

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO



TESIS

Cuidado espiritual a personas en estado crítico brindado por enfermeros de la Unidad
de Cuidados Intensivos en un hospital nivel III Chiclayo 2025

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN AREA DEL CUIDADO A LA
PERSONA ENFERMERA ESPECIALISTA EN CUIDADOS CRITICOS CON
MENCION EN ADULTO

INVESTIGADORAS:

Lic. Enf. Oblitas Villanueva Sucety Yanary

Lic. Enf. Gil Tavera Giulliana Elizabeth

ASESORA:

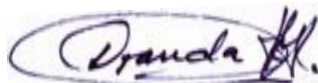
Dra. Muro Carrasco Tania Roberta

Lambayeque, Perú

2026

FIRMA DE JURADOS

Aprobado por:



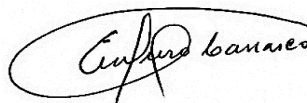
Dra. Aranda Moreno Lucía
Presidente del jurado



Dra. Verástegui León María Rosario
Secretaria del jurado



Mg. Larios Ayala Rosa Augusta del Carmen
Vocal de jurado



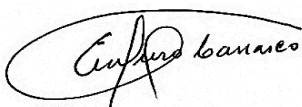
Asesora
Dra. Tania Roberta Muro Carrasco

CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD DE INVESTIGACION

Yo Tania Roberta Muro Carrasco, docente asesora de la tesis titulada “Cuidado espiritual a personas en estado crítico brindado por enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos en un hospital nivel III Chiclayo 2025, cuyas autora/s son: Gil Tavera Giulliana Elizabeth identificada con documento de identidad N°42322325 y Oblitas Villanueva Sucety Yanary identificada con documento de identidad N°47363169; declaro que la evaluación realizada por el programa informático reporta un porcentaje de similitud de 14 % y cumple con los parámetros establecidos respecto a la escritura con inteligencia artificial generativa, verificable en el Resumen de Reporte automatizado de similitudes que se acompaña.

El suscrito analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas dentro del porcentaje de similitud permitido no constituyen plagio y que el documento cumple con la integridad científica y con las normas para el uso de citas y referencias establecidas en los protocolos respectivos. Se cumple con adjuntar el Recibo Digital a efectos de la trazabilidad respectiva del proceso.

Lambayeque 05 de noviembre del 2025



Dra. Tania Roberta Muro Carrasco
Asesora
DNI 17403791

REPORTE AUTOMATIZADO DE SIMILITUDES Y ESCRITURA CON IA

Cuidado espiritual a personas en estado crítico brindado por enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos en un hospital nivel III Chiclayo 2025

REPORTE DE ORIGINALIDAD



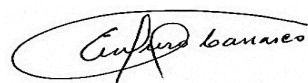
FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unprg.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	repositorio.uma.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	docplayer.es Fuente de Internet	1%
5	www.scielo.org.bo Fuente de Internet	1%
6	de Jesús Flores, Irma N. "Relación entre la espiritualidad y el cuidado espiritual según lo expresado por estudiantes de enfermería de Puerto Rico", Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico (Puerto Rico) Publicación	<1%
7	livrosdeamor.com.br Fuente de Internet	<1%
8	www.elsevier.es Fuente de Internet	<1%
9	Claudia Consuelo Torres Contreras, Lina María Vargas Escobar, Jorge Yecid Triana Rodríguez, Wilson Cañon-Montañez. "Competencia en cuidado espiritual en enfermería: Revisión integrativa de literatura", Revista Cuidarte, 2023 Publicación	<1%
10	revistas.uta.edu.ec Fuente de Internet	<1%
	core.ac.uk	

Dra. Tania Roberta Muro Carrasco
Asesora

DNI 17403791

11	Fuente de Internet	<1 %
12	issuu.com Fuente de Internet	<1 %
13	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Trabajo del estudiante	<1 %
14	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
15	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1 %
16	revistas.udedc.cl Fuente de Internet	<1 %
17	bdigital.unal.edu.co Fuente de Internet	<1 %
18	1library.co Fuente de Internet	<1 %
19	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	<1 %
20	repositorio.ues.edu.sv Fuente de Internet	<1 %
21	repositorio.unprg.edu.pe:8080 Fuente de Internet	<1 %
22	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
23	www.revenfermeria.sld.cu Fuente de Internet	<1 %
24	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	<1 %
25	stutzartists.org Fuente de Internet	<1 %
26	tesariofeccs.com Fuente de Internet	<1 %
27	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

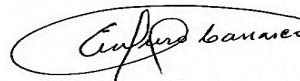


Dra. Tania Roberta Muro Carrasco
Asesora

DNI 17403791

28	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
29	www.cardio.argerich.org.ar Fuente de Internet	<1 %
30	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
31	www.isciii.es Fuente de Internet	<1 %
32	Aguirre Bermeo, Hernán Marcelo, Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Medicina. "Efectos fisiológicos de diferentes estrategias ventilatorias empleadas en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda severa I", 2018 Fuente de Internet	<1 %
33	repository.javeriana.edu.co Fuente de Internet	<1 %
34	Ángela María Ortega Galán, María Dolores González de Haro. "El valor de la dimensión espiritual en el final de la vida desde la perspectiva de los profesionales de enfermería", Medicina Paliativa, 2016 Publicación	<1 %
35	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
36	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
37	repositorio.upse.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
38	revistas.unal.edu.co Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas Activo
Excluir bibliografía Activo



Dra. Tania Roberta Muro Carrasco
Asesora

DNI 17403791

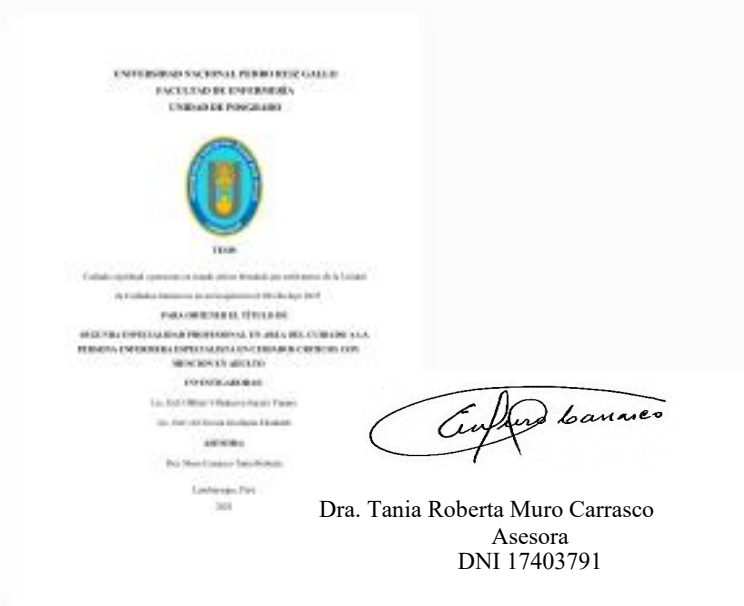


Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo:

Autor de la entrega: Sucety Oblitas Y Gil Giulliana
Título del ejercicio: Quick Submit
Título de la entrega: Cuidado espiritual a personas en estado crítico brindado por e...
Nombre del archivo: DE_TESIS_CUIDADO_ESPIRITUAL_SUCETY_OBLITAS_Y_GIULLIA...
Tamaño del archivo: 1.27M
Total páginas: 90
Total de palabras: 21,091
Total de caracteres: 127,432
Fecha de entrega: 05-nov-2025 06:12p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 2804775660



ACTA DE SUSTENTACIÓN

00187



UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO

Acreditada con Resolución N° 110-2018-SINEACE/CDAHP



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Libro de Acta N° 04 Expediente 137-V-2026-UNPRE-FE-VI Folio N° 00187
Licenciada: Oblitas Villanueva Suetty Yanari y Gil Lavara Giulliana Elizabeth
Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo - Lambayeque, a las 12 m.
horas del día 06 de febrero 2026, Los señores Miembros del Jurado designados
mediante Resolución N° 110-2025-UNPRG-FE-D
PRESIDENTE: Dra. Lucía Arauda Moreno
SECRETARIO: Dra. María Rosario Veraástegui León
VOCAL: Mg. Rosa Augusta del Carmen Larios Ayala
Encargados de recepcionar y dictaminar la Tesis titulada:
Cuidado espiritual a personas en estado crítico cuidadas por
superiores de la Unidad de Cuidados Intensivo en un Hospital
Nivel III Chiclayo 2025

..... patrocinada por el profesor
(a) Dra. Tania Roberta Muro Carrasco

Presentada por el (los) Licenciados (as):

Oblitas Villanueva Suetty Yanari y
Gil Lavara Giulliana Elizabeth

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional: en Área del cuidado a
la persona, Enfermera Especialista en Cuidados críticos
con mención en Adulto

Sustentada la Tesis, formuladas las Preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante (s) y el Patrocinador; el Jurado, después de deliberar, declaró Aprobada por unanimidad, la tesis con el calificativo de: Muy bueno (18) debiendo consignarse en los ejemplares del informe las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto se levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.

PRESIDENTE
Dra. Lucía Arauda Moreno

VOCAL
Rosa Larios Ayala

Mg. Rosa Augusta del Carmen
Larios Ayala

SECRETARIO
Dra. María Rosario Veraástegui León

PATROCINADOR
Dra. Tania Roberta Muro Carrasco

DEDICATORIA

A mi madre con todo mi corazón por ser mi inspiración constante y estar siempre presente forjando mi camino y por sembrar en mi la semilla de la perseverancia, responsabilidad, los valores morales y espirituales que me permiten servir a Dios y los más necesitados.

Giulliana Elizabeth

A mi hija Antonella Margarita Tesen Oblitas, por ser mi mayor fuente de inspiración y motivo de esfuerzo. Cada página de este trabajo refleja no solo mi dedicación académica, sino también el deseo profundo de dejarte un ejemplo de perseverancia y amor. Gracias por dar sentido a mis días y recordarme siempre que todo sacrificio vale la pena cuando se hace por ti.

Sucety Yanary

}

AGRADECIMIENTO

A Dios por haber sido mi guía y haberme permitido culminar esta meta.

A mi asesora, por su dedicación y contribución de sus amplios conocimientos que han sido pilares fundamentales en la dirección y enriquecimiento de esta investigación.

Giulliana Elizabeth

A Dios, por brindarme la fortaleza, la salud y la sapiencia necesarias para terminar este proyecto.

A mi hija Antonelita, por ser la razón más importante de mi esfuerzo, por inspirarme cada día y recordarme que todo sacrificio tiene un propósito lleno de amor.

A mi familia, por su apoyo constante, paciencia y comprensión en los tiempos más difíciles de este camino.

A mis docentes y asesores, quienes con su guía, dedicación y conocimientos hicieron posible el desarrollo de este trabajo académico.

Sucety Yanary

RESUMEN

Objetivo: caracterizar y comprender el cuidado espiritual a personas en estado crítico brindado por enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos en un hospital nivel III Chiclayo 2025. **Metodología:** investigación cualitativa con abordaje de estudio de caso, participando 20 profesional de enfermería. Los datos se recolectaron con una entrevista abierta, observación libre y análisis documental, siendo los instrumento las guías respectivas, validadas en su contenido por el juicio de 4 expertos, se tuvieron en cuenta los principios éticos. **Resultados:** surgieron las siguientes categorías: sustentando el cuidado espiritual con un limitado entendimiento de la espiritualidad, la ruta incompleta del proceso de enfermería en el cuidado espiritual y limitaciones para brindar cuidado espiritual. De estas categorías se desprende que algunos profesionales de enfermería no comprenden el cuidado enfermero en su dimensión espiritual, confundiendo religiosidad con espiritualidad, limitando el cuidado espiritual a prácticas religiosos, por desconocimiento, escaso tiempo, tecnificación de los cuidados, priorización de la satisfacción de necesidades de supervivencia, sobrecarga laboral y escasa formación en pregrado. En su quehacer reducen la metodología del cuidado enfermero a intervenciones coherentes con un incipiente cuidado espiritual acorde con el paradigma de transformación, sin embargo no se evidencia sistematización de esta metodología. **Consideración final:** el cuidado enfermero espiritual es intuitivo y limitado por la escasa formación, a la poca disponibilidad de tiempo y la demanda del cuidado de acuerdo con el estado de la persona en estado crítico, asignando el cuidado espiritual al sacerdote o pastor.

Palabras clave: cuidados espirituales, profesional de enfermería, unidad cuidados intensivos, paciente crítico.

ABSTRACT

Objective: To characterize and understand the spiritual care provided to critically ill patients by nurses in the Intensive Care Unit of a Level III hospital in Chiclayo, 2025. **Methodology:** Qualitative research with a case study approach, involving 20 nursing professionals. Data was collected through semi-structured interviews, participant observation, and document analysis. The instruments used were the respective guides, validated in their content by the judgment of 4 experts, and ethical principles were considered. **Results:** The following categories emerged: supporting spiritual care with a limited understanding of spirituality, an incomplete nursing process in spiritual care, and limitations in providing spiritual care. These categories reveal that some nursing professionals do not understand nursing care in its spiritual dimension, confusing religiosity with spirituality, limiting spiritual care to religious practices, due to lack of knowledge, time constraints, the technological of care, prioritization of basic survival needs, excessive workload, and insufficient undergraduate training. In their practice, they reduce the nursing care methodology to interventions consistent with an incipient spiritual care approach aligned with the transformation paradigm; however, there is no evidence of systematization of this methodology. **Final consideration:** spiritual nursing care is intuitive and limited by insufficient training, limited time availability, and the demands of care based on the critical condition of the patient, often assigning spiritual care to the priest or pastor.

Keywords: spiritual care, nursing professional, intensive care unit, critical patient.

ÍNDICE

FIRMA DE JURADOS.....	2
CONSTANCIA DE VERIFICACIÓN DE ORIGINALIDAD.....	3
REPORTE AUTOMATIZADO DE SIMILITUDES Y ESCRITURA CON IA	4
RECIBO DIGITAL DE TURNITIN.....	7
ACTA DE SUSTENTACIÓN	8
DEDICATORIA.....	9
AGRADECIMIENTO.....	10
RESUMEN.....	11
ABSTRACT.....	12
INTRODUCCIÓN.....	14
CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO	19
1.1. Antecedentes de la investigación.....	19
1.2. Base teórica y conceptual.....	23
1.3. Marco contextual.....	36
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO.....	39
2.1. Tipo y diseño de investigación.....	39
2.2. Trayectoria metodológica.....	39
2.3. Población, muestra y muestreo.....	40
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	41
2.5. Procesamiento de los datos.....	42
2.6. Principios éticos.....	44
CAPÍTULO III: RESULTADOS DE LA INVESTIGACION.....	45
CAPÍTULO IV: DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	47
CONCLUSIONES.....	69
RECOMENDACIONES.....	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXOS.....	80

INTRODUCCIÓN

La postergación a un segundo plano del cuidado espiritual por parte del profesional de enfermería en pacientes hospitalizados en áreas críticas representa un problema significativo en la calidad de cuidado holístico. Este desafío puede tener implicaciones importantes tanto para el bienestar de los pacientes como para la práctica profesional¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), sostiene que lo espiritual hace referencia a los elementos de la vida humana que tienen relación con otorgarle significado a la existencia, la práctica de valores y las experiencias que trascienden los fenómenos sensoriales².

La situación actual del cuidado espiritual que brindan los profesionales de enfermería a pacientes hospitalizados muestra avances importantes, pero también retos significativos. Los cuidados espirituales se reconocen como fundamentales en el bienestar integral del paciente, particularmente en áreas críticas como las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Este cuidado no solo aborda las necesidades religiosas, sino también necesidades trascendentales, existenciales, emocionales y de significado para los pacientes y sus familias¹.

La Unidad de Cuidados Intensivos es una de las áreas más complejas por la gravedad del paciente, cuenta con personal calificado, especializado, con recursos altamente tecnológicos; precisa de los cuidados encaminados a satisfacer las necesidades fisiológicas, más se observa que se posterga el cuidado de las necesidades psicoemocional y espirituales por parte del personal de salud, entre ellos el profesional de enfermería³.

En la práctica, los enfermeros enfrentan barreras organizacionales, personales y de equipo que dificultan la integración de esta dimensión en su trabajo diario. Entre las barreras más comunes destacan la falta de capacitación específica en espiritualidad, limitaciones de tiempo debido a las altas demandas de las UCI y la ausencia de modelos claros de espiritualidad que guían su práctica. Sin embargo, factores como la motivación, la empatía, una comunicación efectiva y equipos multidisciplinarios han demostrado ser facilitadores clave⁴.

Kappes, *et al*⁵, en el 2023 en Chile, subraya la importancia de contar con un lugar físico y condiciones de las enfermeras, como la empatía y la motivación. Para el cuidado,

existen obstáculos de carácter personal, organizacional y relacionados con el equipo de trabajo. Del mismo modo Paredes, *et al*⁶, en el 2020 en Cusco, Perú, observaron barreras para el cuidado espiritual a los pacientes que incluyen la falta de formación y tiempo por parte de las enfermeras.

Desde la experiencia y análisis de las investigadoras, durante los turnos realizados en la unidad de cuidados intensivos como enfermeras asistenciales, llegamos a la convicción de que el cuidado de la dimensión espiritual en pacientes críticos dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos representa un aspecto esencial, pero a menudo invisibilizado, del quehacer enfermero.

A pesar del carácter altamente técnico y urgente del cuidado en la UCI, pudimos observar que los pacientes, aún en estado crítico sin capacidad de comunicación verbal, continúan teniendo necesidades espirituales que influyen en su bienestar integral; sin embargo estas necesidades no siempre son identificadas ni abordadas por el personal de enfermería asistencial, ya sea por falta de formación, tiempo, herramientas o reconocimiento institucional.

Consideramos que la enfermería, al ser una profesión que promueve el cuidado holístico, debe asumir un rol más activo en el reconocimiento y acompañamiento de la dimensión espiritual, especialmente en escenarios tan delicados como la intubación y procedimientos invasivos que se realizan en dicha unidad. Esto no solo humaniza el cuidado, sino que fortalece el vínculo terapéutico y puede aportar alivio tanto a la persona cuidada como a sus familiares.

Es imprescindible fomentar en los profesionales una mayor sensibilidad espiritual y brindar formación específica que permita integrar este componente en la práctica diaria.

Es así que frente a lo descrito, se suma la situación observada y vivenciada por las autoras en un hospital nivel III de Chiclayo, donde pudieron observar que el profesional de enfermería no fomenta actividades que conecten al paciente con su espiritualidad, como escuchar música religiosa, o escuchar una misa virtual; ya que el protocolo de la UCI no lo permite, así mismo cuando se recibió a un paciente en estas unidades, se notó que el profesional de enfermería se encargó de seguir las indicaciones médicas para dar solución a las

necesidades fisiológicas de supervivencia afectadas en la persona, centrándose en el paradigma de la categorización, tuvo como objetivo principal combatir la causa de la enfermedad.

Los enfermeros pocas veces practicaron la escucha activa sin juicio debido al tiempo que demanda el trabajo que realiza en la UCI, y no mostró empatía al permitir que el paciente exprese sus miedos, preocupaciones y pensamientos durante su estancia en la unidad de cuidados intensivos, pocas veces ofreció palabras de consuelo, de esperanza; el cual implica reconocer los sentimientos del paciente y ofrecerle tranquilidad, todo esto se vio reflejado cuando éste profesional estuvo centrado en terminar sus notas de enfermería, brindar el tratamiento programado durante su turno, realizar los procedimientos invasivos programados por el médico de turno, no dando lugar a una escucha activa, observándose en la fascia del paciente muestra de preocupación, angustia, temor, sin ser atendidas por el profesional de enfermería.

Del mismo modo los profesionales de enfermería pocas veces ayudaron a la persona a entender el sentido de su enfermedad; tampoco participaron de las diferentes prácticas religiosas o espirituales de los pacientes, como son sus rezos y oraciones ya sea por el tiempo que demanda y el cual lo emplearon para realizar los procedimientos pendientes. Así mismo las investigadoras observaron que el profesional de enfermería respetó; mas no compartió la creencia de personas que profesan la religión: testigos de jehová con respecto a las transfusiones sanguíneas, ya que ellos se opusieron rotundamente porque dicen que recibir sangre va en contra de la voluntad de Dios.

De allí que las autoras se preguntaron: ¿Qué prácticas relacionadas con el cuidado espiritual aplica el profesional de enfermería en su trabajo con pacientes en estado crítico? ¿De qué manera influye el cuidado espiritual del profesional de enfermería en el paciente en estado crítico? ¿Qué estrategias emplea el profesional de enfermería para fortalecer el cuidado espiritual en el paciente en estado crítico?

Ante ello surge el siguiente *problema de investigación científica*: ¿Cómo es el cuidado espiritual a personas en estado crítico brindado por enfermeros de la Unidad de Cuidados

Intensivos en un hospital nivel III Chiclayo 2025?; siendo el *objetivo* caracterizar y comprender el cuidado espiritual a personas en estado crítico brindado por enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos en un hospital nivel III Chiclayo 2025.

La presente investigación se justifica al caracterizar el cuidado espiritual que empleó el profesional de enfermería, quien se encuentra en contacto continuo con el paciente, proporcionando asistencia espiritual, el cual conlleva a ventajas para el paciente y también para los trabajadores de la salud. Entre las ventajas para el paciente, se podría mencionar que el cuidado espiritual del profesional considera el sentido de vida, la trascendencia, la conexión con la naturaleza y el universo, así como las creencias y prácticas, surge de cuidar lo que uno necesita para sentirse cómodo en el paciente en estado crítico hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos, y a su vez la espiritualidad, la cual da significado al cuidado espiritual, que consiste en acompañar, aliviar y apoyar, considerando el respeto a las convicciones⁷.

Cabe mencionar que los cuidados espirituales no necesariamente requieren un conocimiento profundo de religión o filosofía, sino más bien un enfoque centrado en el ser humano, con respeto, compasión y disposición para brindar un apoyo significativo en los momentos de sufrimiento⁸.

El cuidado espiritual no siempre es explícitamente solicitado por los pacientes, por lo que las enfermeras deben desarrollar competencias para identificar y abordar estas necesidades de manera implícita⁹. Este cuidado contribuye no solo al bienestar del paciente, sino también al fortalecimiento de la experiencia espiritual y emocional de los propios enfermeros, mejorando su calidad profesional y humana.

Por otro lado, el personal de salud experimentará la gratificación de haber brindado cuidados humanizados y sentirá emociones positivas que contribuirán a mejorar la calidad de su desempeño en el trabajo. La espiritualidad puede ser una ayuda para el paciente y para los profesionales de la salud cuando la ciencia ya no tiene más recursos para aliviar la enfermedad; además, puede ser utilizada como un instrumento de asistencia en el proceso de recuperación del enfermo⁹.

Esta investigación no solo pretendió visibilizar esta necesidad, sino también abrió el camino a nuevas propuestas que promuevan un cuidado más completo y humano en las unidades críticas.

Este informe se ha estructurado en la Introducción, la cual incluye la problemática, la formulación del problema, los objetivos y la justificación e importancia. Capítulo I Diseño Teórico, el cual considera antecedentes de la investigación, la base teórica, la base conceptual y la definición de las variables. Capítulo II Diseño Metodológico, en él se describe el tipo y diseño de investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procesamiento de los datos y los principios éticos. Capítulo III Resultados, Capítulo IV Discusión de los Resultados, además las Conclusiones y Recomendaciones.

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO

3.1 Antecedentes de investigación

Internacional:

Morales, *et al*¹⁰, en el 2024 en Brasil, en su estudio realizado con el objetivo de examinar la bibliografía acerca del cuidado que proporciona el profesional de enfermería en el ámbito espiritual; clasificar y examinar las acciones de enfermería conforme a la revisión de libros y sugerir intervenciones desde el arte del cuidado de enfermería. Resultados: En la revisión de antecedentes bibliográficos, se observa que los profesionales de enfermería muestran interés y reflexión de incluir cuidados espirituales en sus atenciones. Conclusiones: La necesidad de alcanzar una mayor claridad en los aspectos prácticos para cuidar la dimensión espiritual, fundamentada en el principio de que el ser humano es un ente espiritual por naturaleza, surge a partir de la reflexión sobre el equilibrio dinámico de la vida humana y la interacción con el entorno y los cambios constantes a los que nos enfrentamos como individuos. Por estas razones, es necesario integrar la dimensión espiritual con las dimensiones estética, comunicativa, cognitiva, ética, emocional, social y corporal.

Yilmaz, *et al*¹¹, en el 2023 en Turquía llevaron a cabo la investigación con el propósito de analizar cómo las intervenciones de atención espiritual afectan la satisfacción vital, la soledad, el bienestar espiritual y la esperanza de los pacientes tratados en cuidados intensivos . Resultados: Tras la intervención, los resultados mostraron que la intervención tuvo efectos positivos en los niveles de bienestar espiritual. Conclusiones: Se ha comprobado que el bienestar espiritual se beneficia de manera positiva cuando la atención espiritual es proporcionada en la unidad de cuidados intensivos, la esperanza, la soledad y los niveles de satisfacción vital de los pacientes. Las enfermeras de cuidados intensivos proporcionan un entorno y una atención de enfermería que satisfacen las necesidades espirituales de sus pacientes, lo que mejora su bienestar espiritual, la esperanza y los niveles de satisfacción vital y alivia la soledad en los pacientes de cuidados intensivos.

Castillo, *et al*⁷, en el 2023 en Bolivia, investigaron sobre la definición del cuidado espiritual de enfermería en pacientes que reciben cuidados paliativos, cuyo propósito fue exponer el significado del cuidado espiritual que el equipo de enfermería ofrece a los pacientes en esta situación. Obtuvieron como resultado: El cuidado espiritual se fundamenta en el significado que este tiene para las enfermeras, lo cual determina la

manera en que es proporcionado por el profesional. En consecuencia, surgieron seis temas: 1. atender las necesidades de los pacientes, 2. definición de espiritualidad, 3. soporte, consuelo y asistencia; 4. preservando el respeto por las creencias, 5. complicaciones experimentadas en la atención espiritual, 6. Necesidad de modificar el cuidado espiritual. Llegaron a la conclusión: La conexión con la naturaleza y el universo, así como con las creencias y prácticas, forma parte del significado del cuidado espiritual de enfermería. Esta conexión surge cuando se cuidan las necesidades propias que promueven el bienestar. La espiritualidad otorga sentido al cuidado espiritual, que consiste en estar presente, aliviar y brindar apoyo mientras se respeta lo que cada uno cree. Hay problemas en el cuidado espiritual y la necesidad de realizar modificaciones en este para poder incluirlo en el cuidado diario.

Durabilidad¹², en el 2023 en Turquía, realizó su investigación con el objetivo de conocer las experiencias de cuidado espiritual de enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos. Resultados: diez de las enfermeras eran mujeres, con edades comprendidas entre 25 y 47 años, años de trabajo entre 2 y 28 años y horas semanales de trabajo entre 40 y 56 horas. Como resultado del análisis temático se determinaron seis temas y 18 subtemas: Los temas determinados son: Definición de atención espiritual, tiempo de atención espiritual, beneficios de la atención espiritual, prácticas de atención espiritual, obstáculos en la prestación de atención espiritual. Llegaron a concluir que para las enfermeras, ofrecer atención espiritual a los pacientes en cuidados intensivos es una experiencia de gran relevancia. Comprender la atención espiritual, reconocer su importancia e incluirla en la práctica de enfermería tiene una importancia central. La atención espiritual brindada en la profesión de enfermería es tan importante como la atención física, y el apoyo a los pacientes en cuidados intensivos es fundamental para brindar la mejor atención integral.

Martínez, *et al*¹³, en el 2023 en Argentina, realizaron la investigación con el objetivo de examinar la influencia de la espiritualidad del enfermero en el cuidado integral de pacientes críticos en UCI. Tuvieron como resultado: El cuidado holístico, que incluye la dimensión espiritual, mejora la calidad del cuidado en pacientes críticos, fomentando la esperanza y reduciendo la ansiedad. Concluyeron que la espiritualidad contribuye

significativamente al cuidado holístico, lo que mejora la experiencia del paciente crítico al reducir la ansiedad y aumentar la esperanza.

Kappes, *et al*⁵, en el 2023 en Chile, en su estudio tuvieron como objetivo establecer el modo en que las enfermeras incorporan la atención espiritual a los pacientes y sus familias en las Unidades de Cuidados Intensivos. En sus resultados se detallan las condiciones para la atención espiritual, en las que sobresalen la necesidad de un espacio físico y actitudes de las enfermeras como empatía y motivación. Hay obstáculos personales, organizativos y de equipo para el cuidado espiritual. De igual manera, se describen facilitadores para el cuidado espiritual como la preparación y la comunicación. Llegaron a la conclusión de que las enfermeras en las UCI tienen múltiples maneras de brindarles cuidados espirituales a los pacientes y a sus familias. Estas deben ser desarrolladas considerando los obstáculos de tipo personal, organizacional, del equipo de trabajo y del espacio físico.

Silva, *et al*¹⁴, en el 2021 en Brasil desarrollaron la investigación, con el objetivo de explorar cómo los enfermeros integran su espiritualidad en la atención a pacientes críticos en UCI. Obtuvieron como resultados que los enfermeros reportan una conexión entre la espiritualidad y el cuidado integral del paciente. Concluyeron que la espiritualidad en los profesionales de enfermería facilita la toma de decisiones éticas y mejora el manejo de la ansiedad de los pacientes críticos.

Gómez, *et al*¹⁵, en el 2020 en México en su estudio, tuvieron como objetivo evaluar el impacto del acompañamiento espiritual en pacientes críticos. Obtuvieron como resultados que la espiritualidad tiene un impacto significativo en el bienestar de los pacientes. Los enfermeros juegan un rol crucial al proporcionar apoyo emocional y espiritual. El apoyo espiritual disminuye la ansiedad y mejora la relación terapéutica paciente-enfermero. Llegaron a la conclusión que se destaca la importancia de la formación en espiritualidad para mejorar el bienestar de los pacientes en cuidados intensivos. Los enfermeros deben ser capacitados para integrar el cuidado espiritual en su práctica diaria. Al integrar prácticas espirituales beneficia la salud mental y física de los pacientes críticos.

Willemsen, *et al*¹⁶, en el 2020 en EE.UU en su investigación realizada con el objetivo de analizar la bibliografía relacionada con el cuidado espiritual en la UCI sobre tres áreas fundamentales, calidad de vida, calidad de atención y educación. Obtuvieron como

resultados que los 113 artículos escogidos muestran que la espiritualidad es un elemento fundamental de la calidad de vida y que una atención espiritual (AE) adicional y efectiva disminuye el sufrimiento de los pacientes y sus allegados. Asimismo, el aporte de la AE a la calidad del cuidado es: 1) Detectar y atender las necesidades de los pacientes y sus familiares en términos emocionales y espirituales; 2) dar alivio espiritual al enfermo en problemas; 3) Mejorar la salud espiritual, tanto de los pacientes como de sus seres queridos; 4) Incrementar la satisfacción familiar en términos generales y a través de una toma de decisiones conjunta. Al final, la literatura muestra que es necesario perfeccionar las capacidades y los conocimientos de los profesionales de la salud de la UCI en materia de cuidados espirituales, a través de cursos de capacitación pertinentes. Concluyeron que los profesionales sanitarios de cuidados intensivos identifican la necesidad de perfeccionar sus competencias y conocimientos para incrementar su eficacia y la complementariedad del cuidado espiritual.

NACIONALES

En el 2024 en Trujillo, Sánchez, *et al*¹⁷, analizaron el cuidado espiritual según Caritas Veritas en enfermeras, identificaron categorías como "Bases de Caritas Veritas" y "Prácticas del cuidado espiritual". En sus resultados obtuvieron dos categorías en la primera categoría: Bases de Caritas Veritas, la cual posee dos subcategorías: Segunda categoría: La concepción del cuidado espiritual y el respeto por los valores y las creencias. Prácticas de cuidado espiritual divididas en dos subcategorías: Prácticas de amor y bondad, y relación de confianza-ayuda. Determinaron que la atención espiritual es adaptable, respetando creencias y mejorando la interacción paciente-enfermera.

Guerrero, *et al*¹⁸, en el 2022 en Lima Metropolitana, exploraron la relación entre bienestar espiritual y calidad de atención en enfermeros. Sus resultados fueron que existe una correlación positiva entre el bienestar espiritual alto y la calidad de atención alta. Concluyeron que el bienestar espiritual del enfermero influye significativamente en la calidad del cuidado brindado al paciente.

En el 2021 en Arequipa, Guerrero, *et al*¹⁹, identificaron las prácticas espirituales de enfermería en pacientes críticos. Sus resultados fueron que las prácticas espirituales incluyen apoyo emocional, oraciones y respeto por creencias. Llegaron a la conclusión que

las prácticas espirituales son esenciales, pero deben integrarse mejor en la rutina del cuidado crítico.

En el 2020 en Cusco, Paredes, *et al* analizaron las barreras y facilitadores en el cuidado espiritual en UCI. Obtuvieron como resultados que dentro de las barreras incluyen falta de formación y tiempo; facilitadores: uso de teorías como Jean Watson. Concluyeron que el abordar la espiritualidad mejora la calidad del cuidado y reduce estrés en pacientes críticos.

3.1. Base teórica y conceptual

El cuidado enfermero es definido como el proceso interactivo que se da entre la persona cuidada y el cuidador para diagnosticar y tratar respuestas humanas que se dan en el proceso de vivir y morir, aplicando la metodología del cuidado enfermero, considerando las taxonomías internacionales NANDA, NOC y NIC; este es holístico e integral, considerado como piedra angular del ejercicio profesional de la enfermería, tiene una dinámica interpretativa excepcional, resultado del establecimiento de relaciones armónicas y profundas entre personas que comparten experiencias vitales²¹.

La atención de enfermería, basada en un paradigma transformador, ve a la persona como un ser integral, con deberes y derechos y partícipe activo del cuidado de su vida y su salud²². Mayeroff citado por Rodríguez *et al*, sostiene que cuidar es compasión, apreciación, empatía y conocimiento de uno mismo y de los demás; implica ser capaz de sentir lo que el otro siente desde dentro y discernir lo que necesita para crecer²². Para Boff citado por Rodríguez *et al*, cuidar es una actitud de relación amorosa, amable, suave, armónica y protectora de la realidad personal, social y ambiental. Es la mano abierta que se extiende para la caricia esencial o el apretón de manos; para crear un acuerdo de cooperación y unión de fuerzas. Es lo opuesto a la mano cerrada y al puño que subyuga y controla al otro²².

Así mismo, Watson citado por Rodríguez *et al*, consideró factores de cuidado estableciendo el modelo de Caritas o de atención: Fomentar la amabilidad amorosa, posibilitar y sostener un sistema de creencias profundo en respaldo al mundo subjetivo personal y del ser que se debe proteger, cultivar las propias prácticas espirituales del yo

transpersonal por encima del ego, crear y respaldar una relación verdadera de confianza y cuidado mutuo, estar disponible para respaldar la manifestación de emociones tanto negativas como positivas como una conexión con el espíritu, uso creativo de todas las vías de conocimiento, crear un ambiente de sanación en todos los niveles: tanto en el físico como en el no físico, asistir con las necesidades fundamentales y estar dispuestos a abordar la dimensión existencial y espiritual-misteriosa de la vida y la muerte²².

Del mismo modo, Collière citado por Rodríguez *et al*, considera el cuidado como un acto de reciprocidad que se da a cualquier individuo que necesita ayuda para afrontar sus necesidades vitales; supone un compromiso de cuidar, conocimiento y actividades orientadas al cuidado, devolviendo la esperanza de existir²². Leininger citado por Rodríguez *et al*, sugiere una teoría de cuidado transcultural, la cual tiene como rasgo distintivo identificar los elementos globales que afectan los cuidados, como la visión del mundo, el lenguaje, la estructura social, los cuidados profesionales y genéricos, el contexto ambiental y la etnohistoria. También define lo universal en los cuidados como aquellos que se enfocan en las culturas y sus semejanzas sin importar su localización geográfica²².

En el mismo sentido, Waldow citado por Rodríguez *et al*, afirma que el cuidado abarca responsabilidad, protección y compromiso; cuidar a los seres humanos implica humanizarlos; favorece el empoderamiento, el crecimiento y la realización de nuestra humanidad. En ese proceso Waldow considera también la vulnerabilidad del ser humano, mejora el autoestima, brinda más confianza, seguridad y bienestar, lo que permite el desarrollo de los participantes en el cuidado; la comunicación con quien es cuidado se realiza mediante la palabra, los gestos y la mirada, los cuales se consideran expresiones estéticas en el acto de cuidar²².

La atención no solo es una técnica, sino también el apoyo a los demás para que se desarrollen en su integridad y unidad, conservando su dignidad y singularidad. Cuidar implica una intención de promover el bienestar, asegurando que la otra persona esté segura y cómoda, disminuyendo su vulnerabilidad y los riesgos²³.

Siendo el objeto de este estudio el cuidado espiritual del profesional de enfermería se abordará los aspectos relacionados al cuidado orientado a esta dimensión.

En el contexto de la enfermería, el cuidado espiritual implica que el profesional de enfermería atienda las necesidades espirituales como son sentido de vida, trascendencia, perdonarse y perdonar estar bien consigo mismo y con los demás; ello implica acompañamiento, relación de ayuda, escucha activa, comunicación transpersonal, practica de valores, y otras demostraciones de cuidado humanizado, que permitan que el paciente exprese sus pensamientos, emociones y preocupaciones espirituales.

Al hablar de las necesidades espirituales nos referimos a la necesidad de los individuos de encontrar un sentido o propósito en la vida, especialmente cuando enfrentan situaciones de enfermedad, dolor o sufrimiento. En el contexto del cuidado de enfermería, las necesidades espirituales son importantes porque ayudan a las personas a enfrentar el sufrimiento emocional, físico, psicológico y espiritual. Dentro de las necesidades espirituales encontramos ²⁴:

➤ La necesidad de propósito y sentido en la vida: Las personas pueden experimentar una crisis existencial, especialmente en situaciones de enfermedad grave, donde se cuestionan sobre el significado de su vida, la muerte y el sufrimiento. En estos casos, es esencial proporcionar apoyo para que la persona encuentre respuestas a esas interrogantes.

➤ Necesidad de conexión: La conexión con algo más grande que el individuo, ya sea a través de la religión, la espiritualidad o una creencia personal, puede proporcionar consuelo y paz interior. Para personas intubadas, esta conexión puede ser facilitada mediante oraciones, símbolos religiosos, o la presencia de un líder espiritual.

➤ Necesidad de consuelo emocional y psicológico: Las personas a menudo buscan consuelo emocional frente a la angustia que genera una enfermedad grave. El cuidado espiritual en estos casos incluye escuchar a la persona, ofrecer palabras de esperanza, toque terapéutico, acompañamiento y alentar a la familia a estar presente para ofrecer apoyo.

➤ Necesidad de perdón y reconciliación: Para algunas personas en estado crítico, la necesidad de perdonar o ser perdonados es crucial para su bienestar espiritual. El proceso de reconciliación, tanto con otros como con uno mismo, puede aliviar la carga emocional que enfrenta la persona cuidada.

➤ Necesidad de compañía: La soledad en entornos hospitalarios, especialmente en unidades críticas, puede aumentar el sufrimiento de las personas cuidadas. La presencia de un ser querido, un amigo, o incluso un profesional religioso puede ser esencial para que ella se sienta acompañada y apoyada.

➤ Necesidad de esperanza: Mantener la esperanza es clave para las personas con enfermedades graves. Las intervenciones espirituales, como la oración, el contacto con la familia, y el apoyo del personal de salud, pueden ayudar a mantener viva la esperanza, incluso en circunstancias difíciles.

El cuidado espiritual del profesional de enfermería nos referimos al cuidado que el profesional de enfermería proporciona para satisfacer las necesidades espirituales de las personas cuidadas, así como la promoción del bienestar integral del ser humano en un contexto de salud²⁵. Este tipo de cuidado no se limita a aspectos religiosos, sino que abarca todas las dimensiones espirituales del individuo, incluyendo su sentido de propósito, sus creencias, valores y la conexión con lo trascendental, lo que puede ser fundamental en momentos de enfermedad o sufrimiento. Este cuidado respeta la diversidad religiosa y cultural de las personas²⁵.

Las intervenciones específicas las cuales puede incluir la facilitación de la oración, la meditación, la presencia silenciosa, la lectura de textos sagrados o cualquier acción que la persona considere significativa, siempre en el marco del respeto a sus creencias, el apoyo a la familia además de la persona, el cuidado espiritual también involucra el apoyo a los familiares, especialmente en situaciones de estrés, ansiedad o duelo, lo cual es especialmente relevante en cuidados intensivos o terminales.²⁵ La promoción del bienestar integral donde el cuidado espiritual no solo aborda las necesidades emocionales o religiosas, sino que también es clave en el proceso de sanación, al contribuir a la paz interior, la resiliencia y la calidad de vida de la persona.

El cuidado espiritual se considera una parte integral del cuidado holístico, que busca atender al ser humano en su totalidad: cuerpo, mente y espíritu. En muchas culturas y modelos de cuidado, esta dimensión espiritual es vista como crucial para la salud, ya que influye en el bienestar emocional y psicológico, especialmente en personas que enfrentan enfermedades graves, como aquellos intubados o en cuidados intensivos²⁶.

Como disciplina profesional, la Enfermería tiene sus propios recursos que le permiten detectar las necesidades espirituales de los pacientes. Estos recursos se manifiestan por medio del establecimiento de relaciones terapéuticas o momentos trascendentes de cuidado. En estas ocasiones, la comunicación se establece a través de la entrevista, el lenguaje verbal y no verbal, el contacto visual y físico, el respeto hacia momentos de silencio y soledad, así como la sensibilidad, la capacidad para interpretar información y el talento para observar, escuchar e intuir. Todo esto es respaldado por una preparación académica ideal y necesaria²⁶.

Por tanto, el cuidado espiritual se recrea a través de la generación activa de momentos de cuidado particulares, cuya dinámica gira en torno a la concepción holística, única y trascendente del ser, en la cual el binomio enfermera paciente/familia se encuentran en la búsqueda del potencial espiritual y se fortalece en forma activa en pro del bienestar.²⁶

La especificidad de estos momentos de atención brinda las tácticas para que el enfermero reconozca sus propias necesidades espirituales y comprenda su mundo interior existencial con el fin de ofrecer un cuidado espiritual. Además, proporciona la idea de integrar en los planes de estudio de enfermería el concepto del cuidado espiritual, con el objetivo de mejorar la práctica profesional.

El cuidado espiritual se inicia al fomentar el contacto humano en una relación compasiva, lo cual potencia la dimensión espiritual de la salud del paciente y eleva la posibilidad de que su recuperación mejore al incentivar su esperanza y su participación en el tratamiento²⁶.

Los enfermeros deben estar preparadas para brindar a sus pacientes asistencia espiritual individualizada y deben saber las prácticas y creencias espirituales de estos. Se ha comprobado que las enfermeras no han sido capacitadas en el cuidado espiritual a lo largo de su formación; no obstante, admiten la relevancia de tratar este aspecto con sus pacientes como un componente integral y holístico del cuidado²⁶.

La teoría de Jean Watson es parte de la Escuela del Caring (cuidado). Las teorías de esta escuela afirman que los enfermeros tienen la capacidad de elevar el nivel de atención a las personas si se abren a aspectos como la cultura o la espiritualidad y si incorporan los conocimientos relacionados con dichas dimensiones²⁷.

La teoría del Cuidado Humano de Jean Watson , que se centra en la importancia de la relación entre el enfermero y el paciente, considerando a la persona en su totalidad (físico, mental y espiritual). Watson establece que el cuidado no es solo un proceso técnico, sino también un proceso de conexión emocional y espiritual entre el profesional de salud y el paciente²⁷.

El paciente en estado crítico es el que sufre una alteración de funciones vitales que ponen en peligro la vida, pero con oportunidades de recuperación. Trasladar a un paciente crítico a una unidad de terapia intensiva implica emplear soporte vital real o potencial, lo cual se entiende como todos los procedimientos farmacológicos y asistenciales instrumentales electrónicos que reemplazan o respaldan las funciones de sistemas u órganos comprometidos, poniendo en riesgo la vida del individuo. El paciente en estado crítica muchas veces requiere de procedimientos como intubación orotraqueal. La intubación y el uso de ventilación mecánica se indican en situaciones de insuficiencia respiratoria grave o para mantener la vía aérea abierta cuando el paciente no puede respirar de manera autónoma²⁸.

El paciente intubado con apoyo oxigenatorio es aquel que requiere de un tubo endotraqueal (intubación) para mantener la vía aérea abierta, generalmente en situaciones críticas. Estos pacientes reciben oxigenoterapia (apoyo de oxígeno adicional) para asegurar una adecuada oxigenación sanguínea, y pueden necesitar soporte ventilatorio de diferentes tipos:²⁸

Con ventilación mecánica: En algunos casos, los pacientes intubados no pueden respirar de forma autónoma debido a su condición clínica (por ejemplo, insuficiencia respiratoria grave). Por lo tanto, se les proporciona ventilación mecánica, que consiste en el uso de un ventilador para controlar y asistir el proceso de respiración, regulando la frecuencia respiratoria, el volumen tidal (volumen de aire por respiración) y la presión respiratoria²⁸.

Sin ventilación mecánica: En otros casos, el paciente puede estar intubado, pero la ventilación mecánica no es necesaria. Se puede usar oxígeno suplementario (por ejemplo, mediante una máscara o cánula) para mejorar la saturación de oxígeno en la sangre sin la intervención de un ventilador mecánico.

A continuación, te describo las necesidades de estos pacientes, así como los cuidados esenciales para garantizar su bienestar y la eficacia del tratamiento.

Monitoreo respiratorio

Control de parámetros respiratorios: Es crucial monitorizar los parámetros ventilatorios, como la frecuencia respiratoria, volumen tidal (VT), presión positiva al final de la espiración (PEEP), y fiO_2 (fracción inspirada de oxígeno). Este monitoreo permite ajustar el ventilador según las necesidades del paciente²⁹.

Gasometría arterial: Se realiza para evaluar la oxigenación y la ventilación, lo que ayuda a ajustar los parámetros del ventilador y la oxigenoterapia.

Manejo de la vía aérea

Posicionamiento adecuado del tubo endotraqueal: Es necesario asegurarse de que el tubo endotraqueal esté correctamente colocado en la tráquea, con monitoreo de la posición del tubo, para evitar complicaciones como la aspiración o la obstrucción de la vía aérea²⁹.

Aspiración de secreciones: Los pacientes intubados tienen una mayor producción de secreciones que pueden obstruir la vía aérea. Es necesario aspirar regularmente las secreciones para evitar infecciones respiratorias y mantener la permeabilidad de la vía aérea.

Prevención de úlceras por presión: El tubo endotraqueal puede causar lesiones en la mucosa de la tráquea. Es importante realizar cambios periódicos en la posición del tubo y mantener una adecuada humectación.

Manejo hemodinámico

Monitoreo de signos vitales: La monitorización de la presión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno es esencial para detectar cambios hemodinámicos importantes. Los pacientes intubados con ventilación mecánica suelen estar en un estado crítico y pueden experimentar alteraciones hemodinámicas²⁹.

Control de líquidos y balance hídrico: Estos pacientes suelen estar en riesgo de desequilibrios electrolíticos y de líquidos, por lo que es importante mantener un balance hídrico adecuado, administrando líquidos intravenosos y monitoreando la diuresis²⁹.

Cuidados nutricionales

Nutrición enteral o parenteral: Los pacientes intubados suelen tener una capacidad reducida para ingerir alimentos por vía oral, por lo que se requiere nutrición enteral (por sonda nasogástrica o gastrostomía) o parenteral (a través de una vía intravenosa) para satisfacer sus necesidades nutricionales³⁰.

Monitoreo de la glucosa: Dado que los pacientes críticos tienen mayor riesgo de alteraciones metabólicas, como la hiperglucemia, se debe monitorizar regularmente la glucosa y ajustar la administración de insulina si es necesario³¹.

Prevención de infecciones

Prevención de neumonía asociada al ventilador (NAV): Los pacientes intubados están en riesgo elevado de infecciones respiratorias, como la neumonía asociada al ventilador. Se deben seguir estrictas normas de asepsia al realizar procedimientos como la aspiración de secreciones y la manipulación del equipo de ventilación.

Antibioterapia profiláctica: En algunos casos, se administra antibióticos profilácticos para prevenir infecciones en pacientes críticos, especialmente si se identifican factores de riesgo.

Prevención de úlceras por presión: Los pacientes intubados y postrados en cama están en alto riesgo de desarrollar úlceras por presión. Se deben realizar cambios de posición frecuentes y usar dispositivos para aliviar la presión sobre las zonas vulnerables.

Manejo del dolor y la sedación

Sedación y analgesia: Muchos pacientes intubados requieren sedación y analgesia para aliviar el malestar causado por el tubo endotraqueal y el ventilador. Se usan fármacos como Propofol, Midazolam, o Fentanilo para mantener al paciente cómodo y libre de dolor³².

Monitorización de la sedación: Se debe ajustar la sedación en función de la respuesta clínica del paciente para evitar tanto la sedación excesiva como la insuficiente.

Apoyo psicológico y emocional

Comunicación no verbal: Los pacientes intubados pueden sentirse aislados y ansiosos debido a la incapacidad de comunicarse verbalmente. Se debe utilizar comunicación no verbal (como el uso de una pizarra, gestos o señales) para que el paciente pueda expresar sus necesidades o preocupaciones.

Apoyo familiar: Es esencial ofrecer apoyo emocional a la familia del paciente, ya que el entorno de la UCI puede ser estresante y angustiante.

Transición o retirada del ventilador mecánico

Evaluación para desconexión: Los profesionales de la salud deben evaluar cuidadosamente la capacidad del paciente para respirar de forma independiente antes de intentar la retirada del ventilador. Esto implica una evaluación de los parámetros respiratorios, la fuerza respiratoria y la oxigenación³¹.

Extubación: Si el paciente muestra signos de mejoría, se puede proceder con la extubación, lo que implica retirar el tubo endotraqueal y proporcionar oxígeno suplementario si es necesario³².

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un área especializada dentro de los hospitales, destinada a proporcionar atención médica avanzada y monitoreo continuo a pacientes que presentan condiciones graves o que están en estado crítico. Los pacientes en la UCI requieren atención inmediata debido a la inestabilidad de su salud, que puede comprometer su vida³².

La UCI está equipada con dispositivos de monitoreo, soporte vital y personal especializado para tratar diversas patologías, como insuficiencia respiratoria, shock, sepsis, entre otros. El manejo en la UCI está centrado en el cuidado intensivo y multidisciplinario de los pacientes. Los principios fundamentales incluyen:

Monitoreo continuo: Los pacientes en la UCI requieren monitoreo constante de sus signos vitales, gases sanguíneos, y parámetros hemodinámicos. El uso de tecnologías avanzadas como monitores de presión arterial, electrocardiogramas, oxímetros de pulso y ventiladores mecánicos es esencial para la estabilización del paciente.

Cuidado personalizado y holístico: El equipo de salud en la UCI trabaja de manera multidisciplinaria, incluyendo médicos intensivistas, enfermeras, terapeutas respiratorios y otros profesionales, para atender no solo las necesidades fisiológicas del paciente, sino también sus necesidades emocionales y psicológicas³².

Manejo Respiratorio en la UCI

Uno de los aspectos más críticos en la UCI es el manejo de la función respiratoria. Los pacientes pueden presentar insuficiencia respiratoria aguda debido a diversas condiciones, como enfermedades pulmonares graves, traumatismos, o infecciones. En estos casos, el manejo incluye³²:

✓ Intubación endotraqueal y ventilación mecánica: Se emplea para asegurar la permeabilidad de la vía aérea y proporcionar ventilación cuando el paciente no puede mantener la respiración por sí mismo.

✓ Oxigenoterapia y manejo de gases sanguíneos: El ajuste de la fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) y la monitorización de la gasometría arterial son cruciales para mantener una adecuada oxigenación y ventilación.

✓ Prevención de complicaciones respiratorias: Se deben implementar estrategias para prevenir la neumonía asociada al ventilador (NAV), como cambios de posición y aspiración regular de secreciones.

Manejo Hemodinámico y de la Circulación

El monitoreo hemodinámico es esencial para mantener la estabilidad cardiovascular en pacientes críticos. El manejo incluye³²:

✓ Monitorización de la presión arterial: El control preciso de la presión arterial es crucial para mantener la perfusión de órganos vitales. Se utilizan medicamentos vasopresores y vasodilatadores según sea necesario.

✓ Equilibrio de líquidos: Los pacientes en la UCI pueden estar en riesgo de deshidratación o sobrecarga de líquidos. La administración de líquidos intravenosos debe ser cuidadosamente equilibrada y monitorizada.

✓ Soporte con drogas vasoactivas: En caso de shock o hipotensión severa, se utilizan vasopresores, inotrópicos y otros medicamentos para estabilizar la presión arterial y mejorar la perfusión de órganos vitales.

Nutrición en la UCI

La nutrición enteral o parenteral es una necesidad básica en pacientes críticos, ya que su metabolismo se ve alterado por la enfermedad grave. La nutrición adecuada favorece la recuperación, mejora la función inmunológica y previene complicaciones como la debilidad muscular y las úlceras por presión³².

✓ Nutrición enteral: Siempre que sea posible, la alimentación enteral es preferible porque mantiene la integridad de la mucosa intestinal y reduce el riesgo de infecciones.

✓ Nutrición parenteral: En aquellos pacientes que no pueden recibir nutrición enteral, se utiliza la nutrición parenteral, administrada directamente por vía intravenosa.

Prevención de Infecciones

Los pacientes en la UCI son muy susceptibles a las infecciones debido a su condición crítica, la intubación, y los dispositivos médicos. El manejo para prevenir infecciones incluye³²:

✓ Asepsia estricta: El personal de la UCI debe seguir estrictas normas de higiene y procedimientos asépticos para reducir el riesgo de infecciones nosocomiales, como las infecciones del tracto urinario y la neumonía asociada al ventilador.

✓ Uso adecuado de antibióticos: La administración de antibióticos debe basarse en la evidencia de infecciones nosocomiales o patógenos identificados en cultivos, y debe realizarse de manera racional para evitar la resistencia antimicrobiana.

Sedación y manejo del dolor

El manejo del dolor y la sedación es fundamental para los pacientes en la UCI, especialmente en aquellos que están intubados o sometidos a procedimientos invasivos. Los pacientes pueden experimentar niveles altos de ansiedad, dolor y malestar debido al uso de ventilación mecánica y otros tratamientos³².

✓ Sedación consciente o profunda: El tipo de sedación (leve, moderada o profunda) dependerá del estado clínico del paciente y de su respuesta al tratamiento.

✓ Manejo del dolor: Se utilizan analgésicos opioides y no opioides, y se ajustan según las necesidades individuales del paciente.

Manejo psicológico y apoyo emocional

El apoyo psicológico es crucial en la UCI, tanto para los pacientes como para las familias. Los pacientes críticos, especialmente aquellos intubados y con ventilación mecánica, pueden experimentar altos niveles de ansiedad y estrés. Es importante proporcionar:

✓ Comunicación no verbal: Dado que los pacientes intubados no pueden hablar, se debe facilitar la comunicación mediante herramientas como pizarras o señales.

✓ Apoyo familiar: Es fundamental involucrar a la familia en el proceso de cuidado, informándoles sobre el estado del paciente y ofreciendo apoyo emocional.

Desconexión y retiro de ventilación mecánica

Una vez que el paciente ha mostrado mejoría, se puede evaluar la posibilidad de retirar la ventilación mecánica³²:

✓ Evaluación de la capacidad respiratoria: Se realizan pruebas para verificar si el paciente es capaz de respirar por sí mismo antes de intentar la extubación.

✓ Proceso de extubación: Si el paciente está listo, se retira el tubo endotraqueal y se le administra oxígeno suplementario si es necesario.

Definición del objeto de investigación

El cuidado enfermero de la dimensión espiritual a personas en estado crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos es el proceso interactivo entre el profesional de enfermería y la persona cuidada para tratar respuestas humanas que se relacionan con las necesidades espirituales, en el proceso de vivir y morir en el contexto de una unidad de cuidados intensivos de un hospital III de Es salud.

Este tipo de cuidado implica reconocer y respetar la dimensión espiritual del paciente, considerando el sentido que le da a la existencia, sus creencias, valores, y necesidades relacionadas con su bienestar interior, a fin de proporcionarles consuelo, apoyo emocional, esperanza y dignidad durante el proceso de enfermedad y tratamiento³³.

El profesional de enfermería, en su rol, busca facilitar un ambiente de confianza y seguridad para que el paciente a pesar de su incapacidad pueda comunicarse verbalmente debido a su estado crítico, pueda sentir apoyo en sus creencias espirituales o religiosas³³. Este cuidado necesariamente debe tener momentos de cuidado, se puede manifestar a través de gestos de empatía, escucha activa, y la posibilidad de hacer

referencia a prácticas religiosas o espirituales si el paciente así lo desea. Además, incluye la coordinación con otros profesionales como sacerdote, o quien haga sus veces, psicólogos o médicos para una atención integral que respete las creencias del paciente³³.

Este cuidado espiritual no solo busca aliviar el sufrimiento físico, sino también el dolor existencial y emocional que el paciente pueda experimentar en su proceso de enfermedad grave³³.

3.3. Marco contextual

La presente investigación se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) Es Salud nivel III de atención, ubicado en Plaza de la Seguridad Social s/n. Chiclayo - Lambayeque. Esta Institución cuenta con una alta tecnología y presenta diversas especialidades con personal altamente calificado, también se destaca por el trabajo multidisciplinario que realiza para proporcionar atención médica integral y de alta calidad a toda la Macro Región Lambayeque. Así mismo es un nosocomio de referencias de la macro región es decir, atiende a personas de diferentes edades y nivel social, espiritual, cultural, que presentan distintas patologías, por lo mismo requiere de profesional de enfermería con conocimientos científicos, y sobre todo humanísticos para brindar un cuidado holístico a la persona.

La Unidad de Cuidados Intensivos es un servicio del HNAAA que brinda atención a personas de la región y referidas de otras regiones que pertenecen a la microred de salud, que se encuentran en una situación clínica en la cual se ven alteradas una o varias funciones/sistemas vitales poniéndole así en potencial o real compromiso vital y que necesitan monitoreo y tratamiento constante, incluyendo el soporte para las funciones vitales, con estancia hospitalaria hasta 1 mes; así también dota de equipos tecnológicos como los monitores cardíacos, neurológicos, ventilación mecánica, sondas de alimentación, vías intravenosas, drenajes y catéteres.

La UCI cuenta con 17 camas separadas por distintas salas (A, B, C, D) , en la sala A tienen 4 camas, al igual que sala B 4 con camas, sala C presentan 6 camas, sala D cuenta con 3 camas todas las camas están separadas por bóxer, en la cual se brinda atención a pacientes adultos y pacientes pediátricos; con respecto al recurso humano cuenta con 40

enfermeras 08 por cada turno, con edades entre veintinueve y setenta años, y con amplia trayectoria .

El profesional de enfermería cumple con actividades que incluyen el monitoreo de signos vitales cada 2 horas , la colocación de vías intravenosas periféricas, colocación de sondas de alimentación, sonda Foley, administración de medicamentos por diferentes vías, terapia de oxígeno, nebulizaciones, aspiración de secreciones, cambios posturales cada 2 horas, curación de lesiones por presión, aseo diario corporal y bucal del paciente, instalación y manejo de ventiladores mecánicos, monitor cardíaco (volumenview), monitor para control de la PIC, uso del coche de paro en caso lo amerite, en algunas ocasiones colocación de línea arterial, catéter PICC, así mismo asiste en los procedimientos médicos invasivos como colocación de CVC, CAF, traqueostomías; junto con el personal médico traslada a pacientes a realizar exámenes complementarios como tomografías, ecografías y coordina para los exámenes auxiliares de laboratorio y banco de sangre así también, coordina con otros servicios para la transferencia de personas cuidadas.

El profesional de enfermería realiza múltiples intervenciones antes mencionadas enfocadas en la atención biológica y física de la persona observándose limitaciones en el cuidado espiritual debido al exceso de trabajo, tiempo reducido o falta de conocimientos sobre los cuidados espirituales para abordar las necesidades espirituales de las personas. A menudo, las actividades centradas en lo físico y biológico obstaculizan la atención espiritual que la persona requiere. Es importante tener en cuenta, que muchas de las personas que se encuentran hospitalizadas en el servicio, presentan mayor riesgo de muerte, debido a diferentes Co- morbilidades; es por eso la importancia de recalcar que el profesional de enfermería aborde cuidados espirituales en su cuidado. El escenario que se utilizó para realizar las entrevistas fue el comedor del servicio, previa coordinación con el jefe médico y la jefa de enfermeras.

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Tipo de investigación.

La investigación fue de tipo cualitativa, a partir de la interpretación de los discursos y los comportamientos de los investigados permitió caracterizar y analizar cómo ocurre el proceso del cuidado espiritual en el contexto de un hospital nivel III Essalud³⁴.

4.2. Trayectoria Metodológica

Para esta investigación fue el estudio de caso, indicado para investigar detalladamente como los profesionales de enfermería de la unidad de cuidados intensivos brindan cuidado espiritual a personas de la UCI, como un caso único bien delimitado. El análisis de un caso cualitativo tiene como objetivo comprender un fenómeno complejo mediante el estudio minucioso del comportamiento observable o la expresión verbal de un individuo, en su contexto natural³⁵.

La revisión de la bibliografía y la base teórica inicial son los fundamentos firmes sobre los que se desarrolla de manera continua el conocimiento. El estudio reveló el cuidado espiritual que brinda el profesional de enfermería, centrándose en los testimonios de estos, en la observación de sus comportamientos así como los documentos que ellos producen³⁶.

El análisis de caso desempeñó un rol significativo en la investigación, pues permitió obtener un entendimiento más extenso de fenómenos contemporáneos³⁶.

Una diversidad de fuentes informativas fue utilizada en el análisis del caso. Las investigadoras emplearon diversos métodos en diferentes circunstancias y momentos para recolectar datos, como entrevista abierta a profundidad, observación libre y análisis documental recopilando los datos sobre la atención espiritual que ofrece el personal de enfermería en personas en estado crítico. Los informes de los estudios de caso utilizaron un lenguaje claro y accesible.

En la investigación se consideraron las tres etapas sugeridas por Nisbet y Walt citado por Ludke: ³⁷.

Fase exploratoria o abierta:

El estudio de caso se inició con un plan de acercamiento a la realidad para poder conocer más detalladamente la problemática, permitiendo al investigador describirla y

plantearse interrogantes con el objetivo de definir claramente el objeto de estudio. De igual manera se revisó la bibliografía pertinente para conocer el estado del arte sobre el objeto de investigación³⁶.

Fase sistémica o de delimitación del estudio:

Después de determinar con precisión el problema de investigación, entender las características y el contexto de la muestra, las investigadoras procedieron a delimitar el objeto de estudio para luego recopilar sistemáticamente los datos de los sujetos de estudio utilizando técnicas como la entrevista abierta a profundidad, la observación libre y el análisis documental con sus respectivas guías para triangular la información³⁶.

Fase de análisis sistémico y la elaboración del informe:

Se procedió a organizar los datos recopilados en unidades de significado, subcategorías y categorías basadas en similitudes temáticas, relacionadas con el objeto y objetivo de la investigación. Posteriormente se analizaron las categorías y subcategorías, a través del análisis cualitativo temático. Finalmente se elaboró un informe detallado³⁶.

4.3. Población, muestra y muestreo.

Población: La población de la investigación en estudio estuvo conformada por 40 profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, durante los meses abril mayo 2025, así como sus notas sobre el cuidado que brinda a las personas bajo su cuidado.

- Criterios de inclusión: Profesionales de enfermería con al menos 3 meses trabajando en la UCI que brindaron su consentimiento informado y decidieron participar voluntariamente de la presente investigación y notas de enfermería de cada profesional de enfermería entrevistada y observada

- Criterios de exclusión: Los profesionales de enfermería que se encontraron de vacaciones o de licencia. Notas de enfermería poco legibles

Muestra: La muestra fue de 15 profesionales de enfermería y fue por saturación y redundancia, lo cual significa que la recolección finalizó cuando los discursos, las observaciones el análisis documental encontraron resultados similares repetitivos y no aportaron temas nuevos a la investigación.

4.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Antes de la recolección de datos el profesional de enfermería firmó su consentimiento informado descrito en el (Anexo N° 01). y la institución en estudio otorgó la autorización para ejecutar la investigación.

Para la recolección de los datos, se utilizó las siguientes técnicas: entrevista abierta a profundidad, de modo que el participante expresó sus opiniones y matizó sus respuestas acerca de los cuidados espirituales que brinda³⁸, y tuvo una duración de 20 a 30 min aproximadamente por cada profesional entrevistado y utilizó técnicas de profundización como el parafraseo, la repregunta, la confrontación y el resumen.

Otras técnicas que se emplearon fue la observación libre y el análisis documental, con el fin de explorar a detalle el cuidado espiritual que brinde el profesional de enfermería. La observación participante nos permitió conocer mejor lo que ocurrió sobre el objeto de investigación. Se distingue por el hecho de que el observador obtiene la información directamente del entorno natural y está en contacto con los individuos que observa.³⁹. La información de un documento se presenta en un registro estructurado mediante el análisis documental, que disminuye todos los datos descriptivos tanto físicos como de contenido⁴⁰. Todo ello en atención al principio del estudio de caso de recurrir a diversas fuentes de información, para triangular los datos:

Las investigadoras elaboraron una guía de entrevista abierta y detallada para el enfermero, con el fin de recolectar datos (Anexo N.º 02) cuya pregunta inicial será ¿Relate Usted de la manera precisa posible el cuidado espiritual a personas en estado crítico de la Unidad de Cuidados Intensivos en un hospital nivel III Chiclayo. Dicha guía se aplicó a cada profesional de enfermería de manera presencial, asignándoles seudónimos para preservar su confidencialidad; se realizó en el comedor de la unidad de cuidados intensivos y en los minutos libres que tuvo el profesional de enfermería.

Otro instrumento fue la guía de observación libre, posibilitando la descripción y caracterización del objeto a un grado de profundidad y complejidad que sería inalcanzable solo con el uso de los sentidos. Esta observación libre se aplicó en cada turno diurno,

cuando el profesional de enfermería estuvo realizando sus labores en la unidad de cuidados intensivos .

De igual manera se desarrolló una guía de análisis documental (Anexo N.º 03), la cual constó de: fuentes primarias de información, como las historias clínicas, que incluyen el diagnóstico médico correspondiente y la duración de la estancia hospitalaria del paciente; y los criterios de análisis. Dicha guía se realizó también en cada turno diurno, cuando el profesional de enfermería estuvo realizando sus labores en la unidad de terapia intensiva.

La validación de los instrumentos se realizó mediante el juicio de 04 expertos, con experiencia en el área, en la investigación y sobre todo en temas relacionados con los cuidados espirituales y con compromiso ético.

4.5. Método de procesamiento de los datos

En la investigación los datos obtenidos fueron procesados a través del análisis de contenido. El análisis de contenido es un procedimiento sistemático que tiene como objetivo identificar, comprender y describir los elementos de una unidad de información específica, la cual se organiza y resume para facilitar la comprensión de su significado. El propósito de este procedimiento es analizar datos no numéricos para comprender ideas, puntos de vista o vivencias. Se utilizan métodos de recolección cualitativa para lograr esto y así obtener percepciones profundas sobre un tema de investigación.⁴¹ El análisis de datos constó de tres etapas:

La primera etapa fue preanálisis dando inicio a la organización propiamente dicha en donde las investigadoras formularon guías de trabajo de análisis que se emplearon en cada participante con los datos más relevante acorde con el objetivo del estudio. A partir de las primeras impresiones se procedió a organizar las entrevistas escuchando las grabaciones, prestando atención en el contenido de la conversación con el profesional de enfermería, luego fueron transcritas palabra por palabra. Posteriormente se revisaron y organizaron los datos obtenidos en la guía de la observación libre y la guía del análisis documental es decir la información obtenida de los registros de enfermería. Este proceso de preanálisis permitió realizar conjeturas sobre el cuidado espiritual del profesional de enfermería del servicio de cuidados intensivos de un hospital nivel III ya que tuvo por objetivos: coleccionar

los documentos y establecer indicadores que den cuenta de temas presentes en el material analizado⁴².

La segunda etapa fue la codificación, en el cual se realizó la transformación de los datos brutos a datos útiles. Se fraccionó el texto en primer lugar, dividiéndolo en unidades de significado para obtener resultados a partir de los elementos significativos. Esto facilitó el análisis de cada uno de los fragmentos obtenidos, teniendo en cuenta las preguntas y objetivos del estudio. La codificación nos posibilita sintetizar nuestros datos en unidades que se pueden analizar y, de ese modo, examinar cuidadosamente lo que nuestros datos intentan comunicar. La codificación nos asiste para pasar de los datos a las ideas.⁴³ Las unidades de significado se eligieron en esta fase y se les colocaron un nombre de acuerdo con el tema que evidencien.

Finalmente la tercera etapa fue de categorización, conllevó la organización y clasificación de las unidades adquiridas según criterios de diferenciación, cuyos resultados fueron analizados y categorizados. Se hicieron agrupaciones considerando que las subcategorías y categorías definidas están relacionadas tanto con el tema de estudio como con la meta de la indagación. Se crearon vínculos entre estas unidades, contrastando la realidad con otras fuentes bibliográficas y los puntos de vista de las investigadoras⁴⁴.

La discusión de los resultados tuvo lugar identificando la trascendencia para los investigados y para la profesión, la confrontación con el contexto, la teoría de base y los antecedentes, las limitaciones encontradas y las líneas de investigación que surgen.

4.6. Principios éticos

Con el objetivo de garantizar los derechos de las personas de la investigación, se tomaron en cuenta los siguientes principios éticos según el Informe Belmont⁴⁵:

Principio de Beneficencia: cuidando de minimizar los riesgos, para maximizar los beneficios, las personas no solo fueron protegidas del daño y se respetaron sus condiciones, sino que además se realizaron esfuerzos para garantizar su bienestar. La información obtenida fue utilizada solo como medio de investigación; las investigadoras lograron que los participantes logren obtener el máximo de ventajas que el estudio pudo ofrecerles, sin dañar sus intereses y metas, en mejoras de los procesos de cuidados espirituales y calidad del cuidado⁴⁵.

Principio de Respeto a la Persona: en donde los participantes se comportaron de acuerdo con sus valores, principios y creencias personales; así mismo se respetó el derecho para decidir si participa o no en el estudio⁴⁴ y guardar la información confidencialmente.

Principio de justicia: Los profesionales de enfermería fueron tratados todos por igual sin discriminación alguna durante toda su participación⁴⁵.

CAPITULO III: RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

El objeto de estudio de la presente investigación es el cuidado espiritual brindado al paciente crítico, el cual ha sido definido como la interacción entre el profesional de enfermería y el paciente para diagnosticar y tratar respuestas humanas que se relacionan con las necesidades espirituales³³, en el proceso de vivir y morir mientras se aplica el cuidado enfermero en sus 5 etapas en el contexto de una unidad de cuidados intensivos de un hospital III de Es salud y considerando las taxonomías internacionales NANDA , NIC y NOC.

Este tipo de cuidado implica valorar y respetar las necesidades espirituales del individuo bajo cuidado, considerando el sentido que le da a su existencia, sus creencias, valores, y necesidades relacionadas con su bienestar interior, a fin de proporcionarles consuelo, apoyo en términos de dignidad, esperanza y emociones durante el proceso de enfermedad y tratamiento³³.

El profesional de enfermería busca facilitar un entorno de seguridad y confianza para que la persona cuidada a pesar de su estado crítico pueda sentir que está recibiendo un trato digno, que se le respeta como persona considerando sus valores, su cultura y sus creencias³³; le ofrece momentos de cuidado a través de su lenguaje no verbal con expresiones corporales como postura, tacto, contacto visual, expresiones faciales que refuercen su fe y esperanza, permitiéndole a la familia sus prácticas religiosas³³.

Sin embargo en la realidad donde se ha realizado el estudio se ha podido identificar que el enfermero no tiene conocimientos sobre el cuidado espiritual en su trabajo diario, lo que prioriza la satisfacción de las necesidades para sobrevivir postergando la satisfacción de estas necesidades debido tal y como se demuestra en las siguientes categorías y subcategorías:

I. SUSTENTANDO EL CUIDADO ESPIRITUAL EN ESCASO CONOCIMIENTO DE LA ESPIRITUALIDAD.

1.1. Formación espiritual de la enfermera sustentado en la religiosidad.

“.....Siempre me acerco a mi paciente y hago una oración encomendando su nombre para que pueda estar siempre en las manos de Dios mi cuidado como mi paciente.....”
(Margarita exp. 5 años)

“.....Yo en particular suelo rezar por mis pacientes antes de iniciar mi turno...”
(Girasol exp. 6 años)

“.....Vivo la espiritualidad siendo empática en primer lugar con el paciente, pero también con la familia al momento que ingresa la visita, dando una comunicación asertiva, dando el apoyo emocional que ellos necesitan.....” (Jazmin exp. 6 años).

1.2. Escaso conocimiento de las necesidades espirituales

“.....Bueno, al acostarme siempre rezamos, vamos a misa una vez al mes con mis hijitas, soy bien creyente de la Virgen de Guadalupe.” (Clavel exp. 5 años)

“.....Yo creo que la espiritualidad está ligada a nosotros, al trato que tenemos con las demás personas en torno a lo que Dios quiere que hagamos.” (Tulipan exp. 5 años)

“.....Yo soy creyente pero no profeso ninguna religión, creo en Dios, rezo todos los días pero no soy creyente de ir a una iglesia.” (Lirio exp. 7 años)

II. LA RUTA INCOMPLETA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO ESPIRITUAL

2.1 Escasa valoración espiritual por el profesional de enfermería

“...Cuando mi paciente está despierto observé en su rostro tristeza y al preguntarle me refiere: señorita estoy así porque Dios me ha abandonado, seguro hecho algo malo para estar aquí, y le dije no digas eso, tranquilo...”(Orquidea exp. 6 años)

“... Al entrar al turno veo la angustia en el paciente por el procedimiento que le van a realizar (toracocentesis), en ese momento estuve más pendiente por el material que tenía que utilizar el médico para el procedimiento y no me dio tiempo de calmar la angustia del paciente.” (Dalias exp. 8 años)

2. 2 Falta de registros de diagnósticos de enfermería relacionados con el cuidado espiritual

“...No realizo diagnósticos de enfermería por la demanda de trabajo, llega el paciente y tenemos que invadirlo y con eso me refiero a colocarle línea arterial, colocar CVC, intubarlo si fuese el caso, etc.”(Amapola exp. 7años)

“...En el servicio no tenemos una hoja específica donde valores o emitas diagnóstico de la parte espiritual de los pacientes.”(Geranio exp. 6años)

“...No sé cuál podría ser un diagnóstico específico de la parte espiritual.” (B6)

“...Para poder escribir dx de NANDA tendría que volver a leer, ya que todos los años se actualiza y los diagnósticos cambian.”(Lavanda exp. 7años)

2.3 Falta de evidencia de la planificación de los cuidados espirituales

“...Ahorita como planificación no, e incluso la hoja de valoración en donde hay un ítem de religión ya no lo van a considerar, nada de religiosidad, en ese aspecto vamos a retroceder...” (Gardenia exp. 6años)

“...En lo personal no, no realizo planificación ya que en la nueva hoja de valoración hay un ítems de religiosidad, pero de ahí no planifico...” (Begonia exp. 6años)

2.4 Transitando hacia el paradigma de transformación en la ejecución de intervenciones para el cuidado espiritual.

“...siempre tomo de la mano a mi paciente y les digo que tengan fe y tenga confianza en Dios...Hacemos una oración en el momento del ingreso de sus familiares por su mejoría ...”(Gladiolo exp. 7años)

"Rezo con ellos si lo permiten, o simplemente les leo algún texto que les reconforte..." (Campanilla exp. 6años)

*“.....señor no se ponga triste, piense que esta situación es una nueva oportunidad para mejorar su vida, para meditar y perdonarse y perdonar a sus familiares.....”
(observaciones de las investigadoras a Mg. Sol, 26 a de exp., doc univ)*

“.....Señora todos somos de la muerte, hay que tener fe, que DIOS nos brindara una mejor vida después de ésta.....” (observaciones de las investigadoras a Lic. Luna, 24 a de exp., doc. univ)

“..... señor en esta vida estamos de paso, nadie es eterno, es un proceso que todos los seres humanos vamos a pasar, (observaciones de las investigadoras a Mg. Mar, 20 a de exp., doc univ)

“.....Señor mirémoslo desde este punto de vista, usted ha realizado buenas obras durante su vida, ha sido un excelente docente universitario mire a sus alumnos que ha formado todos vienen a visitarlo, eso es trascender a través de ellos .” (observaciones de las investigadoras a Lic. estrellita, 20 a de exp.)

“.....señor usted debe sentirse satisfecho de haber logrado que sus hijos sean profesionales, no todos dejan a sus hijos con una carrera bajo el brazo, que eso le brinde la tranquilidad que necesita .” (observaciones de las investigadoras a Lic. Nube, 18 a de exp.)

2.5 Inexistencia de evaluación del cuidado espiritual por los enfermeros

Durante la observación participante durante el cambio de turno, en donde las enfermeras realizan un recorrido por cada paciente. Algunas de ellas interactúan brevemente, preguntando sobre su estado y notando posibles signos de mejoría. Sin embargo, se observó que no todas evalúan si las intervenciones espirituales brindadas han tenido un impacto significativo en el estado del paciente. Esta omisión en la evaluación fue también corroborada en el análisis documental, donde no se encontró referencia alguna a esta etapa del proceso de atención. (Investigadoras 1 y 2).

III. LIMITACIONES PARA BRINDAR CUIDADO ESPIRITUAL

3.1 Sobrecarga laboral y predominio de lo técnico sobre lo humano.

“.....No realizo cuidados de enfermería enfocados en la espiritualidad por la demanda de trabajo, llega el paciente y tenemos que invadirlo y con eso me refiero a colocarle línea arterial, colocar CVC, trasladarlo a tomografías, intubarlo si fuese el caso, etc.....” (Clavel exp. 5 años)

“.....A veces siento que paso más tiempo frente a monitores que frente al paciente, y eso me limita para acercarme de manera más humana.....” (Girasol exp. 6 años)

3.2 Falta de formación y preparación en competencias espirituales

“.....No hemos recibido capacitación sobre cómo abordar la espiritualidad, a veces no sé cómo hacerlo sin imponer mis creencias.....” (Amapola, exp. 7 años)

“.....Todo lo que hago en cuanto a espiritualidad es por iniciativa propia, pero la universidad nunca nos enseñó cómo hacerlo en un hospital.....” (Lirio exp. 7 años)

CAPITULO IV: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La espiritualidad ha emergido como una dimensión esencial en el cuidado integral del ser humano, particularmente en situaciones de alta vulnerabilidad, a partir de una mirada comprensiva del fenómeno espiritual³⁴, este proyecto organizó su análisis en tres categorías:

La primera categoría "Sustentando el cuidado espiritual en escaso conocimiento de la espiritualidad" en la cual se evidenció que el conocimiento sobre la espiritualidad muchas veces es limitado ya sea por la falta de acceso a la información o una falta de interés sobre este tema por parte del profesional de enfermería, el cual conlleva a brindar un cuidado espiritual inadecuado.

La segunda categoría, "La ruta incompleta del proceso de enfermería en el cuidado espiritual", reveló cómo el cuidado espiritual es frecuentemente subvalorado o insuficientemente estructurado dentro del proceso de cuidado. En esta línea, se describieron problemas como la *escasa valoración espiritual por el profesional de enfermería, ausencia de registros de diagnósticos enfermero del cuidado espiritual, falta de evidencia de la planificación y ejecución, y la inexistencia de una evaluación sistemática de las intervenciones* espirituales que realiza el profesional de enfermería dentro del área UCI.

La tercera categoría, "Limitaciones para brindar cuidado espiritual", reveló que los expertos en enfermería tienen conciencia de lo relevante que es el cuidado espiritual en pacientes críticos, pero no siempre logran brindarlo de manera plena debido a distintas barreras. Estas limitaciones pueden deberse a falta de tiempo por la sobrecarga laboral, carencia de formación específica en el tema, ausencia de guías clínicas de enfermería, sobre el cuidado de esta dimensión, diferencias culturales o religiosas entre paciente–familia–personal de salud, e incluso la poca prioridad que se le da frente a lo estrictamente biomédico.

En conjunto, esta categoría muestra que, aunque el personal de enfermería tiene la disposición de atender la dimensión espiritual, el contexto de la UCI y las condiciones institucionales restringen esa práctica, dejando en evidencia la necesidad de mayor apoyo, recursos y capacitación para poder ofrecer un cuidado holístico.

Dentro del abordaje del cuidado espiritual en personas en estado crítico, la teoría de *Cuidado Humano de Jean Watson* nos ofrece un marco conceptual fundamental para entender la relevancia de atender lo espiritual en la práctica enfermera. Watson plantea que el cuidado auténtico trasciende lo físico para integrar las dimensiones emocionales, espirituales y existenciales del ser humano su enfoque humanista y transpersonal considera que el vínculo enfermero-paciente es un espacio sagrado donde pueden emerger procesos de sanación profunda⁴⁶.

En este sentido, las categorías identificadas en este estudio reflejan tanto los ideales promovidos por Watson como las brechas que aún persisten para alcanzar un cuidado verdaderamente holístico y espiritual en entornos críticos como la UCI.

A continuación, se desarrolla las categorías del objeto de estudio.

I. Sustentando el cuidado espiritual en escaso conocimiento de la espiritualidad.

En la atención integral del individuo en estado crítico, el cuidado espiritual es un elemento fundamental, especialmente en entornos como las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). Sin embargo, la escasa formación en espiritualidad del profesional de enfermería limita la identificación y cumplimiento de las necesidades espirituales de las personas cuidadas. La religiosidad personal de las enfermeras puede servir como base para el cuidado espiritual, pero es necesario fortalecer la formación académica en este ámbito para garantizar una atención holística y humanizada⁴⁷.

El abordaje a las necesidades de tipo espiritual de los pacientes como parte del cuidado holístico, no se limita a las prácticas religiosas, sino que abarca un espectro más amplio de creencias, valores y experiencias que dan sentido a la vida del paciente. El profesional de enfermería desempeña un papel crucial en la atención espiritual, escuchando las preocupaciones de los pacientes, ofreciendo apoyo emocional y facilitando prácticas espirituales cuando sea apropiado. Comprender el cuidado espiritual significa reconocer su importancia para promover el bienestar general y reconocer que abordar las necesidades espirituales puede influir de manera importante en la calidad de vida y la recuperación del paciente⁴⁸.

En el contexto de las UCI, donde los pacientes enfrentan situaciones de alta vulnerabilidad, el reconocimiento y la gestión de las necesidades espirituales se vuelve aún

más crucial, la falta de conocimiento en este ámbito puede llevar a una atención fragmentada, centrada únicamente en aspectos físicos y técnicos, sin considerar el aspecto espiritual del paciente.

Esta categoría surge de las siguientes subcategorías:

1.1. Formación espiritual de la enfermera sustentado en la religiosidad.

La espiritualidad en la práctica de enfermería es reconocida como una dimensión esencial del cuidado integral. Sin embargo, la formación académica en este ámbito es frecuentemente limitada, lo que conduce a que las enfermeras basen su práctica espiritual en creencias personales y experiencias individuales⁴⁹. Este fenómeno se observa en los testimonios de enfermeras que, sin una formación específica, integran la oración y la empatía en su atención diaria, así como se evidencia en los relatos:

“.....Siempre me acerco a mi paciente y hago una oración encomendando su nombre para que pueda estar siempre en las manos de Dios mi cuidado como mi paciente.....”

(Margarita exp. 5 años)

“.....Yo en particular suelo rezar por mis pacientes antes de iniciar mi turno...”

(Girasol exp. 6 años)

“.....Vivo la espiritualidad siendo empática en primer lugar con el paciente, pero también con la familia al momento que ingresa la visita, dando una comunicación asertiva, dando el apoyo emocional que ellos necesitan.....” *(Jazmin exp. 6 años)*

Se pudo comprobar durante la observación participante que los profesionales de enfermería al finalizar su reporte general suelen realizar una oración para que les vaya bien en su turno. Así mismo algunos enfermeros suelen orar con sus pacientes asignados para su pronta recuperación y luego inician con sus actividades diarias. *(Investigadora 1 y 2)*

En los relatos y en las observaciones, se refleja una espiritualidad vivida de manera flexible y personalizada basada en la religión, donde la oración se activa en función de una necesidad interior, evidenciando una espiritualidad adaptativa y significativa. Estas prácticas, aunque valiosas, pueden carecer de una fundamentación teórica sólida que las sustente.

Al respecto Villalobos et al⁵⁰. indica que, aunque los profesionales de enfermería reconocen las dimensiones del "Ser" e identifican y suplen las necesidades, el concepto de

cuidado espiritual no está claramente definido en su formación, lo que limita su implementación efectiva en la práctica clínica.

Por otro lado, estudios como el de Sánchez et al⁵¹. evidencian que el cuidado espiritual es un proceso que se adapta y es individual, fundamentado en las especificidades de la enfermería, así como en el cuidado del individuo, sus familiares y la comunidad. Cuando la enfermera respeta las creencias del paciente, mejora su interacción con él, ayudando a aliviar sus males. Los principios de amor-bondad, la compasión y la ecuanimidad están relacionados con la filosofía Caritas Veritas que propone Jean Watson.

En última instancia, las investigadoras creen que la religiosidad individual de las enfermeras intensivistas puede enriquecer el cuidado espiritual, pero es fundamental que en su formación académica en enfermería incluya contenidos específicos sobre espiritualidad que sobrepase la religión y las creencias individuales. La espiritualidad abarca la conexión con uno mismo y con el entorno natural, y es importante considerarla porque mejora la calidad de vida de una persona.

El tener conocimiento sobre la espiritualidad permitirá a las enfermeras de UCI brindar una atención más integral, fundamentada y respetuosa de las creencias y necesidades espirituales de los pacientes.

1.2. Escaso conocimiento de las necesidades espirituales

La espiritualidad es reconocida como una dimensión esencial en el cuidado integral del paciente, especialmente en entornos críticos como las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)⁵². Sin embargo, diversos estudios han evidenciado que el profesional de enfermería presenta un conocimiento limitado sobre las necesidades espirituales de los pacientes, lo que puede afectar la calidad del cuidado brindado.

Dado que la enfermería es una profesión dedicada al cuidado, cuya misión es aliviar el dolor humano a través de su presencia, se necesita mejorar las habilidades y los conocimientos. La enfermera tiene que incluir en el cuidado el aspecto espiritual como un elemento del proceso de interacción para promover la conexión del paciente con lo que considera sagrado. Aunque varias teorías de enfermería apoyan la importancia de proporcionar atención espiritual, hay problemas en las enfermeras para brindar esta atención. Uno de estos problemas es que no están preparadas en el área de la espiritualidad⁵³.

En este contexto, los testimonios recolectados de las enfermeras reflejan una espiritualidad personal que, si bien es significativa para su vida privada, no necesariamente se traduce en una comprensión o atención estructurada de las necesidades espirituales de los pacientes en estado crítico, así como se evidencia en el siguiente discurso:

“.....Bueno, al acostarme siempre rezamos, vamos a misa una vez al mes con mis hijitas, soy bien creyente de la Virgen de Guadalupe.” (Clavel exp. 5 años)

“.....Yo creo que la espiritualidad está ligada a nosotros, al trato que tenemos con las demás personas en torno a lo que Dios quiere que hagamos.” (Tulipán exp. 5 años)

“.....Yo soy creyente pero no profeso ninguna religión, creo en Dios, rezo todos los días pero no soy creyente de ir a una iglesia.” (Lirio exp. 7 años)

Estos relatos sugieren una espiritualidad vivida de manera personal y familiar, pero no necesariamente integrada en la práctica profesional de enfermería. La falta de formación específica en espiritualidad puede llevar a que las enfermeras confundan las necesidades espirituales con otras dimensiones del cuidado, como las emocionales o psicológicas, y a que no reconozcan la importancia de abordar estas necesidades de manera sistemática y respetuosa.

Las investigadoras evidencian que, a pesar de que el enfermero comprende la relevancia de la atención espiritual, muchas enfermeras carecen de capacitación específica en este campo. Esto se traduce en una atención deficiente de las necesidades de carácter espiritual de los pacientes en estado crítico, especialmente en situaciones de sufrimiento. Además, la falta de protocolos claros y la escasa documentación del cuidado espiritual dificultan su implementación efectiva en la práctica clínica.

Al respecto una investigación realizada en el Hospital Nacional Hipólito Unanue de Lima encontró que el 57,5% de las enfermeras tenían un conocimiento deficiente sobre el Proceso de Atención de Enfermería en el cuidado de la salud espiritual⁵³.

Las investigadoras consideran finalmente que, a pesar de la importancia de la espiritualidad en el cuidado del paciente, el personal de enfermería en unidades críticas carece de la formación y herramientas necesarias para tratar apropiadamente las necesidades espirituales de los pacientes en condición crítica. Los cuidados espirituales, van más allá de lo físico y lo clínico; se centran en la persona como un ser integral,

fortalecen la esperanza y el sentido de vida en situaciones de enfermedad, dolor o incluso al final de la vida, la espiritualidad puede darle al paciente fuerzas para afrontar la realidad, encontrar consuelo y mantener la esperanza. Así mismo reducen el sufrimiento ya que la conexión espiritual puede disminuir la ansiedad, el miedo y la soledad. Una enfermera de la UCI que acompaña con respeto y empatía ayuda a que el paciente no se sienta solo en su proceso de recuperación.

II. LA RUTA INCOMPLETA DEL PROCESO ENFERMERO EN EL CUIDADO ESPIRITUAL

La aplicación del PE permite ofrecer al enfermero un cuidado continuo y personalizado de alta calidad, conforme a la importancia de las necesidades de la persona cuidada. Así mismo permite conocer objetivos integrales y holísticos facilitando la comunicación, fortaleciendo los conocimientos, y aumentando la satisfacción en el trabajo⁵⁴.

La aplicación del PE su propósito es cubrir las necesidades espirituales en el cuidado espiritual, a través de su valoración, el establecimiento de juicios clínicos sobre estas necesidades, a partir de los cuales se planificarán los resultados, los indicadores, las intervenciones y actividades, las mismas que se ejecutarán y evaluarán; sin embargo al ser esta dimensión poco conocida por los enfermeros, generalmente estas etapas no se aplican de manera sistematizadas, profunda y ordenada tal y como se evidencia en las siguientes subcategorías que dieron lugar a esta categorías.

2.1 Escasa valoración del personal de enfermería en el aspecto espiritual

La valoración constituye la primera etapa del PE y se define como un método sistemático y organizado para reunir información sobre la salud de un individuo, utilizando varias fuentes. Durante esta etapa, el profesional de enfermería puede captar expresiones verbales y no verbales que revelan aspectos profundos de la espiritualidad del individuo, tales como emociones, creencias, percepciones sobre su enfermedad, y su sentido de propósito o trascendencia⁵⁵.

Esto se hace evidente en los discursos que siguen, observaciones y análisis documental realizado por las investigadoras:

“...Cuando mi paciente está despierto observé en su rostro tristeza y al preguntarle me refiere: señorita estoy así porque Dios me ha abandonado, seguro hecho algo malo para estar aquí, y le dije no digas eso, tranquilo...”(Orquidea exp. 6años)

“... Al entrar al turno veo la angustia en el paciente por el procedimiento que le van a realizar (toracocentesis), en ese momento estuve más pendiente por el material que tenía que utilizar el médico para el procedimiento y no me dio tiempo de calmar la angustia del paciente.”(Dalias exp. 8años)

Por otro lado, a lo largo de la observación participante las investigadoras se percataron que ciertas enfermeras asistenciales realizan una valoración rápida y superficial de la dimensión espiritual a fin de tener más tiempo para cumplir con las indicaciones dadas por los médicos, llegar a administrar el tratamiento completo o realizar algún tipo de procedimiento invasivo. (Investigadora 1 y 2).

Al revisar las notas de enfermería durante el análisis documental no se observa que el profesional de enfermería haya realizado una valoración en el paciente en el contexto espiritual. (Análisis documental de 05 notas de enfermería).

En los relatos, las observaciones y en el análisis documental; la respuesta del profesional de enfermería: “no digas eso, tranquilo”, si bien refleja empatía emocional, también evidencia una limitación en la comprensión del sufrimiento espiritual, al brindar una respuesta tranquilizadora sin profundizar en el significado de lo expresado por el paciente, cerrando la posibilidad de un acompañamiento más profundo.

El profesional de enfermería al estar más atento a sus materiales para el procedimiento no realiza una valoración eficaz que contemple el acompañamiento espiritual previo a un procedimiento invasivo. La ansiedad y el miedo ante lo desconocido pueden tener connotaciones espirituales profundas, relacionadas con la vulnerabilidad humana y deben ser abordadas con profesionalismo.

Similares resultados han sido encontrados por Torres, quien demostró que el profesional de enfermería se preocupa más por las actividades, procedimientos, curación, y se evidencia que existe falta de propuestas de parte del profesional para el mejoramiento y aplicación del PE y el compromiso para que ésta herramienta sea aplicada de la mejor manera, ya que no existe un registro claro y completo desde la valoración para cumplir con

los objetivos del PE, el profesional que resta importancia a esta herramienta también refleja la poca aplicación del PE en las unidades de trabajo⁵⁶.

Las investigadoras consideran finalmente que la escasa valoración del profesional de enfermería en el aspecto espiritual da cuenta de una brecha significativa en la percepción y aplicación de esta dimensión del cuidado. La falta de valoración se traduce en la ausencia de una actitud receptiva hacia las señales espirituales que los pacientes pueden manifestar, o por falta de tiempo en donde el recojo de datos subjetivos sobre la espiritualidad en el paciente es de manera rápida, intuitiva o por repetición.

2.2 Falta de documentación acerca de diagnósticos enfermeros relacionados con la dimensión espiritual

El registro de diagnóstico es la segunda etapa del proceso enfermero, el cual se establece después de haber hecho una evaluación completa de todos los aspectos del individuo, enfocándonos en este caso particular en la dimensión espiritual. A partir de esta valoración, la enfermera está en condiciones de emitir un juicio clínico que identifique una circunstancia de bienestar, un peligro posible o una cuestión de salud concreta relacionada con el ámbito espiritual⁵⁷.

En la taxonomía de enfermería NANDA, podemos distinguir las necesidades de cuidado, entre las que se incluyen el sufrimiento espiritual, la desesperanza, el miedo, el deterioro de la religiosidad y la ansiedad frente a la muerte. En ella incluye “sufrimiento espiritual” con código (00066) como el debilitamiento de la habilidad que tiene una persona para encontrar sentido y propósito en la vida mediante su relación con el yo, con Dios, con la naturaleza o con el arte⁵⁷.

La omisión del componente espiritual en los registros de enfermería puede estar asociada a diversos elementos, incluyendo la carencia de capacitación específica, el desconocimiento de herramientas para valorar esta dimensión, o incluso la percepción de que la atención espiritual no forma parte de las competencias propias del rol profesional⁵⁶.

Por tanto, abordar la ausencia de diagnósticos de enfermería vinculados al cuidado espiritual no solo implica reconocer una debilidad en los procesos de documentación, sino también replantear el modelo de atención enfocado en el individuo, fortaleciendo la formación del profesional de enfermería y promoviendo una cultura institucional que valore y visibilice todas las dimensiones del cuidado.

Lo que se ha descrito se verifica con los siguientes discursos, observaciones y análisis documental realizado por las investigadoras:

Recuerden que los discursos los han colocado en los resultados

“.....No realizo diagnósticos de enfermería por la demanda de trabajo, llega el paciente y tenemos que invadirlo y con eso me refiero a colocarle línea arterial, colocar CVC, intubarlo si fuese el caso, etc.”(Amapola exp. 7 años)

“.....En el servicio no tenemos una hoja específica donde valores o emitas diagnóstico de la parte espiritual de los pacientes.”(Geranio exp. 6 años)

“.....No sé cuál podría ser un diagnóstico específico de la parte espiritual.” (B6)

“.....Para poder escribir dx de NANDA tendría que volver a leer, ya que todos los años se actualiza y los diagnósticos cambian.”(Lavanda exp. 7 años)

En la observación participante se observó que los enfermeros no registran diagnósticos enfermeros derivados de la valoración respectiva, se observa que existe mucha demanda de los cuidados en cada paciente que tienen a su cargo debido al estado de complejidad que tiene cada paciente (Investigadora 1 y 2).

Al revisar las notas de enfermería durante el análisis documental no se observan , ningún tipo de diagnósticos enfermeros en el contexto espiritual. (Análisis documental de 05 notas de enfermería).

En los testimonios, las observaciones y en el análisis documental antes mencionado se evidencia una sobrecarga laboral y una priorización del cuidado práctico, cuando hablamos de "invadir" nos refleja la predominancia de las intervenciones invasivas y urgentes que se dan en la UCI, características del contexto hospitalario de alta complejidad. En este

entorno, lo espiritual queda desplazado por las demandas inmediatas del cuidado físico, siendo el diagnóstico espiritual percibido como un lujo o una actividad secundaria, no prioritaria, lo que refuerza su escasa visibilidad.

Así mismo en otro discurso, se evidencia una barrera institucional; la ausencia de formatos o instrumentos específicos para registrar aspectos espirituales refuerza la desconexión entre el discurso del cuidado integral y la práctica concreta. Esta falta de estructura formal impide que lo espiritual sea incluido de manera sistemática, convirtiéndose en una omisión más por diseño que por negligencia individual.

Se refleja una limitación en la formación y conocimiento clínico-teórico, en el cual la enfermera admite desconocer cómo identificar diagnósticos espirituales, lo cual es un indicio de vacíos curriculares o de actualización profesional en el uso de taxonomías diagnósticas como NANDA-I. Esta falta de claridad conceptual impide que el profesional traduzca la valoración espiritual en un lenguaje diagnóstico estandarizado.

Similares resultados han sido encontrados por Rojas J. en donde evidenció que aunque los profesionales manifiestan no aplicar el PE, claro que realizan acciones propias de cada etapa, o sea, hacen evaluaciones, planificaciones e intervenciones; sin embargo, en menor medida formulan diagnósticos y valoran. A pesar de que los expertos en enfermería valoran el PE como un componente que proporciona identidad profesional, no lo utilizan como metodología para la atención, no lo implementan en el entorno institucional y carecen de los procedimientos apropiados para su registro⁵⁸.

Esta subcategoría refleja una brecha significativa entre la práctica asistencial y la documentación clínica, lo que puede traducirse en una atención incompleta, fragmentada o poco personalizada por parte del profesional de enfermería.

Es por ello que las investigadoras consideran finalmente que existen barreras que no solo se limita a la falta de interés, sino que se entrelazan con factores como el tiempo, la ausencia de formatos, el desconocimiento del lenguaje diagnóstico, y baja percepción de prioridad frente a procedimientos específicos de UCI. Esta carencia limita la capacidad del

equipo de salud para brindar un acompañamiento integral, especialmente en contextos como enfermedades crónicas, pacientes con cuidados críticos, cuidados paliativos o situaciones de final de vida, donde las necesidades espirituales suelen cobrar mayor relevancia.

2.3 Falta de evidencia de la planificación de los cuidados espirituales

La etapa de planificación es donde se diseñan intervenciones orientadas a resolver los problemas identificados (Taxonomía NIC). En el caso del cuidado espiritual, ésta etapa adquiere un valor esencial, ya que permite definir objetivos, calificaciones e indicadores diana, de acuerdo con la taxonomía NOC y estrategias concretas para acompañar al paciente en su búsqueda de sentido, paz interior y esperanza, especialmente en contextos de sufrimiento, enfermedad o vulnerabilidad existencial⁵⁹.

Durante esta etapa se planifican las actividades consideradas en la taxonomía NIC, incluyen acciones como el apoyo espiritual, la escucha activa, el fomento del perdón, la promoción del crecimiento espiritual y el ofrecimiento de esperanza⁵⁷; coherentes con los diagnósticos identificados según la taxonomía NANDA.

Según Patricia Iyer. en su teoría "De Principiante a Experto", resalta la importancia de la etapa de planificación ya que implica establecer objetivos y planes cuidados que son específicos, medibles, alcanzable, relevantes y oportunos, y que están diseñados para satisfacer las necesidades únicas del paciente. Iyer enfatiza así mismo, la importancia de involucrar al paciente en el proceso de planificación y de adaptar los planes de cuidado a medida que evoluciona la condición del paciente⁶⁰.

Sin embargo, esto no es tenido en cuenta por los enfermeros que asisten a individuos en condición crítica en la unidad de cuidados intensivos de estudio, como lo demuestran las siguientes intervenciones, observaciones y análisis documental realizado por las investigadoras:

"...Ahorita como planificación no, e incluso la hoja de valoración en donde hay un item de religión ya no lo van a considerar, nada de religiosidad, en ese aspecto vamos a retroceder..." (Gardenia exp. 6años)

“...En lo personal no, no realizo planificación ya que en la nueva hoja de valoración hay un ítem de religiosidad, pero de ahí no planifico...” (Begonia exp. 6 años)

Al llevar a cabo la observación participante, pudimos verificar que las enfermeras no llevan a cabo una planificación particular del cuidado espiritual, en su mayoría se dedican a cumplir con procedimientos e indicaciones médicas dejando de lado el aspecto espiritual del paciente. (Investigadora 1 y 2).

Pudimos ser testigos cuando un nuevo paciente es admitido en la unidad de cuidados intensivos en donde observamos que las enfermeras centraron sus atenciones en asistir en los procedimientos médicos, mas no realizaron una planificación rápida y concisa para abarcar las necesidades del enfermo en términos espirituales como el miedo y la angustia que puede estar sintiendo al entrar solo a un lugar desconocido o por el desconocimiento del procedimiento que le van a realizar.

Ésto se corrobora con el análisis documental realizado por las investigadoras en donde no se encontró evidencia de un plan específico de cuidados espirituales. Las notas de enfermería revisadas se enfocan predominantemente en intervenciones relacionadas con el aspecto biológico, sin hacer referencia explícita a acciones orientadas a cumplir con los requerimientos espirituales del paciente (análisis 5 notas de enfermería).

En éstos contextos, las observaciones y el análisis documental antes mencionados, no se evidencia que el especialista en enfermería organiza sus atenciones espirituales que brinda. La no aplicación de una planificación de los cuidados genera un vacío asistencial, afectando la continuidad, integralidad y calidad del cuidado brindado.

Los hallazgos coinciden con el estudio realizado por Torres M. en donde el tiempo es un factor importante a la hora de la elaboración del PE ya que es un proceso meticuloso y completo, aún sabiendo que la creación de un plan de atención enfermera del mismo beneficiaría en gran medida al paciente con un enfoque holístico abarcando todas sus necesidades espirituales; lo que se evidencia la elaboración del PE de forma parcial, fragmentada y discontinuo⁵⁶.

A partir del análisis realizado, las investigadoras consideran que, si bien las pocas enfermeras que brindan apoyo espiritual como parte de su cuidado, no elaboran un plan de cuidados bien estructurado, lo que hace imposible definir metas claras y medibles orientados a satisfacer las necesidades espirituales del paciente. Esta omisión evidencia una falta de interés o priorización del cuidado espiritual dentro de la práctica clínica, situación que se agudiza con los ingresos. La no aplicación de una planificación de los cuidados genera un vacío asistencial, afectando la continuidad, integralidad y calidad del cuidado brindado.

2.4 Transitando hacia el paradigma de transformación en la ejecución de intervenciones para el cuidado espiritual

El profesional de enfermería suele ser el primer punto de referencia para los individuos que sufren una dolencia, al estar más tiempo con los pacientes pueden ofrecer intervenciones espirituales como parte de su cuidado; las que incluyen acciones prácticas como la oración, meditación guiada, presencia silenciosa, lectura de textos sagrados⁶¹.

Sabemos que la fe y la espiritualidad pueden ser un pilar fundamental en su proceso de sanación de los pacientes en esos momentos de vulnerabilidad y enfermedad, el apoyo espiritual por parte de enfermería se hace presente, brindando aliento y fortaleza, recordándoles que no están solos. ofreciendo un acompañamiento que va más allá de lo físico, abrazando la dimensión espiritual de cada persona.

Los testimonios recogidos muestran una variedad de intervenciones que realiza el enfermero en su labor diaria.

Como mencionó una participante

“...siempre tomo de la mano a mi paciente y les digo que tengan fe y tenga confianza en Dios...Hacemos una oración en el momento del ingreso de sus familiares por su mejoría ...”(Gladiolo exp. 7años)

"Rezo con ellos si lo permiten, o simplemente les leo algún texto que les reconforte..."(Campanilla exp. 6años)

“.....señor no se ponga triste, piense que esta situación es una nueva oportunidad para mejorar su vida, para meditar y perdonarse y perdonar a sus familiares.....” (observaciones de las investigadoras a Mg. Sol, 26 a de exp., doc univ)

“.....Señora todos somos de la muerte, hay que tener fe, que DIOS nos brindara una mejor vida después de ésta.....” (observaciones de las investigadoras a Lic. Luna, 24 a de exp., doc univ)

“..... señor en esta vida estamos de paso, nadie es eterno, es un proceso que todos los seres humanos vamos a pasar, (observaciones de las investigadoras a Mg. Mar, 20 a de exp., doc univ)

“.....Señor mirémoslo desde este punto de vista, usted ha realizado buenas obras durante su vida, ha sido un excelente docente universitario mire a sus alumnos que ha formado todos vienen a visitarlo, eso es trascender a través de ellos .” (observaciones de las investigadoras a Lic. estrellita, 20 a de exp.)

“.....señor usted debe sentirse satisfecho de haber logrado que sus hijos sean profesionales, no todos dejan a sus hijos con una carrera bajo el brazo, que eso le brinde la tranquilidad que necesita .” (observaciones de las investigadoras a Lic. Nube, 18 a de exp.)

En los relatos y en las observaciones se demuestra que el acompañamiento espiritual es una parte esencial del cuidado diaria del profesional de enfermería. El cuidado no se limita al cuerpo, sino que también debe alcanzar el alma. Esta acción es un signo de contacto humano y consuelo que refleja un gesto de empatía, esperanza y seguridad y rompe el aislamiento del paciente al verse como una forma no verbal de decir “No estás solo/a”, especialmente en momentos de dolor, miedo o incertidumbre.

Una oración compartida es lo que el paciente necesita, basta una lectura breve, una palabra de aliento o un testimonio de fe les puede brindar paz. Así mismo refleja el respeto por la fe del paciente, la compasión, y la capacidad de brindar consuelo en situaciones difíciles. El orar junto al paciente y su familiar genera un ambiente de confianza para que

expresen ambos sus temores y sepa el paciente que no está solo en su enfermedad además es una oportunidad para fortalecer los lazos familiares. Este tipo de acción también favorece a los familiares, que muchas veces sufren tanto como el paciente y necesitan un espacio donde depositar sus emociones y su fe.

Existen enfermeros que brindan cuidados espirituales satisfaciendo algunas necesidades como la necesidad de los individuos de encontrar un sentido o propósito en la vida, necesidad de conexión, necesidad de consuelo emocional y psicológico, necesidad de perdón y reconciliación, necesidad compañía y esperanza, especialmente cuando enfrentan situaciones de enfermedad, dolor o sufrimiento.

Satisfaciendo algunas necesidades como la de perdonarse y perdonar, la de trascendencia; que no lo mencionan en sus discursos pero que ha sido observada por las investigadoras como prácticas frecuentes en algunos profesionales de enfermería donde se encuentran docentes universitarias, etc con más de 20 años de experiencia en el cuidado de pacientes en estado crítico en la UCI.

Así mismo Watson plantea que el ser humano es un ser integral, indivisible y en constante interacción con su entorno, por lo que el cuidado debe dirigirse a armonizar cuerpo, mente y espíritu. En pacientes críticos, donde la vulnerabilidad es extrema y la confrontación con la fragilidad de la vida es evidente, la dimensión espiritual adquiere un papel central. El cuidado del “alma” no significa necesariamente un abordaje religioso, sino la capacidad del profesional enfermería de conectar desde la presencia, la empatía y el respeto profundo a la dignidad del paciente⁴⁶.

Por lo tanto, las investigadoras concluyen que, aunque en los relatos no se evidenció explícitamente la aplicación de cuidados espirituales, algunas enfermeras los practican de manera intuitiva, hecho que fue observado, aunque no manifestado en sus discursos.

2.5 Inexistencia de evaluación del cuidado espiritual por los enfermeros

La etapa de evaluación en el PE representa el momento en que se verifica la efectividad de las intervenciones implementadas y el nivel de cumplimiento de las metas establecidas. En el caso del cuidado espiritual, esta fase es crucial para valorar si las

necesidades espirituales del paciente han sido comprendidas, atendidas y satisfechas, así como para reajustar el plan de cuidados de ser necesario. Por lo tanto, si las etapas del PE no se desarrollaron completamente desde el principio, esta última no podrá llevarse a cabo⁶².

Esto se evidenció durante la observación participante durante el cambio de turno, en donde las enfermeras realizan un recorrido por cada paciente. Algunas de ellas interactúan brevemente, preguntando sobre su estado y notando posibles signos de mejoría. Sin embargo, se observó que no todas evalúan si las intervenciones espirituales brindadas han tenido un impacto significativo en el estado del paciente. Esta omisión en la evaluación fue también corroborada en el análisis documental, donde no se encontró referencia alguna a esta etapa del proceso de atención. (Investigadoras 1 y 2).

Estos hallazgos coinciden con Marín, *et al*⁶³, quien sustenta que el profesional de enfermería no cuenta con una metodología de enfermería dentro del proceso de atención, que demuestra que sus cuidados no son analizados, personalizados ni sistemáticos y no cuentan con evidencia escrita.

Por lo tanto, las investigadoras concluyen que, en la práctica clínica, se evidencia una ausencia sistemática de evaluación del cuidado espiritual, lo cual impide tener un seguimiento real del impacto de estas intervenciones en el bienestar del paciente, creando una brecha significativa entre la intención de brindar cuidados espirituales y la verificación de su efectividad, lo que refleja una debilidad en la aplicación integral del PE.

La inexistencia de esta evaluación puede ser por varias razones, incluyendo la falta de capacitación específica en indicadores espirituales, la escasa integración de instrumentos estandarizados como los NOC relacionados con la espiritualidad, y la tendencia a priorizar dimensiones físicas del cuidado, dejando de lado aquellas menos tangibles como la espiritual. Además, la ausencia de criterios claros o herramientas para medir resultados espirituales limita la capacidad del profesional de enfermería para dar seguimiento a esta dimensión del cuidado

III. Limitaciones para brindar cuidado espiritual

El cuidado espiritual es una dimensión clave dentro del enfoque holístico de la enfermería, especialmente en contextos de alta complejidad como la Unidad de Cuidados

Intensivos (UCI), donde los pacientes enfrentan situaciones de vida o muerte. Sin embargo, en la práctica clínica diaria, este tipo de cuidado se ve frecuentemente limitado por múltiples factores. La subcategoría "Limitaciones para brindar cuidado espiritual" emerge de las narrativas de los profesionales de salud como una expresión clara de las tensiones entre el ideal de una atención integral y las condiciones reales del entorno hospitalario⁶⁴.

Desde la sobrecarga laboral hasta las barreras culturales, religiosas y la incertidumbre sobre la aceptación por parte de los pacientes y sus familias, estas limitaciones no solo dificultan la implementación del cuidado espiritual, sino que también generan una sensación de frustración profesional y deshumanización del acto de cuidar⁶⁴. Esta categoría emerge de las siguientes subcategorías:

3.1 Sobrecarga laboral y predominio de lo técnico sobre lo humano

El entorno de la UCI se caracteriza por la atención inmediata y altamente especializada, donde la prioridad es mantener la vida del paciente a través de procedimientos técnicos y monitoreo constante. Esta dinámica provoca que el cuidado espiritual quede relegado, generando un conflicto entre el ideal humanista del cuidado y la realidad biomédica del contexto⁶⁵. Esto se manifiesta en los discursos que siguen

“.....No realizo cuidados de enfermería enfocados en la espiritualidad por la demanda de trabajo, llega el paciente y tenemos que invadirlo y con eso me refiero a colocarle línea arterial, colocar CVC, trasladarlo a tomografías, intubarlo si fuese el caso, etc.....”
(Clavel exp. 5 años)

“.....A veces siento que paso más tiempo frente a monitores que frente al paciente, y eso me limita para acercarme de manera más humana.....” (Girasol exp. 6 años)

Las investigadoras, a lo largo de la observación participante, se percataron que al ingresar el paciente a la unidad, se realizan una serie de procedimientos, iniciando con una valoración física minuciosa, un monitoreo hemodinámico continuo cada dos horas o en horario de acuerdo a la necesidad de cada paciente, el manejo de vías aéreas ya sea para la asistencia a una intubación, extubación, o para la aspiración de secreciones por circuito cerrado o abierto, de la misma forma la enfermera asistencial se encuentra presente en la

realización de procedimientos invasivos como la instalación de accesos venosos centrales, colocación de catéteres de alto flujo, colocación línea arterial, colocación de sondas vesicales y de alimentación; armado de cánula de alto flujo la administración de crioprecipitados según sea la indicación del médico tratante, así mismo se observó que preparan y administran fármacos y medicamentos riesgosos y la terapia proporcionada por el doctor tratante, realizando todas estas actividades con un estricto protocolo de seguridad. Paralelamente, registran de manera exhaustiva las anotaciones de enfermería, consignando cambios clínicos, cuidados realizados y respuesta del paciente. (Investigadora 1 y 2)

En los discursos y en la observación antes mencionados, muestran cómo el tiempo y la sobrecarga de procedimientos desplazan el componente espiritual, los profesionales de enfermería se perciben absorbidos por lo técnico, lo que genera tensión entre la exigencia clínica y su vocación de cuidado integral. Para los profesionales de enfermería, esta situación genera frustración e incluso sentimientos de deshumanización⁶⁵.

Estos testimonios revelan la intensa dinámica de atención inmediata y altamente especializada que caracteriza a la UCI, donde los procedimientos invasivos y la necesidad de estabilización del paciente ocupan el centro del quehacer enfermero⁶⁵. La expresión “invadirlo” refleja no solo una rutina centrada en lo biomédico, sino también una posible incomodidad o conflicto interno frente al acto de cuidar que, aunque necesario, puede tornarse impersonal y despojado de conexión espiritual, lo cual es una situación preocupante ya que el cuidado espiritual es parte fundamental de un cuidado holístico tal y cual se evidencia en la investigación realizada por Guerrero, *et al*,¹⁹. Donde se evidencian que las prácticas espirituales son esenciales, y deben integrarse mejor en la rutina del cuidado crítico.

Así mismo Watson plantea que la enfermería va más allá de la atención física y técnica, pues busca el bienestar integral. Su teoría de los Caritas Processes enfatiza la necesidad de estar presente, escuchar y sostener espiritualmente al paciente. Sin embargo, los discursos evidencian que la práctica en las unidades críticas se centra en la técnica, lo que contradice la filosofía humanista del cuidado⁴⁶.

Esta dinámica de trabajo, marcada por el ritmo acelerado y la constante vigilancia de signos vitales y equipos biomédicos, genera una sobrecarga laboral, ya que el profesional

de enfermería debe atender simultáneamente varias demandas críticas, lo que repercute en su bienestar físico y emocional como consecuencia, se evidencia un predominio de lo técnico sobre lo humano, donde el contacto cercano, la escucha activa y la atención a las dimensiones emocionales y espirituales del paciente y su familia quedan relegadas a un segundo plano.

Las investigadoras concluyen que se evidencia una tensión entre la teoría y la práctica, que desafía a los profesionales de enfermería a replantear la organización del trabajo en áreas críticas, para que la espiritualidad no sea considerada como “extra”, sino como parte esencial del acto de cuidar, por lo cual se requieren cambios organizativos que permitan a los profesionales de enfermería tener espacios para ejercer un cuidado espiritual que complemente lo técnico con lo humano.

3.2 Falta de formación y preparación en competencias espirituales

El cuidado espiritual es un eje central en el modelo holístico de enfermería, pues reconoce al paciente como un ser holístico, donde la dimensión espiritual se convierte en un recurso de afrontamiento frente a la enfermedad y la muerte. Sin embargo, múltiples estudios señalan que los profesionales de enfermería no reciben la formación adecuada para desarrollar competencias espirituales de manera sistemática y profesional. Esto genera que, en la práctica clínica, el abordaje espiritual dependa más de la iniciativa personal que de una preparación formal, lo que conduce a prácticas aisladas y no estructuradas⁶⁶.

Diversas investigaciones identifican que la carencia de formación en espiritualidad se traduce en inseguridad, temor a imponer creencias personales y una reducción del cuidado espiritual a intervenciones mínimas, limitando así el carácter humanista de la profesión. Timmins y Caldeira destacan que, en la Unidad de Cuidados Intensivos, el personal de enfermería reconoce la importancia de lo espiritual, pero admite carecer de habilidades y conocimientos para incorporarlo de forma efectiva en la atención⁶⁶.

El cuidado espiritual requiere habilidades comunicacionales, empatía y sensibilidad, así como herramientas académicas que permitan abordarlo de forma profesional.⁴⁸ Sin

embargo, los enfermeros expresan no haber recibido formación suficiente en esta perspectiva, tal como se muestra en los próximos discursos:

“.....No hemos recibido capacitación sobre cómo abordar la espiritualidad, a veces no sé cómo hacerlo sin imponer mis creencias.....” (Amapola, exp. 7años)

“.....Todo lo que hago en cuanto a espiritualidad es por iniciativa propia, pero la universidad nunca nos enseñó cómo hacerlo en un hospital.....” (Lirio exp. 7años)

Durante la observación participante las investigadoras observaron que el familiar y el paciente al expresar angustia por la situación de salud, temor por el futuro incierto que les espera, sentimientos de culpa o búsqueda de sentido, la respuesta del profesional de enfermería suele ser : *señora yo no brindo información, eso lo realiza el médico, ya no demora en venir a darle el informe completo*, con el paciente al preguntarle por su estado de salud, a lo que ella responde: *No te preocupes todo va mejorar, ya viene el doctor para que le preguntes y te explique cuál es la situación , tranquilo.* (Investigadora 1 y 2)

Otro aspecto visible es la fragmentación del cuidado, donde la espiritualidad no es incorporada en los planes de enfermería y se evidencia al revisar las notas de enfermería durante el análisis documental donde se observan que en ninguna nota de las 15 enfermeras asistenciales se encuentran planes enfermeros incorporados a tratar las necesidades espirituales del paciente. (Investigadora 1 y 2)

Los discursos y en las observaciones muestran que, la falta de formación en temas relacionados con los cuidados espirituales genera inseguridad e improvisación revelando un vacío en la formación que limita la aplicación del cuidado espiritual como competencia profesional⁶⁶.

Limitarse a ofrecer contención emocional básica o derivar el caso al equipo médico, sin asumir un rol activo en el acompañamiento espiritual. Esta situación refleja inseguridad y carencia de herramientas para identificar y atender dichas necesidades.

Asimismo, se evidencian brechas en la comunicación terapéutica, ya que las enfermeras manifiestan dificultad para abordar conversaciones profundas sobre la fe, la

esperanza o la trascendencia, evitando en muchos casos el contacto con estas temáticas por temor a “no saber qué decir” o por considerarlas ajenas a su competencia profesional.

Al respecto, Paredes, et al,²⁰ en su investigación tuvieron como objetivo analizar barreras y facilitadores en el cuidado espiritual en UCI. Obtuvieron como resultados que dentro de las barreras incluyen falta de formación y tiempo; mientras que el uso de teorías de cuidado, como la de Jean Watson, actúa como un facilitador para su integración⁴⁶.

De igual modo, Baldacchino subraya que la educación en cuidados espirituales debería estar integrada en los programas académicos de pregrado y posgrado en enfermería, dado que favorece la adquisición de destrezas comunicacionales, empatía y sensibilidad, indispensables para una atención holística⁶⁴. No obstante, la realidad muestra que estas competencias aún no se consolidan en los planes de estudio de la mayoría de las universidades.

De igual forma, Puchalski, et al,⁶⁵ señalan que la espiritualidad constituye una dimensión esencial del cuidado, y que los profesionales de salud deben estar preparados para abordarla desde un enfoque plural, respetuoso y no impositivo, lo cual requiere formación específica.

Las investigadoras concluyen que la ausencia de capacitación especializada causa que los enfermeros enfrenten el cuidado espiritual desde la improvisación, lo cual debilita la esencia de la enfermería como ciencia humanista, por lo cual consideran necesario incorporar programas formativos y capacitaciones continuas en cuidado espiritual, para profesionalizar esta práctica y garantizar un cuidado holístico

CONSIDERACIONES FINALES

1. El escaso conocimiento en espiritualidad limita que el cuidado espiritual sea abordado de forma integral en la UCI, quedando muchas veces reducido a prácticas basadas en la religiosidad personal de las enfermeras. Esta carencia formativa genera una atención fraccionada y no sistemática, lo que debilita la esencia humanista de la enfermería. Se requiere fortalecer la formación académica y práctica en competencias espirituales para garantizar una atención integral y humanizada en pacientes en estado críticos.
2. La ruta incompleta del proceso de enfermería en el cuidado espiritual evidencia la falta de integración sistemática de todas sus etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Si bien algunas enfermeras realizan intervenciones espirituales de manera empírica y con buena disposición, estas acciones carecen de soporte metodológico, registros estandarizados y seguimiento clínico. Ello refleja la existencia de vacíos formativos, limitaciones institucionales y una priorización del cuidado físico sobre lo espiritual. Esta fragmentación debilita la integralidad del cuidado y limita la capacidad de la enfermería para responder de manera holística a los requerimientos de los pacientes en circunstancias críticas, donde la espiritualidad constituye un recurso esencial de afrontamiento y trascendencia.
3. Las limitaciones para brindar el cuidado espiritual en la UCI se centran en la sobrecarga laboral y la falta de formación en competencias espirituales, lo que provoca que este aspecto del cuidado quede relegado frente a las demandas técnicas. Esta situación genera una práctica fragmentada y dependiente de la voluntad individual del profesional, debilitando la esencia humanista de la enfermería. Por ello, se requiere fortalecer la formación académica y promover cambios organizativos que integren el cuidado espiritual como un elemento fundamental de la atención integral.

RECOMENDACIONES

A la jefa del servicio de la unidad de cuidados intensivos:

- Implementar programas de formación continua en cuidados espirituales, que permitan al profesional de enfermería desarrollar competencias para identificar y responder a las necesidades espirituales de las personas cuidadas en estado crítico.
- Promover espacios de escucha activa que permitan al profesional de enfermería identificar valores, creencias y prácticas espirituales significativas para la persona cuidada y su círculo familiar, especialmente en contextos de sufrimiento o fin de vida.
- Desarrollar campañas o talleres de sensibilización dentro de los hospitales para visibilizar la importancia del cuidado espiritual como componente del cuidado humanizado.

A las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos:

- Cultivar, reconocer y fortalecer su propia dimensión espiritual, fomentando la consideración sobre el propósito de la vida y la apreciación de las necesidades del espíritu en los cuidados que brindan, a través de la práctica de una relación terapéutica entre enfermera y paciente, así como el uso de instrumentos específicos de la profesión centrada en el cuidado espiritual.
- La enfermera encargada del equipo de calidad en la UCI, fomentar rutinas y elaborar horarios de intervenciones de acciones en el ámbito espiritual, detallando la atención que se ofrece al paciente y a su familia, y que estas intervenciones sean supervisadas todos los días en cada cambio de turno.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo

- Reflexionar los resultados obtenidos en la investigación e incorporar en los planes de estudio en el pre y posgrado de la carrera de Enfermería contenidos que profundicen en la espiritualidad como parte del cuidado integral, utilizando enfoques pedagógicos que integren conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para brindar un cuidado espiritual competente y ético desde el pregrado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Espinel J, Colautti N. Competencias para el Cuidado Espiritual de Calidad en Cuidados Paliativos [Internet]. Colombia: Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos; 2023 [consultado 2024 dic 04]. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/10/Competencias%20Cuidado%20Espiritual.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cancer [internet]. Ginebra 1989 [consultado 2024 dic 05]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/41759>
3. Bonillo M, Rodríguez N. Organización de una unidad de críticos [internet]. España: Salusplay fundación; 2023. [consultado 2024 dic 04]. Disponible en: <https://www.salusplay.com/apuntes/cuidados-intensivos-uci/tema-1-organizacion-de-una-unidad-de-criticos>
4. Barberán J, Morillas A. Cuidado espiritual de enfermería, una aproximación sistemática al estado de arte. Redilat [Internet]. 2023 [consultado 2024 dic 04]; 4(2):1. Disponible en: <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.588>
5. Kappes M, Catalán L. Rol de las enfermeras en el cuidado espiritual a los pacientes y sus familias en las unidades de cuidado intensivo: una revisión de alcance. Elsevier [Internet]. 2023 [consultado 2024 dic 05]; 30 (2): 132-139. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-rol-enfermeras-el-cuidado-espiritual-S1130239924000567>
6. Paredes J, Quispe C, Cahuana M. Espiritualidad y humanización en cuidados intensivos: desafíos en hospitales públicos peruanos. Revista de Salud Pública. 2020 2021 [consultado 2024 dic 05]; 22(3): 123-132. Disponible en: <https://revistas.unsaac.edu.pe/index.php/salud>.
7. Castillo F, Domínguez J, Rodríguez M, Luna Y, Guerrero R. Significado del cuidado espiritual de enfermería en pacientes en cuidados paliativos. Scielo [internet] 2023 [consultado 2024 dic 04]; 46(2):13-19. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662023000200013

8. Vega M, Ramírez W. Jean Watson. [Internet]. SlideServe; 2012 [consultado 2024 dic 05] Disponible en: <https://www.slideserve.com/tex/dra-jean-watson>
9. Torres C, Vargas L, Triana J, Cañon W. Competencia en cuidado espiritual en enfermería. Cuidarte [Internet] 2023 [consultado 2024 dic 05]; 14 (2):2635. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3595/359575645018/html/>
10. Morales B, Palencia J. Dimensión espiritual en el cuidado enfermero. Enfermería investiga - Universidad Técnica de Ambato [internet] 2021 [consultado 2024 dic 05]; 6(2): 1-9. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/363614616_DIMENSION_ESPIRITUAL_EN_EL_CUIDADO_ENFERMERO
11. Yılmaz T, Cekiç Y, Altay B. Efectos de la intervención de atención espiritual sobre el bienestar espiritual, la soledad, la esperanza y la satisfacción vital de los pacientes de la unidad de cuidados intensivos. Elsevier [Internet] 2023 [consultado 2024 dic 04]; 77(1): 103438. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103438>
12. Durabilidad G. Experiencias de atención espiritual de enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos: un estudio cualitativo. Nurs Crit Care [Internet] 2023 [consultado 2024 dic 04]; 29 (3): 545 - 554. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nicc.12975>
13. Martínez A, Gómez T. La espiritualidad y el cuidado holístico en la atención a pacientes críticos. 3 ed. UCI, Argentina: Cuidado de la Salud, 103-110.
14. Macedo Ferreira C, Oliva Menezes TM, Santos Sales MG, da Silva Freita AV, Carneiro Bastos H, da Cruz Pessoa LS. Los cuidados espirituales prestados por enfermeras a personas hospitalizadas en unidades de cuidados intensivos. Revista Cubana de Enfermería. [Internet] 2024 [consultado 2024 dic 04]; 40: e6449. Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/download/6449/1085/33853>
15. Gómez F, Herrera P. Prácticas de enfermería en la dimensión espiritual en cuidados intensivos: revisión de experiencias en Perú. [tesis de grado]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2020. [consultado 2024 nov 28]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/11454>
16. Willemsea S, Smeets W, Leeuwen E, Nielen-Rosier T, Janssen L, Foudraine N. Atención espiritual en la unidad de cuidados intensivos: una investigación integradora

- de la literatura. PubMed [Internet] 2020 [consultado 2024 nov 27]; 57(3): 55-78. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32062288/>
17. Sánchez GK, Huertas FMR, Andrade RM. Cuidado espiritual desde Caritas Veritas de Watson en enfermeras de un hospital distrital en Perú. *Ciencia y Enfermería* [internet] 2024 [consultado 2024 noviembre 29]; 30(19): 1-9. Disponible en: <https://revistas.udec.cl/index.php/cienciayenfermeria/article/view/14539>
 18. Guerrero R, Meneses M, De la Cruz S. Correlación entre bienestar espiritual y calidad de atención en enfermeros de hospitales de Lima Metropolitana. *Investigación y Educación en Enfermería* [internet] 2022 [consultado 2024 nov 29]; 40(2): e-101. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/351672237>.
 19. Guerrero R, Vargas L, Pérez A. Espiritualidad en el cuidado de enfermería en pacientes críticos: un estudio cualitativo. *Enfermería Actual* [internet] 2021 [consultado 2024 nov 29]; 38(1): 1-15. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/enfermeria>.
 20. Paredes J, Quispe C, Cahuana M. Espiritualidad y humanización en cuidados intensivos: desafíos en hospitales públicos peruanos. *Salud Pública* [Internet] 2020 [consultado 2024 noviembre 29]; 22(3): 123-132. Disponible en: <https://revistas.unsaac.edu.pe/index.php/salud>.
 21. Flores E. La Espiritualidad en los cuidados de enfermería en mujeres con cáncer de mama. *Universidad Técnica de Ambato* [internet] 2019 [consultado 2024 nov 29]; 4(2): 2 .Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/507>
 22. Rodríguez S, Cárdenas M, Pacheco A, Ramírez M. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enfermería universitaria* [internet] 2014 [consultado 2024 noviembre 29]; 11(4). Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000400005
 23. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J et al. Mejorar la calidad de la atención espiritual como dimensión de los cuidados paliativos: informe de la Conferencia de Consenso. *J Elsevier* [internet] 2011 [consultado 2024 nov 29]; 18(1): 20-40. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-la-mejora-calidad-los-cuidados-S1134248X11700064>

24. Águila A. Necesidades espirituales [internet]. México: Suicidología; 2014 [consultado 2024 nov 29]. Disponible en chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.suicidologia.com.mx/wp-content/uploads/2014/04/necesidades_espirituales.pdf
25. Castillo MF, Domínguez GJ, Rodríguez RM, Luna GY, Guerrero CR. Significado del cuidado espiritual de enfermería en pacientes en cuidados paliativos. *Scielo* [internet] 2023 [consultado 2024 nov 29]; 46(2): 13-17 Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662023000200013
26. Persky GJ, Nelson JW, Watson J, Bent K. Creating a profile of a nurse effective in caring. *Nurs Adm Q* [internet] 2008 [consultado 2024 diciembre 18]:[aprox.9p.]. Disponible en: <http://journals.lww.com/naqjournal/pages/articleviewer.aspx?year=2008&issue=01000&article=00005&type=abstract>
27. Vega M, Ramírez W. Jean Watson [internet]. Colombia: Slide; 2021 [consultado 2024 dic 18]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/slideshow/presentacion-jean-watson/1127778>
28. De Backer D, Lissauer ME, Vincent JL. Insuficiencia respiratoria y ventilación mecánica. En: Vincent JL, editor. *Textbook of Intensive Care Medicine* . 7.^a ed. Berlín: Springer; 2020 [consultado 2024 dic 18]. págs. 1011-1028.
29. Marino PL. El libro de la UCI. 4^a edición. Filadelfia: Wolters Kluwer Health; 2014. ; [consultado 2024 dic 18]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/816539464/El-Libro-de-la-UCI-Paul-L-Marino-4-Edicion>
30. Heyland DK, Dhaliwal R, Jiang X, Canadian Clinical Practice Guidelines for Nutrition Support in Mechanically Ventilated, Critically Ill ICU Patients. *J Parenter Enteral Nutr* [internet] 2020 [consultado 2024 dic 15]; 40(3): 159-211. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12971736/>
31. Kress JP, Hall JB. ICU-Acquired weakness and recovery. *JAMA* [internet]. 2020 [consultado 2024 diciembre 15]; 311(21): 2198-2206. Disponible en: [doi:10.1001/jama.2014.5524](https://doi.org/10.1001/jama.2014.5524).
32. González J, Sánchez M, Martínez L. Espiritualidad en enfermería: Un enfoque

- holístico del cuidado en unidades de cuidados intensivos. *Journal of Advanced Nursing*. 2019 [Consultado 2024 dic 11]; 75(4): 896-904. Disponible en: <https://repositorio.upeu.edu.pe/items/e52272b1-a7ca-4157-b5c3-9c26f4725478>
33. Uribe M. Dimensión espiritual en el ser humano. Universidad Católica de Oriente [internet] 2021 [consultado 2024 dic 11]; 32 (47): 114-119 Disponible en: <https://doi.org/10.47286/01211463.340>
34. Vera L. La Investigación Cualitativa [internet]. Puerto Rico: Universidad Interamericana; 2015 [consultado 2024 dic 11]. Disponible en: chrome-extension://efaidnbmnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/velez_vera__investigacion_cualitativa_pdf.pdf
35. Arroyo A, Amezcua M, Orkaizagirre A. Diez claves para la elaboración de un Estudio de Caso cualitativo. *Index de enfermería* [internet] 2023 [consultado 2024 dic 11]; 32(2): 1. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.58807/indexenferm20235871>
36. Ludke M, Marli A. *Pesquisa em Educacao, Abordagens Qualitativo*, 3ra ed. Brasil: Editorial Pedagógica e Universitaria LTDR; 1998. [consultado 2024 dic 11]. Disponible en: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4091392/mod_resource/content/1/Lud_And_cap3.pdf
37. Díaz L, Torruco U, Martínez M, Varela M. Metodología de investigación en educación médica: La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica* [internet] 2013 [consultado 2024 dic 16]; 2 (7): 163-164. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009
38. Universidad de Granada. Observación participante [internet]. Granada: Biblioteconomía; 2024 [consultado 2024 dic 16]. Disponible en: https://www.ugr.es/~rescate/practicum/observaci_n_participante.htm#:~:text=Se%20caracteriza%20por%20el%20hecho,o%20contexto%20que%20estamos%20analizando.
39. Castillo L. Análisis documental [internet]. Valencia: Biblioteconomía; 2004 [consultado 2024 dic 16]. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://www.uv.es/macass/T5.pdf>

40. Ortega C. Análisis de datos de una investigación cualitativa [internet]. EE. UU.: Questionpro; 2022 [consultado 2024 dic 15]. Disponible en <https://www.questionpro.com/blog/es/analisis-de-datos-de-una-investigacion-cualitativa/>
41. Cáceres P. Análisis cualitativo de contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. Revista de la Escuela de Psicología Facultad de Filosofía y Educación de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso [internet] 2023 [consultado 2024 dic15]; 2(1): 59-60. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/1710/171018074008.pdf>
42. González T, Cano A. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: Tipos de análisis y proceso de codificación (II) [internet]. España: Dialnet Nure Investigación; 2020 [consultado 2024 diciembre 15]. Disponible en: <Dialnet-IntroduccionAlAnalisisDeDatosEnInvestigacionCualit-7712262>.
43. Vives T, Hamui L. La codificación y categorización en la teoría fundamentada, un método para el análisis de los datos cualitativos [internet]. Mexico: Investigación en educación médica; 2021 [consultado 2024 dic 15]; vol. 10, núm. 40, pp. 97-104, Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3497/349770251011/html/>
44. Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento. Informe Belmont [internet]. Estados Unidos: Unidad de investigación en salud; 2021 [consultado 2024 diciembre 15]. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://uis.com.mx/assets/belmont.pdf>
46. Watson J. Enfermería: La filosofía y la ciencia del cuidado. Rev. Boulder: University Press of Colorado; 2008. [internet] 2019 [consultado 2025 setiembre 5]
47. Torres C, Vargas L, Triana J. Cuidado espiritual en estudiantes de enfermería. Rev Dialnet [internet] 2022 [consultado 2025 setiembre 10];25(3):419-429. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8971965>
48. Usaleaders. Función del Cuidado Espiritual en Enfermería: Combinación de Religión y Tratamiento Médico. [Internet]. Estados Unidos: The USA Leaders

- Building America; 2022 [consultado 2025 setiembre 10]. Disponible en: <https://theusaleaders.com/articles/spiritual-care-in-nursing/>
49. Ayamamani Condori. Evidencias sobre la espiritualidad como una forma de cuidados de enfermería en la unidad de cuidados intensivos [tesis de maestría]. Lima: Universidad peruana cayetano heredia; 2021. [consultado 2025 mayo 20]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/11454repositorio_upch+1repositorio_upch+1
50. Villalobos G. Significado del cuidado espiritual en la práctica Enfermera, una mirada judeocristiana. *Revista Dasein y Sorge Cuidarte*. [Internet] 2022 [consultado 2025 setiembre 10];11(21):6-18. Disponible en <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?Idarticulo=104654>
51. Sanchez T, Huertas G, Angulo F, Andrade R. Cuidado espiritual desde caritas veritas de Watson en enfermeras de un hospital distrital en Perú. *Revi. Cienc. Enferm*. [Internet]. 2025 [consultado 2025 setiembre 10]; 30(1):19. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=s0717-95532024000100216&lng=es&nrm=iso. Epub 13-dic-2024. Issn 0717-9553. [Http://dx.doi.org/10.29393/ce30-19cegr30019](http://dx.doi.org/10.29393/ce30-19cegr30019).
52. Almache G, Jimenez M, Calapaqui E, Collaguaso C. La espiritualidad en la atención crítica: un enfoque integral. *Rev. Científica de Salud BIOSANA*. [Internet] 2025 [consultado 2025 setiembre 10];5(2):300-308. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/389900082_La_espiritualidad_en_la_atencion_critica_un_enfoque_integral
53. Diaz M, Cutipa N, Matos R. Nivel de conocimiento sobre el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en el cuidado de la salud espiritual de los profesionales de Enfermería que laboran en las unidades críticas del Hospital Nacional Hipólito Unanue. *Revista Científica de Ciencias de la Salud* [Internet] 2024 [consultado 2025 setiembre 10]; 7(2):64-70. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/326309695_Nivel_de_conocimiento_sobre_el_Proceso_de_Atencion_de_Enfermeria_PAE_en_el_cuidado_de_la_salud_espiritual_de_los_profesionales_de_Enfermeria_que_laboran_en_las_unidades_criticas_de_l_Hospital_Nacional

54. Moya M. Factores que influyen en la no aplicación del proceso de atención en enfermería en el ámbito hospitalario. [Tesis de grado]. Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2020. [consultado 2025 mayo 23]. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/28681/2/Proyecto%20Completo%20P AE.%20Fer%20Moya.pdf>
55. Castillo F, Domínguez J, Rodríguez M, Luna Y, Guerrero R, . Significado del cuidado espiritual de enfermería en pacientes en cuidados paliativos. Rev. Redalyc [Internet] 2023 [consultado 2025 setiembre 10]; 46(2): 13-19. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4456/445676216003/html/>
56. Torres Marjorie. Factores que inciden en la aplicación del proceso de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. [Tesis de grado]. Ecuador: Universidad UNIANDES de Tulcán; 2023.[consultado 2025 mayo 29] Disponible en: . <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/18020>
57. Pérez-García E. Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. Enfermería: Cuidados Humanizados. 2016;5(2):41-45. Disponible en: https://www.scielo.org/article/resp/2020.v94/202001002/es/?utm_source=chatgpt.com
58. Rojas J, Pastor P. Aplicación del proceso de atención de Enfermería en cuidados intensivos. Invest Educ Enferm. Rev. Scielo. [Internet] 2010 [consultado 2025 setiembre 10]; 28(3):323-35. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072010000300003
59. DAE Formación. Fases de la planificación del proceso enfermero [internet]. España: DAE; 2021 [consultado 2024 mayo 29]. Disponible en: <https://daeformacion.com/fases-planificacion-pe/>
60. Guillen F. Proceso de atención de enfermería según Patricia W. Iyer. [Internet]. California: Scribd; 2023 [consultado 2025 setiembre 10]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/646196114/PROCESO-DE-ATENCION-DE-ENFERMERIA-SEGUN-PATRICIA-IYER>

61. Fontaine G, Yava A, Velasco M, et al. Rol de la enfermera en cuidados intensivos desde un enfoque humanizado. *Rev Enferm Intensiva*. 2021;32(1):45-53. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/383654955_Rol_de_la_Enfermera_en_Cuidados_Intensivos_desde_un_Enfoque_Humanizado
62. Dave P. PAE 5° Etapa Evaluación. [internet]. Perú: Slideshare; 2016 [consultado 2024 mayo 29]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/slideshow/pae-5-etapa-evaluacin/66049596>
63. Marín C, Mera Z. Cuidado enfermero en la dimensión espiritual a personas adultas con tratamiento hemo dialítico en una institución privada de salud de Chiclayo, 2020. [Tesis de postgrado]. Chiclayo: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2020. (Citado 2024 en 24) Disponible en:
<https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/9012>
64. Baldacchino D. Educación en atención espiritual para profesionales de la salud. *Religiones*. [internet] 2021 [consultado 2025 setiembre 5]2015;6(2):594-613. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392421002372#:~:text=In%20a%20study%20with%20family,with%20undergraduate%20nurses%20and%20midwives>
65. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Mejorar la dimensión espiritual de la atención integral a la persona: alcanzar un consenso nacional e internacional. *J Palliat Med*. [internet] 2024 [consultado 2025 setiembre 5]2014;17(6):642-656. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4038982/>
66. Timmins F, Caldeira S. Comprensión del cuidado espiritual en la UCI: Perspectivas de enfermería. *Cuidados críticos de enfermería*. [internet] 2019 [consultado 2025 setiembre 5]; 24(2): 1-7 Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691721003555?via%3Dihub>

ANEXOS

ANEXO N°01



UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSGRADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO



Yo (seudónimo).....,acepto voluntariamente participar en la investigación “Cuidado espiritual a personas en estado crítico brindado por enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos en un hospital nivel III Chiclayo 2025”, a cargo de la Lic. Gil Távora Giulliana Elizabeth, Lic. Enf. Oblitas Villanueva Sucety Yanary , estudiantes de la Segunda Especialidad en Unidad de Cuidados Intensivos con mención Adultos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Doy mi consentimiento, para ser partícipe de la investigación, la cual será grabada, aceptando que la información brindada será únicamente para conocimiento de las investigadoras, quienes garantizarán la confiabilidad y respeto a mi privacidad. Del mismo podré desistir de participar si así lo considero pertinente.

Chiclayo,.....del 2025

Firma del Entrevistado

Firma de la Investigadora

ANEXO N°02



UNIVERSIDAD NACIONAL “PEDRO RUIZ GALLO”



FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE POSGRADO

GUÍA DE ENTREVISTA ABIERTA A PROFUNDIDAD DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Objetivo. Recolectar datos para la investigación titulada “Cuidado espiritual a personas en estado crítico brindado por enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos en un hospital nivel III Chiclayo 2025.

Los datos que se reúnan serán confidenciales, se emplearán seudónimos para salvaguardar su identidad y los datos que aporte serán usados únicamente con fines de estudio.

I. DATOS GENERALES:

Seudónimo:

Edad:

Tiempo de servicio:

Fecha:

II. DATOS ESPECÍFICOS:

1. Relate Usted de la manera precisa posible el cuidado espiritual a personas en estado crítico de la Unidad de Cuidados Intensivos en un hospital nivel III Chiclayo 2025.
- 2 ¿Qué barreras encuentra para brindar cuidado espiritual a la persona en estado crítico en el entorno de la UCI?

ANEXO N°03



UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO
GUÍA DE ANÁLISIS DOCUMENTAL



Esta guía de análisis documental se elaborará con el objetivo de caracterizar y comprender el cuidado espiritual hacia individuos en estado crítico brindado por enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos en un hospital nivel III Chiclayo 2025.

I. FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIAS UTILIZADAS:

Historias clínicas de los pacientes con su diagnóstico médico correspondiente y duración de la hospitalización.

Protocolos y guías institucionales relacionadas al cuidado espiritual (si existieran).

II. CRITERIOS DE ANÁLISIS:

- ✓ Existencia de historias clínicas que sigan los registros del cuidado espiritual del profesional de enfermería.



ANEXO N°04



UNIVERSIDAD NACIONAL

“PEDRO RUIZ GALLO”

FACUD DE ENFLTAERMERÍA

ESCUELA POSGRADO

VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

Respetado Juez, estamos realizando una investigación sobre el cuidado espiritual a personas en estado crítico brindado por enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos en un hospital nivel III Chiclayo 2025. Con este propósito, hemos creado una guía de entrevista abierta a profundidad, que le estamos presentando a usted como experto para evaluar la validez del contenido; le agradecemos de antemano su colaboración.

I. DATOS GENERALES:

Nombres y Apellidos:

Grado académico:

Años de experiencia profesional:

II. INSTRUCCIONES: Le pedimos que evalúe la pertinencia (SÍ/NO), claridad (SÍ/NO), consistencia (SÍ/NO) y suficiencia (SÍ/NO), además de plantear las recomendaciones que considere adecuadas..

ENUNCIADO	PERTINENCIA (SI/NO)	CLARIDAD (SI/NO)	CONSISTENCIA (SI/NO)	SUFICIENCIA (SI/NO)
Relate Usted de la manera precisa posible el cuidado espiritual a personas en estado crítico de la Unidad de				

Cuidados Intensivos en un hospital nivel III Chiclayo 2025.				
¿ Que barreras encuentra para proporcionar asistencia espiritual a la persona en estado critico en el entorno de UCI?				

OBSERVACIONES:

Firma del experto

¡Gracias por su valiosa contribución!

ANEXO N°05
JUICIO DE EXPERTOS

ANEXO PN°05



UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUIZ GALLO"
FACULTAD DE ENFERMERÍA
ESCUELA POSGRADO



VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

Respetado Juez, estamos realizando una investigación sobre el cuidado enfermero de la dimensión espiritual a personas en estado crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos en un hospital nivel III Chiclayo 2025. Tiene como objetivo de Caracterizar y comprender el cuidado enfermero de la dimensión espiritual a personas en estado crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos, cuyo objeto de estudio es el cuidado espiritual que brinda el profesional de enfermería. Para ello hemos elaborado una guía de entrevista semiestructurada, la cual le presentamos a usted como experto, a fin de evaluar la validez de contenido, agradeciéndole por anticipado su colaboración.

I. DATOS GENERALES:

Nombres y Apellidos: *GLORIA TERNURA DIAZ CHAVEZ*
 Grado académico: *ENFERMERA ESPECIALISTA EN PACIENTE CRITICO.*
 Áreas de experiencia profesional: *MAGISTER EN ENFERMERIA.*
 Cargo actual: *ENFERMERA ASISTENCIAL EN LA UCI. HUARPA - 22 AÑOS*

II. INSTRUCCIONES: Le solicitamos evalúe la pertinencia (SI/NO), claridad (SI/NO), consistencia (SI/NO), suficiencia (SI/NO) y plantee las sugerencias que considere pertinente.

ENUNCIADO	PERTINENCIA (SI/NO)	CLARIDAD (SI/NO)	CONSISTENCIA (SI/NO)	SUFICIENCIA (SI/NO)
¿Qué significa para Usted la espiritualidad y cómo la vive en su día a día?	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>

¿Describe Usted qué intervenciones o acciones realiza para brindar cuidado espiritual a un paciente crítico que se encuentra bajo su responsabilidad?	Si	Si	Si	Si
¿Qué barreras encuentra para brindar cuidado espiritual a su paciente en estado crítico en el entorno de la UCI?	Si	Si	Si	Si

OBSERVACIONES: SUGERENCIAS:

Lo importante fue lo que se aprendió de los
 estudios para identificar a través de la encuesta
 las necesidades de cada uno de los pacientes
 respecto sus creencias y sentimientos
 acerca de lo que más le genera
 paz y tranquilidad

Gloria Díaz Chávez
 Lic. Gloria Díaz Chávez
 ENFERMERA INTENSIVISTA
 C.E.P. 15026 - R.E.E. 5764

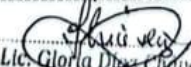
Firma del experto

¡Gracias por su valiosa contribución!

¿Describe Usted qué intervenciones o acciones realiza para brindar cuidado espiritual a un paciente crítico que se encuentra bajo su responsabilidad?	Si	Si	Si	Si
¿Qué barreras encuentra para brindar cuidado espiritual a su paciente en estado crítico en el entorno de la UCI?	Si	Si	Si	Si

OBSERVACIONES: SUGERENCIAS:

Lo importante fue la referencia de los
 estrategias para identificar a los en la familia
 las necesidades de cada uno de los pacientes
 respetando sus creencias y permitiendo
 acercarse a lo que más le genere
 paz y tranquilidad


 Lic. Gloria Díaz Chávez
 ENFERMERA INTENSIVISTA
 C.E.P. 15026 - R.E.E. 5704

Firma del experto

¡Gracias por su valiosa contribución!

ANEXO PN°05



UNIVERSIDAD NACIONAL
 "PEDRO RUIZ GALLO"
 FACULTAD DE ENFERMERÍA
 ESCUELA POSGRADO



VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

Respetado Juez, estamos realizando una investigación sobre el cuidado enfermero de la dimensión espiritual a personas en estado crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos en un hospital nivel III Chiclayo 2025. Tiene como objetivo de Caracterizar y comprender el cuidado enfermero de la dimensión espiritual a personas en estado crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos, cuyo objeto de estudio es el cuidado espiritual que brinda el profesional de enfermería. Para ello hemos elaborado una guía de entrevista semiestructurada, la cual le presentamos a usted como experto, a fin de evaluar la validez de contenido, agradeciéndole por anticipado su colaboración.

I. DATOS GENERALES:

Nombres y Apellidos: *Alicia Cabanillas Oliva*
 Grado académico: *Enf Especialista en Cuidados Críticos y Emergencia*
 Áreas de experiencia profesional: *UCI - 25 años.*
 Cargo actual: *Enfermera de UCI - H N A A - A.*

II. INSTRUCCIONES: Le solicitamos evalúe la pertinencia (SI/NO), claridad (SI/NO), consistencia (SI/NO), suficiencia (SI/NO) y plantee las sugerencias que considere pertinente.

ENUNCIADO	PERTINENCIA (SI/NO)	CLARIDAD (SI/NO)	CONSISTENCIA (SI/NO)	SUFICIENCIA (SI/NO)
¿Qué significa para Usted la espiritualidad y cómo la vive en su día a día?	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>

¿Describe Usted qué intervenciones o acciones realiza para brindar cuidado espiritual a un paciente crítico que se encuentra bajo su responsabilidad?	Sc	Sc	Sc	Sc
¿Qué barreras encuentra para brindar cuidado espiritual a su paciente en estado crítico en el entorno de la UCI?	Sc	Sc	Sc	Sc

OBSERVACIONES:

Ninguna


 Lic. Alicia M. Cabanillas Oliva
 ENFERMERA INTENSIVISTA
 C.E.P. 24155 - RE. 5783
 Firma del experto

¡Gracias por su valiosa contribución!

ANEXO PN°05



UNIVERSIDAD NACIONAL
 “PEDRO RUIZ GALLO”
 FACULTAD DE ENFERMERÍA
 ESCUELA POSGRADO



VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO

Respetado Juez, estamos realizando una investigación sobre el cuidado enfermero de la dimensión espiritual a personas en estado crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos en un hospital nivel III Chiclayo 2025. Tiene como objetivo de Caracterizar y comprender el cuidado enfermero de la dimensión espiritual a personas en estado crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos, cuyo objeto de estudio es el cuidado espiritual que brinda el profesional de enfermería. Para ello hemos elaborado una guía de entrevista semiestructurada, la cual le presentamos a usted como experto, a fin de evaluar la validez de contenido, agradeciéndole por anticipado su colaboración.

I. DATOS GENERALES:

Nombres y Apellidos: *Karen Maribel Diaz Lazo*
 Grado académico: *Enfermera Especialistas en Cuidados Intensivos Adultos*
 Áreas de experiencia profesional: *UCE*
 Cargo actual: *Enfermera asistencial en la Unidad de Cuidados Intensivos -HUSAA (15 años)*

II. INSTRUCCIONES: Le solicitamos evalúe la pertinencia (SI/NO), claridad (SI/NO), consistencia (SI/NO), suficiencia (SI/NO) y plantee las sugerencias que considere pertinente.

ENUNCIADO	PERTINENCIA (SI/NO)	CLARIDAD (SI/NO)	CONSISTENCIA (SI/NO)	SUFICIENCIA (SI/NO)
¿Qué significa para Usted la espiritualidad y cómo la vive en su día a día?	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>	<i>Si</i>

¿Describe Usted qué intervenciones o acciones realiza para brindar cuidado espiritual a un paciente crítico que se encuentra bajo su responsabilidad?	Sí	Sí	Sí	Sí
¿Qué barreras encuentra para brindar cuidado espiritual a su paciente en estado crítico en el entorno de la UCI?	Sí	Sí	Sí	Sí

OBSERVACIONES:

Ninguna.

Karen Maribel Díaz
 Lic. R. Karen Maribel Díaz 4420
 ESPECIALIDAD EN CUIDADOS INTENSIVOS
 CEP: 61199
 RNE: 15695
 Firma del experto

¡Gracias por su valiosa contribución!

ANEXO N°06

MATRIZ DE CONSISTENCIA

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVO	OBJETO DE ESTUDIO	METODOLOGÍA
<p>¿Cómo es el cuidado espiritual a personas en estado crítico brindado por enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos en un hospital nivel III Chiclayo 2025</p>	<p>Caracterizar y entender el cuidado espiritual de individuos en condición crítica a personas en estado crítico brindado por enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos en un hospital nivel III Chiclayo 2025.</p>	<p>Cuidado espiritual a personas en estado crítico brindado por enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos.</p>	<p>Tipo de investigación: Enfoque cualitativa</p> <p>Trayectoria Metodológica: Estudio de caso mediante 03 etapas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fase exploratoria o abierta -Fase sistémica o de delimitación del estudio - Fase de análisis sistémico y redacción del informe <p>Población: 40 profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital nivel III.</p> <p>Muestra: La muestra será determinada por saturación y redundancia</p> <p>Técnica e instrumento de recolección de datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Entrevista abierta profundidad con una guía de entrevista -Observación libre. -Análisis documental con una guía de análisis documental. <p>Validación de instrumentos: por juicio de expertos</p> <p>Análisis de datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La primera etapa será de pre análisis. -La segunda etapa será la codificación. -Finalmente la tercera etapa será la de categorización.

ANEXO N°07

FICHAS TÉCNICAS DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FICHA TÉCNICA DE LA GUÍA DE ENTREVISTA ABIERTA

Aspectos	Datos
Título del instrumento	Cuidado espiritual a personas en estado crítico brindado por enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos en un hospital nivel III Chiclayo 2025.
Objetivo	Caracterizar y entender el cuidado espiritual de individuos en condición crítica brindado por enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos en un hospital nivel III Chiclayo 2025.
Tipo de instrumento	Guía de entrevista abierta a profundidad.
Autoras	Oblitas Villanueva Sucety Yanary Gil Távara Giulliana Elizabeth
Campo de aplicación	40 profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital nivel III Chiclayo.
Técnica de recolección de datos	Entrevista presencial, con audio grabado (previo consentimiento).
Forma de aplicación	Individual
Año	2025
Duración	15 minutos.
Formato de la guía	Preguntas abiertas organizadas según categorías: -La acción diaria del profesional de enfermería relacionada con las necesidades espirituales -Proceso interactivo entre la enfermera y su paciente
Validez	Juicio de expertos (04 expertos)
Resultado	Instrumento confiable

FICHA TÉCNICA DE LA GUÍA DE ANÁLISIS DOCUMENTAL

Aspectos	Datos
Título del instrumento	Cuidado espiritual a personas en estado crítico brindado por enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos en un hospital nivel III Chiclayo 2025
Objetivo	Caracterizar y entender el cuidado espiritual de individuos en condición crítica brindado por enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos en un hospital nivel III Chiclayo 2025
Tipo de instrumento	Guía de análisis documental
Autoras	Oblitas Villanueva Sucety Yanary Gil Távara Giulliana Elizabeth
Campo de aplicación	40 profesionales de enfermería que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital nivel III Chiclayo.
Técnica de recolección de datos	Análisis documental de manera presencial
Forma de aplicación	Individual
Año	2025
Duración	15 minutos.
Formato de la guía	Criterios de análisis: <ul style="list-style-type: none"> - Existencia de historias clínicas que se ajusten a los registros del cuidado espiritual del profesional de enfermería. - Protocolos y guías institucionales relacionadas al cuidado espiritual (si existieran).
Validez	Juicio de expertos (04 expertos)
Resultado	Instrumento confiable