manejar el tema de la muerte, lo que demostró que los enfermeros no están suficientemente preparados, tanto a nivel emocional como actitudinal, para abordar la muerte como parte de los cuidados especializados. Además, el estudio evidenció que las enfermeras balinesas se apoyan en sus creencias religiosas para afrontar su labor diaria, lo que les permite que las influencias culturales no interfieran en el manejo de la muerte de sus pacientes.

En otro contexto, la humanización de los cuidados se ha convertido actualmente en un componente cada vez más significativo en el ejercicio profesional de enfermería. La perspectiva humanística va más allá de los cuidados habituales y rutinarios, lo que desestabiliza este enfoque es el hecho de incluir emociones y sentimientos, esto se debe a que la visión humanista va más allá de los procedimientos típicos de los cuidados del personal enfermero; considerando a la persona como un ser ontológico con cuerpo, alma y espíritu, en que las actitudes y aptitudes son complejas al comportamiento frente a lo desconocido (Esteban, 2023).

La pandemia de COVID-19 generó un profundo impacto en diversos aspectos, como el aislamiento social, el temor al contagio, la escasez de recursos, la incertidumbre sobre los tratamientos y el conocimiento limitado de la enfermedad. Esto evidenció importantes carencias en distintas áreas hospitalarias, especialmente entre aquellos que no estaban preparados para enfrentar la situación. Como resultado, los trabajadores de la salud, sometidos a una gran presión, experimentaron problemas de salud mental, como estrés postraumático y

crisis de pánico, debido a su compromiso de estar en la primera línea durante la crisis sanitaria (Sánchez y Santos, 2021).

Todos estos devastadores episodios vividos en la pandemia permitieron a los profesionales sensibilizar el cuidado humanizado hacia el paciente, mucho más por el hecho de sentirse identificado con el dolor, miedo y desesperación ante la muerte haciendo que estos fortalezcan la caridad humana en el personal de salud más allá de los cuidados generales de enfermería (Sánchez y Santos, 2021).

Las necesidades espirituales se han reconocido como un aspecto clave en el cuidado y evaluación de la enfermería, y se consideran un resultado importante en la atención al paciente. A nivel internacional, se ha incrementado el énfasis en la relevancia de estas necesidades, ya que se considera que el cuidado espiritual es una parte fundamental del rol de la enfermería. Esto concuerda con la naturaleza multifacética de la labor del enfermero, que se centra en brindar un cuidado integral que abarque no solo las necesidades físicas y psicológicas, sino también las sociales y espirituales de los pacientes (Harrad et al., 2019).

A pesar de lo previamente mencionado, hay evidencia de que las necesidades espirituales y la evaluación no siempre están bien comprometidas por el personal de enfermería, con la sugerencia en la literatura de que el compromiso con las necesidades espirituales de los pacientes no ocurre consistentemente. Una falta percibida de habilidad en el área del cuidado espiritual, la preparación, falta de confianza y el politeísmo, contribuyen al menester de la formación continua para garantizar la seguridad, el cuidado digno y su humanización (Harrad et al., 2019).

La dimensión espiritual es un elemento fundamental en la atención de enfermería desde una perspectiva holística, ya que esta manera de entender el cuidado apoya la base humanística de la filosofía enfermera. Sin embargo, en nuestro contexto, esta dimensión está relativamente poco desarrollada, lo que resulta en una limitada experiencia y evidencia en el ámbito asistencial en relación con este tema. Además, la literatura sugiere que los profesionales de enfermería encuentran dificultades para evaluar la dimensión espiritual en su práctica profesional (Penas y Díaz, 2019).

No obstante, existen estudios que indican que la percepción de los profesionales sobre la dimensión espiritual puede afectar la manera en que se identifican las necesidades espirituales de los pacientes, así como en la planificación y ejecución de las intervenciones

necesarias para abordarlas. Comprender las necesidades espirituales y aplicar los cuidados adecuados no solo reduce el sufrimiento del paciente, sino que también promueve su bienestar espiritual. Este bienestar ha sido vinculado a un incremento en los índices de salud física y mental, así como a una mayor expectativa de vida (Penas y Díaz, 2019).

La literatura revisada con anterioridad motivó el planteamiento de la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué vivenciaron los enfermeros sobre el cuidado espiritual en las áreas críticas desde la visión humanista?

En base al objeto de estudio esta investigación trata la percepción de la vivencia del enfermero en áreas críticas sobre en el cuidado espiritual, ante lo expuesto se determina el planteamiento de las siguientes preguntas que nordean la investigación:

1. ¿Qué aspectos se destacan durante el cuidado espiritual entre el personal de salud y el paciente crítico?
2. ¿Cómo repercuten las experiencias en las áreas críticas sobre el cuidado espiritual en el personal de enfermería para brindar un cuidado humanizado?
3. ¿Qué estrategias se implementaron por parte del personal de enfermería para brindar cuidado espiritual garantizando un cuidado integral y humanizado?

Se planteó el siguiente objetivo general:

Describir la vivencia de los enfermeros sobre el cuidado espiritual en las áreas críticas desde una visión humanista.

Los objetivos que se han establecido para la investigación son:

1. Analizar los aspectos que sobresalen durante el cuidado espiritual entre el personal de salud y el paciente crítico.
2. Detallar como repercuten en el personal de enfermería las experiencias del cuidado espiritual en las áreas críticas para brindar un cuidado humanizado.
3. Describir las estrategias implementadas por el personal de enfermería para garantizar el cuidado espiritual, integral y humanizado.

El estudio reconocerá la importancia del cuidado espiritual del profesional de salud al incorporar en sus actividades diarias un pensamiento, reflexivo y proactivo desde una visión humanística para lograr brindar cuidados de calidad, además los aportes van a contribuir en los cambios de los servicios de salud influyendo en la práctica uno de los aspectos más relevantes de lo que debe ser y lo que se debe hacer al paciente crítico correspondiente a los cuidados espirituales desde una perspectiva humanística.

En este sentido, la siguiente información aportara a la práctica de enfermería y sistema sanitario con la búsqueda de políticas y estrategias que fomenten el desarrollo de protocolo estandarizados en las unidades de atención críticas en pacientes en recuperación y en la etapa final de la vida; además, del fomento de cursos de formación continua que permitan abordar las necesidades reales y sentidas por los pacientes y sus familias, en el marco de sus creencias y costumbre religiosas, garantizando el respeto de los principios éticos y bioéticos en su cuidado.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Antecedentes

El estudio de Ruiz (2021) tuvo como objetivo determinar el estado de salud mental de enfermeras de unidades de cuidados intensivos (UCI) en la ciudad de Colombia, durante la pandemia de COVID-19 y su asociación con variables demográficas y ocupacionales, utilizando el método de estudio cuantitativo, transversal determinado el nivel de salud mental de 116 enfermeras mediante la Escala de Perspectiva Mental de Pamela Reed (SPS), teniendo como resultado que los participantes eran en su mayoría mujeres, menores de 45 años, solteras y su nivel educativo más alto era un título universitario. Independientemente del estado de salud de la comunidad, se observaron altos niveles de práctica, creencias y bienestar espiritual.

Según Reis et al. (2023) tuvieron como propósito el análisis de diferentes aspectos de la gestión de recursos de las unidades de cuidados intensivos (UCI) durante la pandemia de COVID-19 en la ciudad de Brasil en la microrregión de Cariri, estado de Ceará, utilizando la metodología de estudio descriptivo transversal en cuatro hospitales, con 91 profesionales del área de cuidados intensivos, obteniendo como resultado en recursos humanos, el 73,6% de los profesionales realizó un curso de atención al paciente en UCI durante el Covid-19 y el 67,0% realizó un curso de control de infecciones relacionado con los servicios de salud. El 64,8% pudo hacer frente a las dificultades en la unidad de cuidados intensivos, el 69,2% fue trasladado desde otras unidades hospitalarias para cubrir las necesidades de la unidad de cuidados intensivos y la mayoría de los especialistas (76,9%) no contó con apoyo psicológico en caso de epidemia.

De manera similar, Conde y Rodríguez (2022) investigaron la atención espiritual que proporcionan las enfermeras en los departamentos de emergencia de un hospital de segundo nivel en la ciudad de Machala, desde la perspectiva de pacientes infectados con COVID-19. A través de un estudio cualitativo de tipo fenomenológico con ocho pacientes, identificaron cuatro categorías principales: 1) Factores que causan sufrimiento espiritual en los pacientes con COVID-19; 2) Necesidades espirituales de estos pacientes; 3) Satisfacción con el cuidado espiritual ofrecido por el personal de enfermería; y 4) Principales barreras percibidas para el cuidado espiritual. En resumen, se ha demostrado que la recuperación de los pacientes tras la experiencia de COVID-19 está relacionada con el cuidado espiritual, mostrando tanto efectos

positivos como negativos, lo que lo convierte en un componente clave en la evaluación de las necesidades espirituales.

De la misma manera, Cortez (2022) analizó la percepción de los pacientes atendidos en el área de urgencias sobre la atención humanizada en un hospital de segundo nivel en el cantón de Atacames a través del estudio mixto, con diseño transversal, alcance descriptivo. Se usaron los métodos deductivo-inductivo y el observacional, con 13 personas obteniendo como resultados el que el mayor porcentaje estuvo representada por mujeres, en conclusión, encontramos que el personal de la residencia de ancianos brinda una atención humana, aunque parte del personal de enfermería valora aspectos negativos como la comunicación y la satisfacción de necesidades sociales y espirituales.

2.2 Marco teórico

La enfermería en cuidados críticos se centra en atender a pacientes que se encuentran en situaciones críticas, donde una o varias funciones vitales están comprometidas, poniendo en peligro su vida. En los últimos años, los hospitales en España han variado la nomenclatura de las unidades que brindan asistencia a los pacientes más graves; sin embargo, la unidad donde se suelen proporcionar cuidados críticos es la Unidad de Cuidados Intensivos o Unidad de Cuidados Críticos (UNIR, 2023).

Estas unidades pueden subdividirse en áreas específicas según las patologías que manejan. Así, se pueden encontrar unidades de cuidados intensivos cardiológicos, para pacientes trasplantados, de posoperatorio de cirugía cardíaca, de cuidados intensivos psiquiátricos, para pacientes pediátricos y neonatales (desde el nacimiento hasta los 28 días de vida), entre otras (UNIR, 2023).

2.2.2 El cuidado espiritual

La experiencia de la espiritualidad no debe limitarse únicamente al ámbito religioso, sino que también se puede encontrar en contextos secularizados. Originalmente, la espiritualidad estaba asociada a la experiencia religiosa, especialmente para aquellos que la vivían de manera intensa o que tenían experiencias reales. Sin embargo, el término espiritualidad ha evolucionado para abarcar todas las vivencias que permiten trascender la rutina diaria, lo que significa que personas laicas, agnósticas o no teístas también pueden experimentar momentos de espiritualidad (Soto et al., 2019).

Según Hernández (2021), para los profesionales de enfermería, el cuidado espiritual va más allá de simplemente "estar presente"; implica una comprensión del "ser" en relación con su entorno, lo que permite seleccionar el cuidado adecuado que favorezca la recuperación y trascendencia espiritual. Esto requiere prestar atención empática a las emociones y sentimientos para entender el sufrimiento del otro, de manera que se pueda ofrecer una atención y cuidado que tengan un significado espiritual.

2.2.3 La espiritualidad

Según Hernández y Velásquez (2021), hay diversas definiciones de espiritualidad, las cuales reflejan diferencias filosóficas, culturales y religiosas. El consenso sobre la mejora de la calidad de los cuidados espirituales define la espiritualidad como el aspecto de la condición humana que aborda cómo los individuos buscan y expresan significado y propósito, así como la forma en que establecen una conexión con el momento presente, consigo mismos, con los demás, con la naturaleza y con lo que consideran significativo o sagrado.

La espiritualidad es un área del ser humano que siempre ha estado presente, pero que en este momento le permite a la persona desde su momento crítico la práctica de la contemplación en un nivel más esencial, lo previamente mencionado permite afrontar la situación, encontrarse consigo mismo, ayudando a la persona en el desarrollo y búsqueda del sentido de vida (Guerrero y Hernández, 2020).

2.2.4 Visión humanística

Es una teoría que sitúa al ser humano en el lugar que le corresponde, colocándolo en primer plano como protagonista y arquitecto de su propia historia. Reconoce al individuo como un ser creativo y capaz de transformar su realidad para alinearla con sus propósitos de vida y adaptarla a sus necesidades e intereses (Moscoso, 2020).

La teoría humanista sostiene que existe una interdependencia entre los seres humanos, ya que todos sus principios son relevantes en un contexto social y no simplemente individual. Esto se debe a que el aprecio y el respeto que recibimos de los demás están estrechamente vinculados con nuestro autoconcepto; es decir, con la percepción que tenemos sobre nuestro propio valor. Por lo tanto, el autoconcepto tiene tanto una dimensión individual como una dimensión social, coexistiendo simultáneamente (Moscoso, 2020).

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Enfoque, diseño y tipo de investigación

Se realizó la presente investigación bajo un enfoque cualitativo, con diseño fenomenológico y de tipo descriptivo con el objetivo de describir los aspectos, estrategias y detallando como repercuten en el personal de enfermería las experiencias del cuidado espiritual al paciente crítico desde una visión humanística en las personas atendidas en las áreas de Cuidados Intensivos.

Con relación a la investigación cualitativa, pretende mediante técnicas de investigación poder obtener una visión general acerca del comportamiento, la perspectiva, experiencias y pensamientos que tienen las personas acerca de un tema en particular, de esta manera, Hernández et al. (2017) establecen que este tipo de enfoque se basa en recolectar datos, mismos que sirvan para poder llevar a cabo la investigación generando nuevas interrogantes en el proceso de interpretación. Es así, que para describir la vivencia del enfermero en áreas críticas aplicando el cuidado espiritual mediante las experiencias, que permitan valorar aquellos aspectos espirituales de manera holística, en relación a la atención de calidad y calidez.

Por otra parte, el diseño es fenomenológico que aborda el análisis de contenidos en relación a las experiencias vividas por los sujetos de estudios que son protagonistas de un contexto y escenario. Tomando en cuenta lo anteriormente mencionado, Guerrero et al. (2017) destaca que, los estudios fenomenológicos brindan apoyo para el abordaje de los fenómenos propios de la disciplina del personal de enfermería, porque el mismo aborda el fenómeno de esta ciencia con carácter complejo y subjetivo, lo que es parte importante de la investigación cualitativa en los enfermeros.

Asimismo, es de tipo descriptivo ya que no se busca evaluar causa – efecto, sino utilizar los datos actuales, describiendo los datos importantes, características del fenómeno de estudio y la magnitud en la que se presentan, tal y como se muestran en la realidad, para ello se utilizarán fuentes secundarias verificadas y de orden científico. Guevara et al. (2020) en relación con este tipo de investigación manifiesta que debe ser veraz, concisa, precisa y a la vez sistemática, es decir, se debe evitar hacer inferencias con relación al fenómeno de estudio, ya que lo esencial son netamente las características verificables y observables.

3.2 Población y muestra

En la investigación se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia. Teniendo en cuenta que, Mendieta (2015) relaciona que este tipo de muestreo permite elegir una población a conveniencia del autor, mismo que también permite utilizarse cuando no se conoce cuantas personas puede tener el fenómeno de interés y así recurrir a los que estén presentes en el momento, es decir utilizado en fenómenos muy frecuentes pero que no están visibles. Además, permite seleccionar de manera intencional a las personas de la población, quienes acuden de forma voluntaria para participar de la investigación (Hernández y Carpio, 2019).

3.2.1 Sujetos de estudio

En la presente investigación se escogió como sujetos de estudio a profesionales de enfermería asistenciales de tercer y cuarto nivel, de la Unidad de Cuidados Intensivos de instituciones de salud en Guayaquil.

3.2.1.1 Criterios de inclusión

- Profesional de enfermería que trabaja en la Unidad de Cuidados Intensivos con más de 2 años de experiencia.

3.2.1.2 Criterios de exclusión

- Personal de enfermería auxiliar y que se niegue a participar en el estudio.
- Personal de enfermería que esté cursando su periodo de vacaciones, calamidad domestica o ausente por algún otro motivo del área.

3.2.2 Escenario de estudio

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General Guasmo Sur, cantón Guayas provincia Guayaquil de Ecuador, dicho escenario escogido será la cafetería de dicha casa de salud para mayor comodidad del participante, siendo 10 profesionales de enfermería como muestra para la investigación.

3.3 Técnicas e instrumentos de recogida de datos

Técnica: Se hizo uso de la entrevista. Tejero (2021) destaca que, este tipo de entrevista pretende recolectar datos de los participantes por medio de un conjunto de preguntas abiertas, mismas que pueden llevar un orden e incorporar nuevas preguntas según el tema de estudio de interés, y conforme el participante y el investigador afloran las ideas, pues permite comprender, describir e interpretar cada una de las experiencias suscitadas por el participante, desde su propia perspectiva, y de esta manera se van priorizando los datos, los cuales se verán reflejados en la veracidad, precisión, y flexibilidad.

Instrumento: En este estudio se aplicó la guía de entrevista semiestructurada, que permite al entrevistador aprender acerca de los principales sucesos en la vida de aquel individuo Tejero (2021). En este sentido, permite conocer la vivencia del personal de Enfermería en el área de Cuidados Críticos y como aplica el cuidado basándose desde una visión humanística y espiritual, en relación con sus anécdotas evidenciadas en el cuidado al paciente y su proceso salud – enfermedad y sus años de experiencia en el área.

De la misma manera, este instrumento fue validado a través de una prueba piloto el cual será de mucha importancia para identificar y abordar posibles fuentes de error, como preguntas ambiguas, instrucciones confusas para así identificar los problemas desde el principio y hacer los ajustes necesarios para mejorar la calidad y la precisión de los datos (Salomão, 2023)

3.4 Análisis e interpretación de datos

Se empleó el método de Pablo Cáceres para el análisis de la información, el cual se basa en mejorar la organización del material y en la posibilidad de contar con contenido clasificado a un nivel inferencial más bajo. Además, se aplicaron métodos de regulación tradicionales, como los índices cuantitativos de confiabilidad, antes de realizar la categorización final (Cáceres, 2003).

Del mismo modo, se hizo uso de la herramienta informática ATALAS. Ti versión 2022, misma que mediante la representación gráfica al lector se le hará más factible la visualización y comprensión de los resultados procesados, se presentarán en tablas y gráficos, mismos que tendrán un orden consecutivo, y serán analizados mediante estadística descriptiva.

3.4.1 Consideraciones éticas y de rigor científico

Durante el desarrollo del estudio, se consideró fundamental la importancia de las pautas éticas que guiaron la interacción con los profesionales de enfermería, lo que permitió recopilar su perspectiva sobre el tema en cuestión. Según Noreña et al. (2012), establecer compromisos, ya sean implícitos o explícitos, respecto a la privacidad, la confidencialidad y el trabajo o actividad de los sujetos observados contribuye a mantener la responsabilidad ética del investigador, teniendo en cuenta:

3.4.1.1 Consideraciones éticas

- **Consentimiento informado:** Proceso de explicación verbal y escrita, por el cual una persona acepta participar de manera voluntaria en un estudio e investigación, conociendo los riesgos y beneficios de este mismo, en el presente análisis se implementó esta consideración ética, como garantía y manifestación de acuerdo voluntario.
- **Confidencialidad:** Derecho del participante y obligación del investigador, cuya finalidad es mantener a buen recaudo la privacidad del individuo de estudio, conservando la información obtenida para fines investigativos sin ser divulgado la privacidad del entrevistado.

3.4.1.2 Rigor científico

- **Credibilidad:** Se refiere a si los resultados del estudio son reales para las personas estudiadas y para otras personas que han experimentado o están expuestas al fenómeno que se estudia. En tal contexto, es la validez y veracidad que existe en el estudio presentado, mismo que se refleja en los participantes dando a conocer su vivencia en calidad de enfermero/a aplicando el cuidado a nivel espiritual, dentro de sus experiencias y anécdotas adquiridas.
- **Transferibilidad:** Se da trasladando los resultados obtenidos en el estudio a otros escenarios. El fenómeno actualmente estudiado crea una brecha directa entre los sujetos seleccionados. Por lo tanto, el contexto se describe cuidadosamente desde la perspectiva de los sujetos involucrados, responsabilizándose el investigador de la información y la tesis comparando los resultados. Las relaciones entre los actores y otros entornos son necesarias.

4. RESULTADOS

Las participantes en su mayoría son de género femenino (8) y masculinos (2), con intervalo entre los 26 y 46 años, mismas procedentes de las unidades de cuidados intensivos, con experiencias de 1 – 4 años trabajando en la UCI, con formación de tercer nivel (4 licenciaturas) y de cuarto nivel (6 maestrías), como se evidencia en la tabla 1.

De la misma manera, se obtuvieron 3 unidades temáticas declaradas como categorías que agrupan las convergencias de los participantes, está de acuerdo a su relación y agrupación; por otro lado, se obtuvieron 4 categorías emergente procedentes de las narrativas, como se evidencia en la tabla 2.

Categoría 1. Aspectos que se destacan en el cuidado espiritual durante la atención al paciente crítico.

Esta categoría emerge sobre los aspectos que se destacan en el cuidado espiritual manifestados por los participantes en correspondencia al cuidado brindado en las áreas críticas, esto debido a la actitud del personal de enfermería sobre el cuidado humanizado centrado en la integridad del paciente frente a su cuadro clínico en estado crítico, entre los testimonios se destacan los siguientes:

“Tratábamos de dar nuestros cien por ciento a esas personas necesitadas que no vivían cerca, que vivían lejos de su provincia, de su ciudad, de su casa, entonces por nuestra parte nosotros brindábamos un cuidado muy especial a nuestros pacientes.” E2

“La espiritualidad tiene un enfoque que va más allá de las creencias y religión personal, puesto que al aplicarla favorece la calidad de vida del paciente.” E5

“Proporcionar una fuente de fortaleza y serenidad para el paciente que está encamado ayudándolo a enfrentar el miedo a la incertidumbre con mayor paz interior”. E9

Subcategoría 1. Visión del cuidado humanizado desde el compromiso profesional de enfermería en las áreas críticas.

Dentro de las áreas críticas el profesional de enfermería tiene como objetivo controlar los parámetros clínicos y hemodinámicos del paciente durante el tratamiento, observar y registrar la respuesta a los cuidados críticos, además de lo previamente mencionado, el personal

de enfermería va más allá de brindar cuidados generales, cuenta con una visión amplia para brindar cuidados humanizados como parte del compromiso profesional, esto acorde a las narrativas siguientes:

“Siempre ha tratado en brindar cuidados generales a los pacientes, podría decir que el 80% del personal de enfermería trabaja bien”. E1

“El paciente requiere de una atención integral y continuada”. E5

Subcategoría 2. Reflexión crítica del cuidado espiritual brindado en los cuidados de servicios de unidades críticas.

Sabemos que Ecuador es un país laico y que cada población determinada cuenta con costumbres y creencias diferentes, por lo cual el personal sanitario no debe omitir esta parte y sobre todo el sentido de la vida que busca cada paciente para salir del estado crítico en el que se encuentra viviendo, donde se le puede brindar atención desde un marco centrado en la persona, como se narra a continuación:

“Implica respetar y apoyar las creencias y prácticas espirituales del paciente proporcionando el consuelo y paz en situaciones de alta incertidumbre y estrés”. E9

“Brindar una zona más de confianza de tranquilidad en la vida no solo de los familiares sino del paciente ya que debemos de respetar las creencias de ellos porque hay católicos hay evangélicos y ellos tendrán sus padres o su pastor de confianza”. E10

Subcategoría 3. Actitud del personal de enfermería sobre el cuidado humanizado centrado en la persona.

Cada paciente es diferente, por lo cual el personal de enfermería debe ajustarse a las necesidades de cada paciente, y aún más en el cuidado humanizado, puesto que muchas veces por la carga laboral sobre todo en la asignación de pacientes, el trabajo puede ser altamente demandante y mecanizado, impidiendo un cuidado personalizado, entre las respuestas frente a este tema, contamos qué:

“Entonces a veces en esos momentos no se puede preocupar por el tema emocional, por el tema espiritual, sino más bien tratar que reciba su dosis de medicamento, y prácticamente

paso haciendo mecánicamente todo y no siempre se puede aplicar ese tema en los días en que uno está solo”. E1

“Es esencial encontrar formas de integrar el cuidado espiritual de manera efectiva, incluso en medio de la atención médica intensiva”. E3

Categoría 2. Impacto del cuidado espiritual en la humanización de la atención de áreas críticas desde la visión del profesional de enfermería.

La siguiente categoría aborda la repercusión del cuidado espiritual brindado en las unidades de cuidados intensivos por parte de los profesionales de enfermería, así como este tipo de cuidado impactó en la recuperación del paciente crítico en la pandemia por COVID-19 desde una visión humanística centrada en las creencias y costumbres de la parte espiritual, esto se evidencia en los siguientes relatos:

“Tiene un impacto significativo ya que proporciona al paciente consuelo y paz en momentos de intensa vulnerabilidad esto nos ayuda que el paciente reduzca el estrés y la ansiedad y de esta manera mejora la capacidad de afrontar su situación que está viviendo.” E9

“La pandemia con el aumento del aislamiento y la incertidumbre pues su importancia se amplificó ayudando a los pacientes a encontrar esperanza y sentido en medio de la crisis y este después de la pandemia post pandemia creo que la integración del cuidado espiritual continúa este siendo esencial para la recuperación y así fortaleciendo el vínculo entre el paciente y el personal de salud.” E9

Subcategoría 1. Repercusión del cuidado espiritual en la recuperación del paciente crítico.

Esta subcategoría parte del impacto que tiene que el cuidado espiritual en el proceso de recuperación del paciente que se encuentra en las unidades de cuidados intensivos, gracias las experiencias del profesional de enfermería frente a este tipo de cuidado, entre los comentarios más destacados tenemos:

“De manera positiva porque a través de la palabra de Jehová la fe y la ayuda del personal de salud, su recuperación es más espiritual y logran tener mejores resultados en su salud”. E8

“Considero que debemos apoyarlo en sus decisiones tanto brindarle confianza seguridad ayudarlo a que vea la vida un poco de otra manera que no se sienta frustrado que trate de no deprimirse esto ayuda mucho a la recuperación del paciente”. E10

Subcategoría 2. Vivencia del cuidado espiritual y humanístico durante la pandemia por COVID-19.

La pandemia COVID-19 causó un gran impacto en la salud física y mental tanto del paciente como del profesional sanitario, cambiando de manera significativa el proceso de atención de enfermería debido a las diferentes dificultades para brindar una adecuada atención, es por ello, que es importante conocer la vivencia del profesional de enfermería en relación con el cuidado espiritual y humanístico durante la pandemia, entre los diferentes comentarios se destacan los siguiente:

“Todo cambió en pandemia, creo que la pandemia fue un momento muy crucial porque nadie estaba preparado para vivir ese proceso, no estábamos capacitados, el cuidado espiritual, antes todos teníamos miedos del contacto físico con el paciente, no tanto por morir, porque creo que todos teníamos miedo a morir, pero desconocíamos tantos factores que conllevaban a la enfermedad”. E2

“Yo diría que este es un proceso de acompañamiento en los últimos minutos estando presente pero solamente de forma verbal y que, ya que por la pandemia se requería distancia usando equipo de protección individual, pero al mismo tiempo se usaba palabras de apoyo y consuelo al paciente”. E4

Categoría 3. Estrategias implementadas en el cuidado al paciente de cuidados críticos desde una visión humanística.

En esta categoría se redacta sobre los aspectos negativos y positivos de las estrategias implementadas por el personal de enfermería para garantizar cuidados desde una visión humanística gracias a la experiencia laboral de los entrevistados en las unidades de cuidados intensivo con la finalidad de conocer conforme se detalla a continuación:

“No hay una capacitación constante, no hay una vigilancia, es verdad que somos profesionales, pero creo yo que debería haber una vigilancia constante porque no todos son humanos, entonces hay un déficit de humanización dentro de cada área.” E2

“La relación enfermera paciente que eso es lo que se debe entablar en primer lugar para que el paciente entre en confianza con nosotros pueda contar su problemática nos pueda contar así sea de su vida y eso les aporta cierto grado de tranquilidad cierto grado de paz al mismo brindándoles ese cuidado espiritual” E6

Subcategoría 1. Aspectos negativos en la implementación de estrategias para brindar un cuidado humanizado.

Como se conoce, en las unidades de terapia intensiva no hay un parámetro que valore la efectividad del cuidado espiritual y humanizado que se brinda al paciente crítico, por lo cual en muchos casos dentro del proceso de atención de enfermería encontramos aspectos negativos al momento de brindar este tipo de cuidado, lo que hace necesario la formación continua de los profesionales para garantizar un cuidado digno, entre tales aspectos encontramos los siguientes:

“Pero no hay protocolos que hablen sobre el trato, y como no hay un protocolo a seguir sobre ese tema no se da mucha importancia”. E1

“Considero que faltan charlas comunicativas, talleres, guías, una mejor organización por parte de quienes están dirigiendo el grupo”. E2

Subcategoría 2. Aspectos positivos sobre estrategias desarrolladas para garantizar un cuidado humanizado.

Esta subcategoría nos da a conocer los aspectos positivos sobre las estrategias que garantiza al personal de enfermería a brindar un cuidado humanizado dentro de las unidades de terapia intensiva, donde además de la relación enfermero – paciente y los cuidados generales personalizados, no se puede omitir la relación paciente – familia por el rol que este desempeña en el apoyo emocional, entre los diferentes comentarios, destacan:

“Implementar poco a poco nuevas ideas o formas de tratar al paciente siempre serán un buen aporte para la atención y cuidado en todo sentido del paciente ser más humanos”. E5

“Estas estrategias incluyen una atención personalizada dando así apoyo emocional y espiritual y no podemos dejar atrás la comunicación efectiva entre el paciente y la familia”. E9

Categoría 4. Recomendaciones percibidas por el personal de enfermería para la implementación del cuidado humanizado en los servicios críticos.

Dentro de esta última categoría se encuentran las recomendaciones percibidas por el personal de enfermería entrevistado para brindar un cuidado humanizado dentro de las áreas críticas a nivel institucional y político, mismas recomendaciones que parten de la experiencia personal de cada profesional y entre los diferentes testimonios se destacan los siguientes comentarios:

“Proporcionar una formación continua en cuidado espiritual y habilidades de comunicación para el personal de enfermería. A nivel institucional, se deben establecer políticas y protocolos que reconozcan la importancia del cuidado integral y humanizado en todas las áreas de atención. A nivel político, se deben asignar recursos adecuados para garantizar que los pacientes reciban el apoyo espiritual y emocional que necesitan durante su atención en áreas críticas.” E3

“A nivel institucional que las unidades de cuidados intensivos puertas abiertas y siguen manteniendo lógicamente con todos los cuidados de medidas de barreras de protección para evitar las infecciones nosocomiales y a nivel político sería de implementar estrategias gubernamentales que no aumenten tanto los costos económicos tratando de ver barreras gasto beneficio para lo que es el cuidado humanizado y el cuidado espiritual”. E6

5. DISCUSIÓN

La atención proporcionada por el personal de enfermería, caracterizada por su calidad y calidez, es una tarea difícil y compleja, que se manifiesta a través de acciones clínicas, humanísticas y espirituales en la práctica asistencial. Este enfoque debe incluir necesariamente el cuidado espiritual hacia el paciente, adoptando una perspectiva holística. En este sentido, el cuidado espiritual se reconoce como una dimensión que unifica la mente, el cuerpo y el espíritu de la persona, actuando como una guía interna que influye en comportamientos y actitudes, otorgando sentido y significado a la existencia. Además, este cuidado impacta en los aspectos emocionales y físicos del individuo, siendo esencial para afrontar el dolor y la pena, así como para superar y reconciliar crisis (Alvarado et al., 2018).

En lo que corresponde a la primera categoría establecida, “Aspectos que se destacan en el cuidado espiritual durante la atención al paciente crítico”, es importante señalar que en toda la literatura revisada se relaciona la actitud del personal de enfermería con el cuidado espiritual y humanizado, lo cual se refleja en los resultados descritos anteriormente por los entrevistados. En términos generales, Ugaldez (2019) asocia este tipo de cuidado con la práctica holística de la enfermería, y para lograr una mayor efectividad, requiere que el cuidador mantenga altos niveles de autocuidado, lo que implica una búsqueda constante de armonía e integridad. Esto está estrechamente relacionado con los principios del cuidado humanizado y con la ética profesional.

Por su parte, Soto et al. (2020) afirman que, en el contexto del ejercicio de la enfermería, los profesionales pueden implementar acciones de bienestar espiritual que se integren en la atención diaria a las personas hospitalizadas en instituciones clínicas. Estas personas a menudo enfrentan el sufrimiento asociado con la proximidad de la muerte o situaciones complejas de la vida. Así, se puede afirmar que esta necesidad de cuidado está directamente relacionada con la percepción de requerir apoyo y cuidado espiritual.

En relación con la segunda categoría, que aborda la repercusión del cuidado espiritual brindado en las unidades de cuidados intensivos, se destaca su impacto positivo en el paciente y, por ende, en la mejora de su estado de salud. Soto et al. (2020) señalan que la provisión de cuidados espirituales es especialmente relevante en el caso de enfermedades crónicas con altos índices de letalidad y, en particular, para los pacientes que reciben cuidados paliativos. En estas situaciones, el dolor físico, los procedimientos invasivos y la incertidumbre sobre el pronóstico

médico incrementan la vulnerabilidad del paciente, quien tiende a sentirse solo, aislado e incomprendido en medio de una situación claramente injusta.

Es por ello que, el impacto del cuidado espiritual a los pacientes ingresados contribuirá a una mejor adaptación a la vida con enfermedades crónicas o incurables y también puede conducir a una mejor calidad de vida al reducir las emociones negativas, el dolor, la tristeza y la desolación que muchas veces son las que pueden complicar el cuadro patológico propio de la persona garantizando así mejores resultados para los pacientes. Comprender los múltiples usos del concepto de espiritualidad ayudará al personal de enfermería a identificar las necesidades espirituales del paciente y brindarle de la misma manera la atención integral que necesita (Soto et al., 2020).

De este modo, al mencionar la categoría tres “estrategias implementadas en el cuidado al paciente de cuidados críticos desde una visión humanística” los participantes permitieron destacar las principales estrategias implementadas en relación a sus años de experiencia en la UCI, puesto que mediante la práctica y vivencia diaria les permitieron comprender cómo afrontar el dolor y el sufrimiento de la enfermedad en sus pacientes, apoyando, identificando y explorando qué es significativo en sus vidas para brindarles una buena atención espiritual, puesto, que en ocasiones, el enfermero engloba estrategias mecánicas y procedimentales en su rutina laboral en una unidad de cuidados intensivos, y deja de lado el cuidado humanizado e integral de su plan de atención, centrándose en tareas técnicas y administrativas.

Barberán y Morillas (2023) indican en su estudio que la principal razón de la ineficiencia de los profesionales de enfermería en la atención espiritual y humanizada se debe, en gran medida, a la falta de capacitación, así como a la sobrecarga administrativa, la rutina profesional y la escasez de tiempo para brindar atención en este ámbito a los pacientes en fase terminal. Este autor coincide con Loza (2022), quien señala que existen diversas barreras para satisfacer las necesidades espirituales, entre las que se incluyen la ambigüedad del término, la falta de formación en temas espirituales de los profesionales, la reticencia a abordar este tipo de cuidado, la percepción de que esta atención es demasiado personal, así como la elevada carga de trabajo, la falta de tiempo y conocimientos, y la insuficiencia de recursos.

La última categoría, a cerca de a las recomendaciones del personal de enfermería para la implementación del cuidado humanizado y espiritual en los servicios de la UCI, radica en la experiencia personal de cada uno, puesto que, la espiritualidad debe entenderse como parte de

la visión general de la salud de una persona, no simplemente como otra dimensión de la persona. La definición propuesta busca conceptualizar la espiritualidad como parte del cuidado y, más importante aún, como un concepto que puede dar vida a la enfermería desde la perspectiva espiritual del receptor del cuidado al estudiar el tema de enfermería.

En este contexto, la investigación realizada por autores bolivianos, Castillo et al. (2023), señala que las enfermeras consideran que el cuidado espiritual implica comprender y respetar las creencias de los pacientes, mantener un equilibrio con su entorno y apoyar sus ideologías sin interferir en ellas, fundamentándose en el respeto hacia lo desconocido o diferente, aceptando sus creencias sin imponer nada. Asimismo, Morales y Palencia (2021) coinciden en que la espiritualidad desde el cuidado de enfermería es una sinfonía, una música; es el amor por ese otro que siente, piensa, sufre y cuestiona, donde los múltiples diagnósticos de enfermedad prevalecen sobre la esencia de la vida.

Los pacientes y sus familias se sentirán seguros al recibir un cuidado espiritual que el personal de enfermería realice con competencia y habilidades, lo cual se reflejará en la calidad y calidez del servicio. Este cuidado debe ir acompañado de humanización, comprensión, atención y, sobre todo, empatía. Loza (2022) coincide en que satisfacer las necesidades espirituales ayuda al paciente a reconocer los valores y creencias que dan sentido a su vida, facilitando el afrontamiento del dolor y mejorando tanto la salud como la calidad de vida. Por lo tanto, se considera que el bienestar espiritual abarca aspectos como la plenitud, la trascendencia, la conexión, la alegría y la paz.

6. CONCLUSIONES

El cuidado espiritual en las áreas críticas sigue siendo un reto evidente debido a las limitaciones que se pueden presentar en estas unidades, la carencia de protocolos y políticas para espacios de intercambio entre la familia, el paciente y el personal de salud, sobre cuestionamientos éticos, ontológicos, humanísticos y espirituales; que dificultan garantizar un cuidado humanizado en las personas en todas sus dimensiones; no obstante, es evidente el compromiso profesional que tienen el personal de enfermería frente a los desafíos de brindar un cuidado centrado en la persona, creencias y costumbres que garanticen los derechos y la dignidad durante la prestación de servicios.

De la misma manera, el cuidado espiritual es un componente fundamental en la atención de enfermería en áreas críticas, estos reconocen que atender las necesidades espirituales de los pacientes no solo contribuye a su bienestar emocional y psicológico, sino que también puede influir positivamente en su recuperación física. Las experiencias vividas por el personal de enfermería en áreas críticas impactan significativamente su percepción y práctica del cuidado espiritual. La exposición constante a situaciones de alta presión, sufrimiento y muerte sensibiliza a los profesionales, llevándolos a valorar la importancia de ofrecer un apoyo espiritual adecuado. Esta sensibilidad adquirida se traduce en una mayor empatía y compromiso hacia la humanización de la atención, para proporcionar un cuidado espiritual que respete la persona y su dignidad en vista de cada paciente, contribuyendo a un ambiente de cuidado más humano y comprensivo.

No obstante, a pesar de la importancia reconocida del cuidado espiritual, los profesionales de enfermería enfrentan desafíos, como la falta de formación específica y recursos adecuados para abordar estas necesidades en el entorno crítico. Esto destaca la necesidad de integrar la educación en cuidado espiritual dentro de los programas de formación y desarrollo continuo del personal de enfermería. Esta práctica promueve un enfoque holístico que considera al paciente como un ser integral, y no solo como un caso clínico, lo cual es crucial en entornos de alta presión donde la atención humanizada puede marcar una gran diferencia en la experiencia del paciente.

Cabe señalar, que el personal de enfermería ha implementado diversas estrategias para ofrecer cuidado espiritual en entornos críticos, como la comunicación bidireccional, la escucha activa, y la creación de un ambiente de confianza y respeto. Estas estrategias permiten a los

pacientes expresar sus necesidades espirituales y emocionales, promoviendo un cuidado más integral y humanizado. Desde una perspectiva humanística, los profesionales de enfermería se esfuerzan por tratar a las personas con dignidad y empatía, reconociendo su individualidad y contexto personal. Por lo que, se recomienda fomentar un ambiente laboral que apoye el bienestar del personal para que puedan brindar un cuidado de calidad. La integración de protocolos de atención espiritual en la práctica clínica diaria es vista como un paso necesario para institucionalizar este tipo de cuidado. La implementación de estrategias de cuidado humanizado no solo mejora la satisfacción del paciente y su bienestar general, sino que también fortalece la satisfacción laboral del personal de enfermería, contribuyendo a un entorno de trabajo más positivo y colaborativo.

Sin embargo, las principales limitaciones identificadas es la falta de formación continua en cuidado espiritual en los profesionales de la salud. Esta carencia puede limitar la capacidad del personal para implementar estrategias efectivas sobre este cuidado, esto debido a la disponibilidad limitada de recursos, tiempo y personal especializado, lo que puede restringir la capacidad para ofrecer un cuidado espiritual adecuado. En contextos de alta demanda, estas limitaciones son aún más pronunciadas. También las diferencias culturales y personales en la percepción y práctica del cuidado espiritual pueden representar un desafío, que deben adaptarse a las diversas expectativas y necesidades de los pacientes.

Por consiguiente, aunque hay un reconocimiento creciente de la importancia del cuidado espiritual, la investigación sobre las mejores prácticas y estrategias efectivas sigue siendo insuficientes. Esto hace necesario reformular la formación curricular de los futuros profesionales de la salud, así como las políticas y protocolos centrados bajo un marco centrado en la humanización, la dignidad, el respeto y una visión ontológica, marcada en las familias y las personas.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado, E., Rodríguez, S., Cárdenas, M y Pacheco, A. (2018). El cuidado espiritual un camino para trascender en la razón de ser de la Enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 26 (1). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=78915>
- Barberán, M y Morillas, A. (2023). Cuidado espiritual de enfermería, una aproximación sistemática al estado de arte. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 4 (2). <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.588>
- Cacéres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas*, 2 (1). DOI: <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol2-Issue1-fulltext-3>
- Castillo, F., Domínguez, J., Rodríguez, M., Luna, Y y Guerrero, C. (2023). Significado del cuidado espiritual de enfermería en pacientes en cuidados paliativos. *Gaceta Médica Boliviana* 46 (2). DOI: <https://doi.org/10.47993/gmb.v46i2.654>
- Conde, A y Rodriguez, J. (2022). Percepciones del cuidado espiritual de enfermería por pacientes recuperados por Covid-19. Una exploración fenomenológica. *Revista del cuerpo médico HNAAA*, 15 (4). DOI: <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2022.154.1632>
- Cortez, C. (2022). Percepción del Cuidado de Enfermería Humanizado en Pacientes del Área de Emergencias del Hospital Juan Carlos Guasti del Cantón Atacames. *Revista Científica Hallazgos*, 7 (2). <https://revistas.pucese.edu.ec/hallazgos21/article/view/575>
- Esteban, M. (2023). Inteligencia emocional y calidad de cuidado humanizado de los profesionales de enfermería de las áreas críticas del Hospital II es Salud Huánuco, 2022. *Repositorio Institucional Universidad de Huánuco*. <http://repositorio.udh.edu.pe/20.500.14257/4353>
- Gastelo, E. (2020). Vivencias del profesional de enfermería en el cuidado del paciente crítico al final de la vida, en el Hospital Regional de Lambayeque, Chiclayo 2020. *Repositorio Institucional Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo*. <https://hdl.handle.net/20.500.12893/9295>
- Guerrero, R y Hernandez, Q. (2020). El cuidado de sí y la espiritualidad en tiempos de contingencia por COVID-19. *Cogitare Enfermagen*, 25 (73518). DOI: 10.5380/ce.v25i0.73518
- Guerrero, R., Prado, M., Silveira, S y Vargas, O. (2017). Momentos del Proyecto de Investigación Fenomenológica en Enfermería. *Index de Enfermería*, 26 (1-2). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000100015&lng=es&tlng=es
- Guevara, G., Verdesoto, A y Castro, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Recimundo*, 4 (3). DOI: [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(3\).julio.2020.163-173](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.163-173)
- Harrad, R., Cosentino, C., Keasley, R y Sulla, F. (2019). Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta Biomedica*, 90 (4-S). DOI: <https://doi.org/10.23750/abm.v90i4-S.8300>

- Hernández, C y Carpio, N. (2019). Introducción a los tipos de muestreo. *Alerta, Revista científica Del Instituto Nacional De Salud*, 2 (1). DOI: <https://doi.org/10.5377/alerta.v2i1.7535>
- Hernández, I y Velásquez, S. (2021). Efectos del cuidado espiritual en la ansiedad situacional de pacientes quirúrgicos. *Revista Cubana Enfermería*, 37 (1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000100014
- Hernández, R., Fernández, C y Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación. *McGraw-Hill*, 6 (978-1-4562-2396-0). <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
- Loza, J. (2022). Percepción de profesionales de enfermería sobre la satisfacción de necesidades espirituales del paciente con cáncer. *UNITEPC*, 9 (1). DOI: <https://doi.org/10.36716/unitepc.v9i1.103>
- Mendieta, G. (2015). Informantes y muestreo en investigación cualitativa. *Investigaciones Andinas*, 17 (30). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462015000101148
- Morales, N y Palencia, J. (2021). Dimensión espiritual en el cuidado enfermero. *Enfermería Investiga*, 6 (2). DOI: <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v6i2.1073.2021>
- Moscoso, O. (2020). Visión humanista en la Universidad de Panamá. *Universidad de Panamá*. <https://launiversidad.up.ac.pa/node/1680#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20el%20humanismo%3F,a%20sus%20necesidades%20e%20intereses>
- Navarrete, E., Salvatierra, R., Pionce, M y Pin, B. (2023). El cuidado humanizado basado en valores. *RECIMUNDO*, 7 (4). DOI: 10.26820/recimundo/7.(4).oct.2023.29-37
- Noreña, A., Alcaraz, N., Guillermo, J y Rebolledo, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*, 12 (3). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000300006
- Penas, J y Díaz, Y. (2019). Percepción de los pacientes frente al cuidado enfermero en un Centro de Hemodiálisis Privado – Chiclayo, 2017. *Repositorio Institucional UNPRG*. <https://hdl.handle.net/20.500.12893/4364>
- Reis, L., Coelho, K., Pinto, S y Santiago, I. (2023). Gestión de recursos de las unidades de cuidados intensivos en tiempos de pandemia por COVID-19. *Enfermería Cuidados Humanizados*, 12 (2). DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v12i2.3341>
- Ruiz, S. (2021) Bienestar espiritual de enfermeros de las unidades de cuidado intensivo en pandemia. *Revista Ciencia y Cuidado*, 18 (2). DOI: <https://doi.org/10.22463/17949831.2849>
- Salomão, A. (2023). Ventajas de las pruebas piloto en los estudios de investigación. *Mind the Graph*. <https://mindthegraph.com/blog/es/prueba-piloto-en-investigacion/>.
- Sánchez, K y Santos, G. (2021). Significado del cuidado humanizado para la enfermera en un servicio de emergencia en tiempos de COVID-1. *Revista Cubana de Enfermería*, 3 (4368). <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4368>

- Soto, A., Olivella, M y Bastida, C. (2020). Cuidado espiritual al adulto mayor, elemento del conocimiento y práctica de enfermería. *Revista Ciencia y Cuidado UFPS*, 17 (1). DOI: <https://doi.org/10.22463/17949831.1563>
- Tejero, J. (2021). Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario. *Dialnet*, Colección ESTUDIOS n.º 171. <https://hdl.handle.net/10578/28525>
- Ugaldez, M. (2019). Cuidado espiritual a las personas hospitalizadas en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo, 2016. *Tesis de maestría, Universidad Santo Toribio Mogrovejo, Chiclayo, Perú*. <https://bit.ly/3mzYKrB>
- UNIR (Universidad Internacional de La Rioja). (2023). *La importancia de los cuidados críticos de enfermería*. <https://www.unir.net/salud/revista/cuidado-criticos-enfermeria/>

8. ANEXOS

Anexo 1. Guía de entrevista

Datos generales

Fecha:

Edad:

Formación académica: Licenciado () Magister () Doctor () Especialista ()

Estimada profesional de la salud, es un gusto contar con su cooperación en este estudio y agradecemos su aportación en nuestro estudio que tiene como finalidad observar las vivencia del enfermero en áreas críticas sobre el cuidado espiritual: desde una visión humanística.

PREGUNTAS

- ¿Cómo usted considera el cuidado brindado en las áreas críticas por parte del personal de enfermería?
- ¿Cuáles son los aspectos que usted considera sobre el cuidado espiritual al paciente crítico?
- ¿Qué usted reflexiona sobre cómo es la vivencia en el cuidado espiritual en las unidades de cuidados intensivos?
- ¿Cómo usted considera que repercutió el cuidado espiritual en la recuperación del paciente crítico?
- ¿Cómo usted considera que influye el cuidado espiritual en la humanización durante la atención en las áreas críticas antes, durante, y post pandemia?
- ¿Usted cree que las estrategias implementadas por el personal de enfermería en la unidad de cuidados intensivos aportan a un cuidado integral y humanizado?
- ¿Qué recomendaciones usted daría a nivel profesional, institucional y política para garantizar el cuidado espiritual y humanizado?

Anexo 2. Consentimiento informado.**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Artículo: VIVENCIA DEL ENFERMERO EN AREAS CRITICAS SOBRE EL CUIDADO ESPIRITUAL DESDE UNA VISION HUMANISTICA

Yo, ... con C.I. ... acepto participar del proyecto de investigación después de conocer en qué consiste el procedimiento, proporciono mi autorización a los investigadores de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Santo Domingo de la Maestría de Gestión del Cuidado con mención en Unidades de Emergencia y Unidades de Cuidados Intensivos, para realizar la entrevista misma que será grabada y fotografiada, asegurándose que la información proporcionada se le dará estricta confidencialidad y que será utilizada rigurosamente con fines de la investigación.

Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio, asimismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación.

F.

NOMBRES:

C.

DATOS DE LOS INVESTIGADORES:

ERIKA LORENA SORNOZA YAGUAL

JOSE GABRIEL CHAGUAY HOLGUIN

Anexo 3. Tabla 1. Datos de los participantes.

Participantes	Sexo	Edad	Nivel de formación	Área de trabajo	Tiempo trabajando UCI
E1	Masculino	26 años	Maestría	UCI	4 años
E2	Femenino	26 años	Maestría	UCI	1 año
E3	Masculino	29 años	Maestría	UCI	2 años
E4	Femenino	35 años	Licenciatura	UCI	1 años
E5	Femenino	28 años	Maestría	UCI	1 año
E6	Femenino	28 años	Maestría	UCI	1 año
E7	Femenino	45 años	Maestría	UCI	1 año
E8	Femenino	42 años	Licenciatura	UCI	1 año
E9	Femenino	46 años	Licenciatura	UCI	3 años
E10	Femenino	25 años	Licenciatura	UCI	1 año

Fuente: Elaboración propia de los autores.

Anexo 4. Tabla 2. Codificación en categorías y subcategorías.

Subcategoría	Categoría
Visión del cuidado humanizado desde el compromiso profesional de enfermería en las áreas críticas.	
Reflexión crítica del cuidado espiritual brindado en los cuidados de servicios de unidades críticas.	Aspectos que se destacan en el cuidado espiritual durante la atención al paciente crítico.
Actitud del personal de enfermería sobre el cuidado humanizado centrado en la persona.	
Repercusión del cuidado espiritual en la recuperación del paciente crítico	Impacto del cuidado espiritual en la humanización de la atención de áreas críticas desde la visión del profesional de enfermería.
Vivencia del cuidado espiritual y humanístico durante la pandemia por COVID-19	
Aspectos negativos en la implementación de estrategias para brindar un cuidado humanizado.	Estrategias implementadas en el cuidado al paciente de cuidados críticos desde una visión humanística
Aspectos positivos sobre estrategias desarrolladas para garantizar un cuidado humanizado.	
	Recomendaciones percibidas por el personal de enfermería para la implementación del cuidado humanizado en los servicios críticos.

Fuente: Elaboración propia de los autores.

Anexo 5. Tabla 3. Matriz de codificación colorimétrica.

Número de código	Color	Significado
1	Azul	La percepción del cuidado brindado
2	Amarillo	Cuidado Espiritual
3	Fucsia	Cuidado humanizado
4	Turquesa	Repercusión del cuidado espiritual
5	Verde Lima	Cuidado espiritual y humanizado durante la pandemia
6	Gris	Aspectos negativos sobre estrategias para garantizar un cuidado humanizado
7	Oliva	Aspectos positivos sobre estrategias para garantizar un cuidado humanizado
8	Rojo	Recomendaciones percibidas por el personal de enfermería sobre el cuidado humanizado

Fuente: Elaboración propia de los autores.