

# Percepción y experiencia enfermera sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica.

Matea **ABRIL HIGUERO**

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquest document i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a RECERCAT (framing)

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de este documento y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y título. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a RECERCAT (framing).



Universitat  
Internacional  
de Catalunya

Facultad  
de Medicina y  
Ciencias de la Salud

TRABAJO DE FIN DE MÁSTER

# **Percepción y experiencia enfermera sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica**

Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería

**Autor:** Matea ABRIL HIGUERO

**Director:** María Ángeles de JUAN PARDO

**Fecha de presentación:** 22/05/2013

“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta, fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Universidad Internacional de Cataluña”

*“No todo lo que se puede medir es importante  
ni todo lo que es importante puede ser medido”*

Albert Einstein

## ÍNDICE:

RESUMEN.....	pág. iii
ÍNDICE DE TABLAS.....	pág. iv
ÍNDICE DE ABREVIATURAS.....	pág. v
INTRODUCCIÓN.....	pág. 1
REVISIÓN DE LA LITERATURA.....	pág. 4
1. El cuidado espiritual en enfermería desde una perspectiva histórica.....	pág. 4
2. La dimensión espiritual en los modelos y teorías de enfermería.....	pág. 8
3. La espiritualidad como dimensión emergente en los cuidados de enfermería.p.	9
4. Aproximación al concepto de espiritualidad.....	pág. 13
5. Espiritualidad y religión.....	pág. 17
6. Necesidades espirituales y atención de enfermería en la práctica clínica.pág.	19
7. Percepción enfermera y cuidado espiritual.....	pág. 24
8. Dificultad de aplicación de la dimensión espiritual en la práctica clínica...pág.	27
MARCO TEÓRICO.....	pág. 30
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	pág. 33
OBJETIVO GENERAL.....	pág. 33
- Objetivos específicos.....	pág. 33
JUSTIFICACIÓN.....	pág. 34
METODOLOGÍA.....	pág. 37
1. Diseño.....	pág. 37
2. Campo de estudio.....	pág. 39
3. Población y muestra.....	pág. 41
4. Tipo de muestreo.....	pág. 41
5. Criterios de inclusión.....	pág. 42
6. Criterios de exclusión.....	pág. 42
7. Técnicas de recogida de datos.....	pág. 43
7.1. Cuestionario Sociodemográfico.....	pág. 43
7.2. Grupos Focales.....	pág. 43
7.3. Entrevista en profundidad.....	pág. 46
7.4. Observación Participante.....	pág. 47
8. Rol del investigador.....	pág. 49
9. Análisis de los datos.....	pág. 50

ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIGOR.....	pág. 53
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	pág. 55
LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	pág. 56
RELEVANCIA PARA LA PRÁCTICA.....	pág. 57
FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.....	pág. 58
CRONOGRAMA.....	pág. 59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	pág. 61
ANEXOS.....	pág. vi
- ANEXO 1: Autorización revisión de registros de enfermería.....	pág. vii
- ANEXO 2: Registros de valoración enfermera.....	pág. ix
- ANEXO 3: Cuestionario sociodemográfico.....	pág. xvii
- ANEXO 4: Guía para los grupos focales con enfermería asistencial.....	pág. xx
- ANEXO 5: Guía para los grupos focales con gestoras asistenciales.....	pág. xxiii
- ANEXO 6: Información y consentimiento informado grupos focales.....	pág. xxvi
- ANEXO 7: Guía para entrevistas en profundidad.....	pág. xxix
- ANEXO 8: Información y consentimiento informado para entrevistas.....	pág. xxxi
- ANEXO 9: Guía para observación participante.....	pág. xxxiv
- ANEXO 10: Información y consentimiento informado de observación participante .....	pág. xxxvi
- ANEXO 11: Glosario de términos.....	pág. xxxix
- ANEXO 12: Aceptación propuesta de trabajo fin de máster.....	pág. xiii
AGRADECIMIENTOS.....	pág. xliv

## RESUMEN

**Introducción:** La dimensión espiritual es parte esencial en los cuidados de enfermería desde una perspectiva holística. Esta forma de entender el cuidado contribuye a la base humanista de la filosofía enfermera. No obstante, en nuestro contexto, ésta dimensión dentro de los cuidados enfermeros está relativamente poco desarrollada. Por lo que existe escasa experiencia y evidencia en el área asistencial en relación a este tema. La literatura, además, sugiere que los profesionales de enfermería tienen dificultad a la hora de hacer una valoración de la dimensión espiritual en su práctica profesional. Sin embargo, hay estudios que muestran que la percepción que estos profesionales tengan sobre la dimensión espiritual, puede influir en el grado en cómo son identificadas las necesidades espirituales de los pacientes y en cómo se planifican y ejecutan las intervenciones para solucionarlas. Conocer las necesidades de tipo espiritual y aplicar los cuidados correspondientes disminuye, a su vez, el sufrimiento del paciente y le proporcionan bienestar espiritual. Éste bienestar se ha relacionado con un aumento de los índices de salud física y mental y una expectativa de vida más prolongada.

**Objetivo:** Por estos motivos se ha planteado la realización de un estudio cuyo objetivo es explorar y analizar la percepción y experiencia que tienen los profesionales de enfermería asistencial sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica.

**Metodología:** Se presenta la propuesta de un estudio cualitativo. Como estrategia metodológica se utilizará la Teoría Fundamentada. La población estudiada serán los profesionales de enfermería asistencial del Hospital Clínic de Barcelona. Los datos se obtendrán a través de cuestionario sociodemográfico, grupos focales, entrevistas en profundidad y observación participante realizadas a los profesionales de enfermería que acepten participar en el estudio de manera voluntaria mediante consentimiento informado.

**Palabras clave:** Percepción enfermera y espiritualidad, Cuidado espiritual, Necesidades espirituales, Teoría Fundamentada, Interaccionismo Simbólico.

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Necesidades Espirituales.....	Pág. 20
--	---------



## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- **AHNA:** American Holistic Nurses Association.
- **CIE:** Consejo Internacional de Enfermería.
- **GES:** Grupo de Espiritualidad.
- **NANDA:** North American Nursing Diagnosis Association.
- **NIC:** Clasificación de Intervenciones de Enfermería.
- **NMC:** Nursing and Midwifery Council.
- **NOC:** Clasificación de Resultados de Enfermería.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **SECPAL:** Sociedad Española de Cuidados Paliativos.
- **WHOQOL:** World Health Organization Quality of Life.

## INTRODUCCIÓN

Preservar la salud de los pacientes comporta no sólo atender el fallo orgánico, sino acercar la ciencia al enfermo como persona considerando en conjunto la dimensión biológica, psicológica, socio-cultural y espiritual que conforman el modo de enfermar humano.

Los profesionales de enfermería en su práctica asistencial procuran proporcionar una atención integral a los usuarios, de acuerdo con el paradigma holístico, que reconoce la totalidad del ser humano mediante la interconexión del cuerpo, mente, emociones, espíritu, relación socio-cultural, contexto y entorno. Es una concepción global del individuo contemplado en todas sus dimensiones [1]. Así, desde la perspectiva holística, la atención de la dimensión espiritual se puede considerar al mismo nivel, dentro de los cuidados de enfermería, a las demás dimensiones de la persona que atiende [2].

La espiritualidad como característica básica del ser humano se considera intrínseca a éste, contribuye a la salud y es inherente a la práctica de enfermería cuando se manifiesta como necesidad de cuidado [3].

Sin embargo, a pesar de esta mirada holística, hay estudios [4,5] que evidencian que el personal de enfermería tiene dificultad a la hora de realizar una valoración de la dimensión espiritual de los pacientes, no estando clara la atención de esta esfera del cuidado en la práctica asistencial. De esta manera, mientras la tecnología sanitaria ha sido testigo de increíbles avances y tratamientos cada vez más eficaces para los trastornos físicos y psicológicos, la dimensión espiritual dentro de la atención sanitaria, se considera, a su vez, un recurso que muchas veces no se ve, no se resuelve, o es subutilizado y descuidado en la salud de los pacientes [6-8].

En nuestro entorno, las razones del escaso desarrollo de la atención espiritual puede atribuirse a que ésta esfera del cuidado se considera profundamente subjetiva y con ello, de difícil evaluación e intervención desde el paradigma científico en el que nos movemos profesionalmente [9]. Además, la palabra espiritual es un término muy polisémico lo que contribuye a la dificultad de abordaje en la práctica clínica [10-12].

Se ha de mencionar que **“espiritual”**, **“espiritualidad”** y **“dimensión espiritual”**, son constructos usados indistintamente por los investigadores en la revisión de la literatura y se utilizarán de la misma manera para este proyecto de investigación.

De otra manera, dependiendo de la perspectiva de cada persona, la espiritualidad se puede manifestar de formas diferentes, bien a través de una dimensión religiosa o no. Por lo que es necesario subrayar que la dimensión religiosa y la espiritual, íntimamente relacionadas, no son necesariamente coincidentes entre sí [13-15].

Por un lado, la dimensión religiosa supone la pertenencia a una comunidad concreta con su núcleo de creencias, ritos y oraciones. Por otro, la dimensión espiritual es más vasta, abarcando además el mundo de los valores y la pregunta por el sentido último de las cosas y de las experiencias [12,13,15]. Por lo tanto, la dimensión religiosa se incluye dentro de la dimensión espiritual aunque no se identifique con ella.

No obstante, a pesar de las diferentes acepciones del término, en general se coincide en que la dimensión espiritual puede tener manifestaciones culturales muy distintas expresándose en cada persona según sus propias creencias y valores [14]. Por lo demás, e independientemente de la percepción de espiritualidad que cada individuo adopte, se cree que ésta juega un papel importante en la vida de muchos pacientes, y se afirma que existe una correlación positiva entre los resultados de salud y la espiritualidad de estos [16-18]. Además, a los pacientes les gustaría que los profesionales de la salud tuvieran en cuenta este hecho en su atención sanitaria, pues está demostrado que tiene beneficios positivos [16-18].

En este sentido, hay una creciente evidencia en la literatura que sugiere que la atención de la dimensión espiritual de los pacientes influye positivamente en la habilidad de afrontar y prevenir la enfermedad, la capacidad de encontrar significado y propósito en la vida, disminuir el sufrimiento y mejorar el bienestar general [12,17-19]. Situaciones potencialmente mortales, como a veces la enfermedad, pueden dar lugar a complejas cuestiones espirituales, y la espiritualidad puede proporcionar valiosas intervenciones para ayudar a mantener la esperanza y la estabilidad en esos momentos difíciles [7,20,21].

Hay investigadores [22] que consideran que la atención espiritual es la clave para que las enfermeras mejoren su capacidad de compasión hacia los pacientes, siendo esta atención un elemento esencial en el bienestar de los mismos.

Sin embargo, la atención espiritual según la literatura, va a estar directamente relacionada con la percepción que los profesionales de enfermería tengan sobre ella. Por lo que es importante conocer qué piensan estos profesionales al respecto, ya que puede influir en cómo las necesidades espirituales de los pacientes se identifican y las intervenciones se planifican y ejecutan [23-26].

En nuestro medio, dentro de la profesión enfermera son escasos los estudios sobre la atención de la dimensión espiritual y sus implicaciones en salud, por lo que es un campo rico en oportunidades para planificar e implementar proyectos de investigación en esta área dentro de los servicios sanitarios.

Por todo ello, se plantea un estudio cualitativo con el objetivo de explorar y analizar la percepción y experiencia que tienen los profesionales de enfermería asistencial del Hospital Clínic de Barcelona<sup>1</sup> sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica.

---

<sup>1</sup> El estudio se llevará a cabo en el Hospital Clínic de Barcelona por varios motivos, los cuales se comentarán en el apartado de Justificación y Campo de Estudio

## REVISIÓN DE LA LITERATURA

### 1. El cuidado espiritual en enfermería desde una perspectiva histórica.

La relación entre cuerpo, mente y espíritu es compleja. Históricamente, las enfermedades mentales y físicas tenían una importante vertiente religiosa influida, en gran parte, por el hecho de que a algunos líderes religiosos se les otorgó inicialmente la responsabilidad de la curación y tratamiento de los enfermos y heridos [27].

En la antigüedad (5000 a. de C. al 1 d. de C.), tanto en Egipto, como en la India, China y Grecia, se consideraba que la medicina tenía un origen divino [28]. Aún así, desde la época griega, se buscaron razones naturales para la enfermedad. La mayoría de pueblos y civilizaciones intentaron encontrar para ella una causa no religiosa, sin obtener éxito alguno, ya que según la tradición médica antigua y medieval, las afecciones morales podían provocar la enfermedad [29]. La investigación a través de la historia antigua revela muy poco sobre los cuidados de enfermería y por tanto sobre las enfermeras, por lo que es difícil conocer en esa época el rol preciso de éstas. Aunque, la mayoría de historiadores de enfermería las presentan como una respuesta holística a las necesidades de salud de la comunidad [27,29].

En relación a esa respuesta holística, las creencias y la cultura de cada civilización van a influir en la forma de practicar los cuidados enfermeros [27]. De esta manera, las antiguas civilizaciones arriba mencionadas han tenido una gran influencia en la relación entre práctica enfermera y espiritualidad. Así, hay evidencias, en ellas, de prácticas empíricas en enfermería las cuales incluían la aplicación de una dieta saludable, extracción medicinal de las plantas y de otros materiales, además de proporcionar bienestar físico y emocional. A su vez, era requisito de la persona dedicada a los pacientes ser inteligente y mostrar pureza, tanto corporal como mental [28].

El cuidado espiritual, en esa época, no era visto como separado, sino inmerso en las intervenciones de enfermería. La oración, en particular, era de uso frecuente por parte de la enfermera en el cuidado del enfermo, ya que por un lado, se utilizaba para librar a los pacientes de los malos espíritus, y por el otro, para solicitar ayuda a los más benévolos en el proceso de curación [28].

Pero, es a partir de la tradición judeo-cristiana que la dimensión espiritual se vuelve relevante en los cuidados de enfermería, ya que al cuidado del cuerpo se sumaba el consuelo espiritual. Es por ello que se considera que la espiritualidad dentro de la atención enfermera se desarrolla, sobre todo, influida por el cristianismo y las órdenes religiosas católicas [28].

De acuerdo con Carson [30] históricamente el cristianismo y especialmente las enseñanzas de Jesús han sido significativas en el rol de la enfermera respecto al amor, la compasión y la humanidad en la aplicación de los cuidados. Esto se ha visto reflejado en algunos sistemas de salud e instituciones sanitarias que han sido asociados durante mucho tiempo con tradiciones religiosas [28].

Por ejemplo, las Diaconisas (250-350 d. de C.), eran mujeres, generalmente viudas, que siguiendo los mandamientos de Cristo, tenían como tarea principal asistir a los enfermos y necesitados, poniendo en práctica las obras de misericordia: dar de comer al hambriento y de beber al sediento, visitar a los presos, dar cobijo a los desamparados, cuidar a los enfermos y enterrar a los muertos [27-29].

Las Diaconisas mostraban gran compasión por su prójimo atendiendo no sólo la salud física, sino también otras necesidades, al incorporar en su cuidado la atención espiritual e intelectual con amabilidad y preocupación, mediante la prestación de cuidados a las personas socialmente olvidadas y abandonadas. A través de un comportamiento caritativo, llegaban a las personas sin hogar y a los que se sentían alienados y abandonados en un medio extraño. Así, los cuidados de enfermería desde esta perspectiva caritativa, poseían una dimensión espiritual [28,29].

En esta misma línea, en continuidad con la figura de las Diaconisas, se pueden incluir órdenes religiosas como las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl, las Hermanas de la Caridad, Hermanas de la Misericordia, Hermanas del Buen Socorro y las Misioneras de la Caridad, entre otros, que consideraban el cuidado espiritual como elemento central de sus misiones [31].

A lo largo de la Edad Media (500-1500 d. de C.), la dimensión espiritual en enfermería siguió ejerciendo su influencia en el cuidado de la persona en su totalidad. El foco del cuidado era consistentemente holístico, donde los cuidadores habían definido su rol, principalmente, en términos espirituales en lugar de científicos o tecnológicos [28]. Los cuidados de enfermería se basaban en un concepto de ayuda que se podría

denominar vocacional-cristiano-caritativo, en el que las necesidades humanas espirituales se anteponen a las necesidades físicas, psíquicas y sociales [29]. Los cuidados del cuerpo son aceptados, porque son el principio de los cuidados espirituales, ya que cuidando el cuerpo, se ayuda a salvar el alma [29,32].

Al terminar la Edad Media llega también a su fin, en relación al cuidado enfermero, la influencia de la espiritualidad, la cual hasta entonces había sido un factor significativo de motivación para atraer a las personas a la que será, en un futuro, la profesión de enfermería [28].

Durante el Renacimiento (1500-1700 d. de C.) la sociedad fue dominada por un despertar intelectual. Además, esta época fue testigo de la separación de la ciencia y de la religión. Ante la influencia del dualismo cartesiano, que consideraba cuerpo y mente como algo separado, se estableció un paradigma en el que la ciencia se ocupaba de las cosas físicas del mundo, mientras lo espiritual, lo incorpóreo, estaba en manos de los clérigos [33]. Lo físico se antepuso a lo espiritual, el enfoque holístico pasó a uno dualista y esta nueva forma de ver a la persona enferma, se ha perpetuado hasta la actualidad [28].

El siglo XVIII estuvo marcado por una gran agitación política en Occidente. Enfrentamientos militares y cambios políticos se dieron en un contexto de deplorables condiciones sociales que repercutió en la atención médica y enfermera [30]. Frente a esta situación, las órdenes religiosas continuaron proporcionando cuidados de enfermería. Ante la falta de disponibilidad de tratamientos efectivos, una buena parte de los cuidados enfermeros estaban enfocados en atender las necesidades espirituales de los pacientes, ya que según Dingwell et al, *“poco más se podía hacer”* [34].

La continua influencia de las órdenes religiosas en enfermería se verá reflejada en el siglo XIX en la formación de enfermeras seculares. Dingwell et al [34], sugieren que dentro de estas reformas seculares, las congregaciones de religiosas hicieron una importante contribución a la reconceptualización de la disciplina enfermera.

Así, los cuidados en salud continuarán con la característica del espíritu secular de la modernización médica, pero complementado con la espiritual preocupación de las órdenes religiosas. No se puede obviar, pues, que la influencia del cristianismo ha sido definitiva en la formación enfermera, ya que los valores espirituales y religiosos han

estado presentes hasta la integración de los estudios de enfermería en la universidad [28].

Concretamente, en España, hasta principios del siglo XX la dispensación de cuidados enfermeros tuvieron como objetivo fundamental los cuidados básicos del enfermo con una orientación biopsicosocial y espiritual, sobre todo, cuando se hace referencia a los cuidados de enfermería prestados por órdenes religiosas [35].

Las primeras líderes enfermeras como Hildegarda de Bingen en el siglo XII, Jeanne Mance en el XVII y Florence Nightingale en el XIX (1820-1910), practicaron y escribieron acerca de la inspiración religiosa y espiritual en enfermería [5]. Esta última es considerada como una visionaria, que impulsó notablemente las reformas en la profesión enfermera durante el siglo XIX, provocando cambios considerables en este colectivo [28]. La poderosa influencia de Nightingale fue vista como la fuerza impulsora que transformaría la enfermería desde una visión holística, pues ponía énfasis en el tratamiento de la persona vista como un todo y no simplemente centrada en la enfermedad, incorporando lo espiritual tanto como lo biológico y lo emocional [28]. Para ella la espiritualidad era algo intrínseco a la naturaleza humana, y compatibilizada con la ciencia, creía que podía guiar el desarrollo futuro de la investigación y práctica enfermera [36].

Las reformas introducidas por Nightingale continuaron teniendo su impacto en el siglo XX. El colectivo enfermero se había ganado su reconocimiento y respondía, a través de los cuidados, a las necesidades físicas, emocionales y espirituales. No obstante, los cambios científicos y tecnológicos conllevaron que la enfermería centrara su práctica desde una perspectiva biomédica, con predominio de respuesta a las necesidades biológicas de las personas [28]. Sin embargo, a pesar de esta visión en enfermería, ha habido profesionales que conservan la tradición holística del cuidado [28].

En el siglo XX surgen importantes teorías de enfermería, resaltando algunas de ellas (como Watson y Neuman) la importancia del cuidado espiritual, bien en términos religiosos o centrándose en la necesidad de significado, trascendencia e integridad/globalidad. Aunque, también se ha de mencionar que la mayoría de las teorías y modelos enfermeros no se refieren específicamente a la dimensión espiritual [37]. La escasa existencia de esta dimensión entre las teorías ha sido criticada instándose a los profesionales de enfermería a desarrollar teorías y modelos que la incluyan [38]. En el siguiente apartado se muestran los resultados de la revisión de la literatura sobre este tema.



## 2. La dimensión espiritual en los modelos y teorías de enfermería.

La espiritualidad en los modelos conceptuales o teorías de enfermería, puede ser examinada en relación a la importancia o focalidad que la espiritualidad tenga dentro de cada uno de ellos. Acorde con esto, se encuentra que, en algunos modelos y teorías, la dimensión espiritual está implícita o incorporada en los mismos más como un subconcepto, que como un concepto fundamental de la teoría [39].

Así, **Virginia Henderson** (1897-1996), incluye en su modelo el bienestar físico, emocional y espiritual. **Peplau** (1909-1999), en la relación enfermera-cliente, incluye tanto lo espiritual como lo emocional. **Travelbee** (1926-1973), hace explícita la espiritualidad como un componente importante de la atención integral y por su parte, **Levine** (1921-1996), en relación al entorno considera que este se construye a partir de los patrones culturales, caracterizados por la existencia espiritual [28,40]. En el modelo de adaptación de **Callista Roy** (1939-presente), el yo moral-ético-espiritual es visto como un aspecto de la persona [39]. Y en la teoría de **Leininger** (1920-2012), el componente espiritual es un factor importante en la salud y la enfermedad [37].

También, hay modelos y teorías de enfermería donde la espiritualidad está presente como concepto principal. Es el caso, por ejemplo, de **Betty Neuman** (1924-presente), **Margaret Newman** (1933-presente) y **Jean Watson** (1940-presente), las cuales reconocen la dimensión espiritual como clave en la atención de la salud [5,39].

De acuerdo con el modelo conceptual de **Betty Neuman** las variables fisiológica, psicológica, sociocultural, de desarrollo y espiritual están interrelacionadas y todas se han de tener en cuenta si se quiere abordar la atención desde un punto de vista integral [39].

En la teoría de **Margaret Newman**, ésta equipara la espiritualidad, en términos generales, con las interacciones humanas y esto es preocupación y responsabilidad de las enfermeras. Para ella el objetivo de los profesionales de enfermería es asistir a los clientes a moverse hacia la conciencia expandida, una trascendencia que viene de las fronteras físicas y va hacia una dimensión espiritual [39].

La teoría del Cuidado Humano de **Jean Watson**, se basa en la orientación espiritual-existencial y fenomenológica influenciada por filosofías orientales. En esta teoría, el cuidado es considerado la esencia de la práctica de enfermería que requiere el compromiso personal, social, moral y espiritual de la enfermera [39,40]. Watson,

considera a la persona como un ser global, de cuerpo, espíritu y alma, una entidad en el que el cuerpo se sitúa en el espacio pero el espíritu y el alma trascienden el aquí y el ahora [40].

De esta manera, la enfermería a través de las teóricas y de diferentes épocas, como se ha visto anteriormente, se ha caracterizado por ser una profesión de servicio y cuidado al paciente donde la dimensión espiritual ha estado presente de una manera u otra. Así, como parte del cuidado que el profesional de enfermería debería tener en cuenta, está el cuidado espiritual.

Es por ello, que el arte de cuidar ofrecido en los diferentes escenarios de servicio, ya sea de hospitalización o fuera de este, debería ir encaminado a satisfacer las necesidades del individuo en el proceso asistencial<sup>2</sup>, visualizando a éste como un ser biológico, psicológico, sociológico, cultural y espiritual a partir de una evaluación integral de los cuidados enfermeros [2]. Es pues, a partir de esta visión holística del cuidado, que desde finales del siglo XX, la dimensión espiritual vuelve a resurgir dentro de la enfermería. Emergentes investigaciones destacan la importancia del cuidado espiritual de los pacientes por parte de estos profesionales y sugieren que hay margen para mejorar esta dimensión dentro de éste colectivo con el fin, a su vez, de mejorar la calidad de vida de muchos pacientes [22].

### **3. La espiritualidad como dimensión emergente en los cuidados de enfermería:**

La atención de la dimensión espiritual dentro de los cuidados enfermeros ha ido emergiendo, en gran parte, debido al interés de proporcionar una atención holística a las necesidades del paciente [9]. Aunque, esto ha sido llevado a cabo, principalmente, más a nivel internacional que nacional, ya que en nuestro entorno se puede decir que aún son incipientes las bases sobre investigación en este tema.

---

<sup>2</sup> El proceso asistencial es un conjunto de prácticas observables que se aplican sobre una persona socialmente categorizada como asistible, y ese conjunto de prácticas inevitablemente no es la consecuencia automática de su condición sino el fruto de un complejo sistema de evaluaciones, decisiones, percepciones y representaciones de la realidad, que no pueden comprenderse dentro de un marco teórico que no incluya la historia, la sociología y la antropología [41].

Así, desde la época de los 90 en el siglo XX, hasta la actualidad, la investigación y divulgación en esta área del cuidado, ha desembocado en un movimiento creciente demostrado por la evidencia científica. El número de estudios ha ido en aumento década tras década y los investigadores de la dimensión espiritual, dentro de los cuidados de enfermería, han contribuido, y lo siguen haciendo, a la riqueza, tanto cualitativa como cuantitativa, de éste paradigma emergente reconociendo la atención espiritual como una esfera válida de la práctica enfermera. Lo que ha llevado a tomar conciencia del papel de la espiritualidad en los cuidados sanitarios y los interrogantes sobre ésta [3,22,42-45].

La importancia de la relación entre la espiritualidad y la salud de las personas es evidente y reconocida por diferentes organismos, tanto por el Consejo Internacional de Enfermeras, a través de su Código Deontológico [46], y el Consejo de Enfermeras y Comadronas [47], como en publicaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud [48]. Así, como en la publicación de las normas para la Práctica de Enfermería Holística de la American Holistic Nurses Association [1] y en el desarrollo de los diagnósticos de enfermería por el North American Nursing Diagnosis Association [49], los cuales acompañan la formulación de intervenciones (NIC) y resultados (NOC) relacionados con esos diagnósticos [50,51].

Concretamente, el Código de Ética para Enfermeras del Consejo Internacional de Enfermería [46], señala que:

*“En la prestación de cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, familia y comunidad sean respetados”.*

Además, remarca la importancia de que: *“los gestores cuiden a su vez del bienestar físico, mental social y espiritual de sus enfermeras”* [46].

En relación a ello, algunos investigadores [52] plantean si es ético o no proporcionar atención espiritual. Ya que, si por un lado, la espiritualidad es un aspecto importante del cuidado de la salud, por otro, la secularización de estos cuidados puede presentar problemas éticos para muchos proveedores sanitarios, al tener opiniones opuestas, sobre si se debe y cómo ofrecer atención espiritual en el ámbito clínico. Estos investigadores [52] proponen a la hora de aplicar los cuidados en relación a la espiritualidad, centrarse en el aspecto ético de beneficencia y evitar la imposición de las propias creencias personales, tanto religiosas como las de secularización extrema.

En cualquier caso, las enfermeras tienen el deber ético, según su código deontológico, de prestar atención espiritual en cuanto a los cuidados de enfermería. Darle la espalda o ignorar ese cuidado, como una parte vital de la totalidad de la persona, podría según Wright y Neuberger [22], volver la práctica enfermera antiética.

En la actualidad, cuando se habla de atención espiritual en enfermería la literatura hace alusión a ésta desde diferentes perspectivas: por un lado mediante la identificación de las necesidades espirituales del paciente y de sus cuidadores, por otro, como una dimensión de quien brinda el cuidado, así como de quien es receptor del mismo. Y, por último, como competencia profesional del enfermero en relación a esa área del cuidado [53-55].

A su vez, dentro de esas perspectivas, los temas claves de investigación, entre otros, son los relacionados con: las actitudes de enfermería en relación a la atención espiritual; la influencia de los aspectos socio-culturales en los cuidados espirituales; la atención espiritual en cuidados paliativos, oncología y pacientes crónicos; evaluación de herramientas usadas en la investigación de atención espiritual; la formación y la competencia enfermera en esta área y dificultades de abordaje en la práctica clínica [5,55-57].

No obstante, a pesar de esta renovada inquietud, en la década de los 90 también se ofrecía una visión pesimista la cual consideraba que el interés en la dimensión espiritual, desde el punto de vista investigador iniciado en esos años, sería una moda pasajera [28]. Junto a esto, también han surgido más recientemente críticas fuera de la profesión enfermera, como por ejemplo las de Paley [58], que sugieren que el tratamiento de la espiritualidad, dentro de los dominios seculares, es un proyecto de profesionalización con el que las enfermeras tratan de reclamar jurisdicción sobre una esfera recién inventada de trabajo.

Sin embargo, en una encuesta reciente llevada a cabo entre los profesionales de enfermería ingleses, éstos han considerado que la espiritualidad y la atención espiritual son áreas legítimas y fundamentales de la práctica enfermera [23].

Este debate, sobre la importancia o no de abordar la dimensión espiritual dentro de los cuidados de enfermería, puede llevar como señalan Benito y Barbero [9], a caer en dos extremos: por un lado, “la obstinación espiritual” que pretende que en todo momento, todo el mundo intervenga explícitamente desde esa dimensión, y por el otro, el

“abandono espiritual”, impidiendo especialmente desde la omisión y la distancia, que los pacientes que lo precisen reciban respuesta a sus necesidades espirituales.

Además, si se tiene en cuenta que se vive en una sociedad que puede llegar a obviar, marginar o manipular esa dimensión, ésta puede quedar frecuentemente relegada al espacio de lo snob, la moda, lo beato o lo esotérico [9,14]. No obstante, un proceso de enfermedad es una oportunidad de apertura a la espiritualidad. Es en este contexto donde el profesional de enfermería se debate, pues, entre dos polos: de una parte, los conocimientos y el paradigma biomédico (centrado en el proceso biológico de la enfermedad), que enmarca su formación profesional y que obvia frecuentemente la dimensión espiritual dentro de los cuidados de enfermería, y de otra, el reto de no huir de las oportunidades que abren esta nueva perspectiva y llegar a hacer una profunda atención integral [5,9].

La dimensión espiritual, en el ámbito de la investigación se ha desarrollado, como se ha mencionado anteriormente, más a nivel internacional que nacional. Aunque, se ha de decir que en nuestro entorno, también está surgiendo un interés creciente en esta área del cuidado dentro de los profesionales sanitarios, pero centrada mayoritariamente en cuidados paliativos [9,59,60]. Así, un estudio realizado en ese contexto, sobre necesidades espirituales, indica que es muy reducido el número de profesionales de enfermería que se interesan por esta cuestión y además, se aprecia una gran disparidad y subjetividad a la hora de tratar el tema [61].

Hay investigadores [9,59], que sugieren que el escaso desarrollo de la atención a la dimensión espiritual en nuestro medio, puede deberse a la propia naturaleza subjetiva e intangible de lo que se está abordando. Por lo que, según éstos puede resultar difícil la evaluación e intervención desde el pensamiento científico en el que nos movemos profesionalmente, predominantemente positivista, basado en el experimento y por tanto en la cuantificación y la medición objetiva.

El ámbito de la espiritualidad, por el contrario, suele pertenecer a una experiencia humana vivencial, inefable y por lo tanto difícil de cuantificar [9,59]. Por lo que podría considerarse un tema poco científico, ante la dificultad de ser medido y probado [37]. Además, a lo anterior se ha de sumar la necesidad de implicación y de formación en esta área, por lo que todo ello podría dificultar su aplicación en la práctica profesional [9,59]. A esto hay que añadir, según señala la literatura, que el concepto de espiritualidad es muy

subjetivo y complejo a la hora de definir y aplicar en la práctica clínica, lo que crea incerteza e inseguridad a los investigadores a la hora de aplicarlo [11,42,44,62].

De este modo, aunque los profesionales de enfermería parecen sentirse cómodos al atender las necesidades biológicas, sin embargo, suelen carecer de confianza en el trato con dimensiones más subjetivas de la existencia humana, como la dimensión espiritual [9]. Pero, esta dificultad se encuentra no sólo en el colectivo enfermero, sino también en los médicos y otros profesionales, tanto del ámbito de la salud como fuera de ella, a la hora de abordar la dimensión espiritual lo que pone de manifiesto lo complejo y delicado del tema.

#### **4. Aproximación al concepto de espiritualidad**

El interés en la dimensión espiritual dentro de los cuidados de enfermería desde el punto de vista investigador y científico iniciado a finales del siglo XX, como se ha mencionado en el apartado anterior, siempre ha puesto de manifiesto la dificultad de definición de espiritualidad, lo que se puede constatar a través de artículos y revisiones llevadas a cabo, por diferentes autores, sobre esta área de investigación [11,42,44,62].

La espiritualidad es considerada con frecuencia, una característica innata de la naturaleza humana, universal, exclusiva de cada persona y diferente en cada cultura [10,14,59]. Autores como Tosao y Torralba [14,59] afirman que todas las personas la tienen, pero no todas la desarrollan por igual ni tienen la misma conciencia de ella. Por lo que se ha de tener en cuenta, que puede haber personas en las cuales lo espiritual pueda permanecer silente durante la mayor parte de su vida, o acontecer de formas diferentes [9].

La influencia cultural en la consideración del concepto de espiritualidad es también significativa. De esta manera, la espiritualidad tiene connotaciones distintas para el cristianismo, el judaísmo, el budismo, el islamismo, el agnosticismo y el ateísmo, así como para las prácticas panteístas [14,42].

Debido a esta polisemia y a la gran complejidad que supone abordar este tema, se ha considerado apropiado consultar diferentes fuentes, tanto dentro como fuera del ámbito de la salud, para que desde distintos ángulos y perspectivas, ya sea religiosa como filosófica, espiritual y existencial, aporten una visión general de los términos “espiritual” y “espiritualidad”. El pluralismo y la diversidad como exponentes de la realidad

cultural y social que están presentes en los cuidados de enfermería, deberían ser la garantía de respeto necesaria para cualquier aproximación espiritual [9].

De esta forma, si se hace una consulta en diferentes diccionarios como por ejemplo el de Teología de Izquierdo et al [63], el de Filosofía de Ferrater Mora [64] o el de la Real Academia de la Lengua Española [65], todos ellos coinciden en que es un término muy polisémico.

Así, el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española [65] define la palabra **“espiritual”** como: *“Perteneiente o relativo al **“espíritu”** o **“Dicho de una persona muy sensible y poco interesada por lo material”**”*.

Respecto al término **“espiritualidad”** le otorga los siguientes significados:

*“Naturaleza y condición de espiritual”. “Cualidad de las cosas espiritualizadas o reducidas a la condición de eclesiásticas”. “Obra o cosa espiritual”. “Conjunto de ideas referentes a la vida espiritual”.*

El diccionario de Teología de Izquierdo et al [63] describe que:

*“Si se utiliza **“espiritual”** en el sentido fundamental y primario entonces se habla de vivencia espiritual. La vida espiritual es la vida más allá de lo sensible y material; profundizando más, se podría afirmar que la vida espiritual es principalmente la vida de relación personal, con otros seres personales y sobre todo con Dios. La espiritualidad, constituye pues el centro del ser humano, afecta a la totalidad de sus dimensiones incluidas la corporalidad y la relación con el conjunto de la realidad creada, es decir, con el mundo material”.*

Por su parte, Ferrater Mora [64] en su diccionario de Filosofía se refiere al **“espíritu”** y **“espiritual”**, como términos que han sido y son usados, todavía, en varios sentidos y dentro de muy diversos contextos. De esta manera:

*“El término **“espíritu”** se ha usado con frecuencia para traducir los vocablos griegos (nous) y (pneuma) que designan realidades que trascienden lo vital y lo orgánico. Por lo demás, el término **“espíritu”** procede del latín spiritus, el cual, si bien originariamente designa «soplo», «aliento», «exhalación», etc., se ha usado asimismo, y con frecuencia, para referirse a algo esencialmente inmaterial y dotado de razón: a algo semejante a lo designado mediante los dos indicados vocablos griegos”.*

Si lo anterior puede dar una idea de la variedad de significados para el concepto que nos ocupa fuera del ámbito de la salud, no hay menos polisemia de significados dentro de ella. Hecho que se pone de manifiesto en una revisión integral de la literatura médica que ha documentado más de 90 intentos de definición de espiritualidad [66].

Estas definiciones se pueden agrupar en varios bloques temáticos como, por ejemplo, las que incluyen: la relación con Dios o un ser espiritual, o algo superior a uno mismo; trascendencia; esencia de la persona; significado o propósito en la vida; fuerza vital de la persona, vida interior, paz interior; comunión con otros; relaciones con familiares y amigos; contacto con la naturaleza, el arte, la música, la solidaridad [10,12,66].

Continuando dentro del campo de la salud, Bayés [53] considera, que más que un constructo causal teórico denominado “espiritualidad”, quizás sería preferible que nos limitásemos a hablar de personas que muestran ciertas conductas, verbales y no verbales, a través de las cuales se deducen necesidades y creencias que se califican como espirituales.

En la literatura de enfermería sobre cuidados espirituales la definición, que al parecer más se ha citado, según McSherry y Jamienson [23] ha sido la ofrecida por Murray y Zentner en 1989 [67] que definieron la espiritualidad como:

*“Un fenómeno universal que es profundamente personal, sensible a menudo a un área oculta de la vida humana y que se aplica a todas las personas, tanto los que tienen una creencia religiosa como los que no la tienen”.*

Pero, esta definición que ha sido ampliamente adoptada y perpetuada por la literatura enfermera ha sido considerada, a su vez, perjudicial para esta profesión ya que se ha usado sin crítica alguna [23]. Se considera, que la dimensión espiritual es demasiado importante para estar limitada a la subjetividad de los profesionales de enfermería. Por lo que hay un reconocimiento, dentro y fuera de este colectivo, de que se debe ser más analítico y crítico en el desarrollo de este concepto [58,68,69]. Mientras tanto, el debate sobre la definición, clasificación y diferenciación entre espiritualidad y religión continúa entre los investigadores [10,62,68,69].

En nuestro contexto, y dentro de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), se ha formado un Grupo de trabajo sobre Espiritualidad (GES) [60] en



relación con los cuidados paliativos, que desde una óptica humanista, abierta y aconfesional, según se definen, consideran que:

*“La espiritualidad es un movimiento de búsqueda personal en tres direcciones: hacia el interior de uno mismo en búsqueda de sentido; hacia el entorno en búsqueda de conexión y hacia el más allá en búsqueda de trascendencia. Se asocia también al desarrollo de unas cualidades y valores que fomenten el amor y la paz” [15].*

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su definición de salud incluye dominios de bienestar, los cuales, incorporan la dimensión espiritual de acuerdo a un documento de 1997, donde pone énfasis en lo espiritual desde una perspectiva integral a escala mundial [70].

De esta manera, y con el objetivo de identificar y consensuar puntos de acuerdo sobre la definición y aplicación de la espiritualidad (tanto en lo conceptual como en lo pragmático), que fuese ampliamente aceptada dentro del campo sanitario, llevó a reunir en Estados Unidos en 2009 a un grupo de expertos en el tema. Este grupo estaba compuesto por una muestra representativa de 40 líderes nacionales, incluidos profesionales medicina, de enfermería, psicología, asistentes sociales, sacerdotes, otros proveedores de cuidados espirituales y administradores ejecutivos de la sanidad. Todos se comprometieron a desarrollar una definición de espiritualidad basada en el consenso, y hacer recomendaciones para mejorar los cuidados espirituales, sobre todo, en el contexto de cuidados paliativos [71].

Los elementos clave en la definición de espiritualidad que consensuaron incluyeron el significado, la conexión con la espiritualidad como un aspecto de la condición humana y la búsqueda de lo significativo o sagrado. Además, se definió la espiritualidad como aglutinadora de cuestiones filosóficas, religiosas, espirituales y existenciales que surgen en el entorno clínico. Estos elementos se sustentaron, según sus autores, en la bibliografía filosófica, racional, empírica y clínica [71].

La definición consensuada que surgió del encuentro fue:

*“La espiritualidad es el aspecto de la condición humana que se refiere a la manera en que los individuos buscan y expresan significado y propósito, así como la manera en que expresan un estado de conexión con el momento, con uno mismo (self), con otros, con la naturaleza y con lo significativo o sagrado” [71].*

Tras esta descripción de espiritualidad basada en el consenso que recientemente aporta la revisión de la literatura, y sin descartar otras, los investigadores y profesionales de la salud o relacionados con ella, esperan salvar el escollo que supone la definición del concepto que nos ocupa para poder aplicarlo en la práctica clínica.

Aunque, es una definición pensada principalmente para mejorar los cuidados paliativos, ya que el tratamiento de las inquietudes espirituales suele considerarse una cuestión del estadio terminal [60], se puede hacer extensible a otros ámbitos de la salud, ya que dichas inquietudes pueden surgir en cualquier momento después del diagnóstico [20,72]. Por lo que la atención de la dimensión espiritual, no es patrimonio de la especialidad de paliativos ni de ninguna otra orientación o especialidad terapéutica. Pero, eso sí, dicha atención debería ser especialmente cuidada en aquellos ámbitos en los que la experiencia de sufrimiento es muy significativa y en los escenarios donde la fragilidad, dependencia, cronicidad o la posible y cercana experiencia de muerte es evidente, como por ejemplo en momentos de enfermedad, ingreso y estancia hospitalaria [72,73].

Podemos concluir en este apartado sobre la aproximación al concepto de espiritualidad que su definición resulta difícil por la amplia polisemia, que es un concepto aplicado en diversos ámbitos, y que también en enfermería tiene una gran relevancia, pues forma parte del cuidado integral. En cuanto a la complejidad de su abordaje, aparte de lo ya mencionado, otra dificultad que se une a la de definición del concepto de espiritualidad, y que se pone de manifiesto en la revisión de la literatura, es la tendencia general a confundir “lo espiritual” y lo “religioso” [42,44,62]. Ya que como menciona Como [42]: *“Teóricamente, como seres humanos todos somos espirituales. Sin embargo, al mismo tiempo, no todas las personas son religiosas”*.

## **5. Espiritualidad y religión**

La espiritualidad y la religión se consideran términos afines y complementarios, pero no sinónimos [12,13,42,44,62].

En los hospices británicos, la definición religiosa original de espiritualidad como una relación con Dios o un Ser Supremo, se sustituyó por el concepto de espiritualidad como una búsqueda personal del sentido y profundidad de la existencia, vinculada con el propósito y el proyecto personal. ¿Quién soy? ¿Qué sentido tiene mi vida? ¿Qué puedo esperar? ¿Qué he venido a hacer aquí? [59].

En cambio la palabra “religión” es definida como:

*“Un conjunto de creencias, de representaciones y ritos profesados por grupos de personas, y que conciernen a lo que está más allá de la vida cotidiana o es considerado el centro o fundamento de todo” [63].*

Como aspecto central a la mayoría de las religiones se encuentra la creencia en -y la vinculación con- un dios o ser supremo, así como la esperanza en la salvación tras la muerte [15].

Mientras que la religión supone la pertenencia a una comunidad concreta con su núcleo de creencias, textos sagrados de referencia, ritos y oraciones, la espiritualidad, como ya se ha visto anteriormente, tiende a referirse a la capacidad íntima del ser humano de buscar el propósito y sentido de su existencia, como parte de la esencia humana que lucha por alcanzar valores trascendentes [15]. Así, aunque tradicionalmente las religiones han ofrecido y ofrecen rituales a través de los cuales acceder y expresar la espiritualidad, ésta no tiene porqué expresarse, necesariamente, ni únicamente, a través de una religión [15].

Por consiguiente, habrá personas que pueden utilizar la religión como un medio para expresar su espiritualidad y como una manera de relacionarse con lo trascendente, esto sería a través de una dimensión religiosa de la espiritualidad, y otras no [11,59]. Aunque, frecuentemente tienden a confundirse los dos términos, tanto por parte de los pacientes como de los profesionales.

En relación a este tema, McSherry et al [74], realizaron una investigación cualitativa con el propósito de conocer cómo los pacientes, los profesionales de enfermería y algunos líderes religiosos, de las principales religiones del mundo, entienden el concepto de espiritualidad. Los resultados del estudio mostraron que muchos pacientes la consideraban sinónimo de religión y que el concepto de espiritualidad no puede ser reconocido de manera universal, ya que al tener diversos significados e interpretaciones, puede ser concebido de forma diferente por cada individuo, ante lo cual sugieren ser cuidadosos al intentar aplicar el término, al no tener un significado uniforme.

En un estudio similar [61] realizado en nuestro medio a nivel estatal entre diferentes profesionales de cuidados paliativos se coincidía, con el estudio anterior, en la confusión existente para distinguir entre espiritualidad y religiosidad entre los

participantes de la investigación. Además, éstos señalaban de no disponer de herramientas o recursos concretos para saber detectar las necesidades espirituales.

Así como, en la práctica clínica se dispone de medios para el control de los síntomas físicos o protocolos de abordaje de los aspectos emocionales, aparecen necesidades como las espirituales que surgen del espacio más interior de cada persona expresadas en preguntas sobre el sentido de la vida y de la muerte, a las cuales cuesta más dar respuesta y para las cuales, obviamente, no sirve cualquier instrumento [9].

## **6. Necesidades espirituales y atención de enfermería en la práctica clínica.**

Barbero [75] afirma que el concepto de necesidad es ambiguo. Pero ya Maslow, citado por este autor, nos invita a tomar conciencia de la diversidad de necesidades que con todos sus límites, él clasifica de manera jerárquica como: fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de estima y reconocimiento y de autorrealización [75].

Por su parte, las necesidades de orden espiritual forman parte del cuadro de necesidades humanas y requieren, como cualquier otra necesidad, de la intervención adecuada, competente y profesional de quienes ejercen la labor de cuidar [14].

Hay investigadores [53,76], que siguiendo las recomendaciones de la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) y de la Guía de Criterios de Calidad en Cuidados Paliativos, creen que se han de definir las necesidades espirituales y los instrumentos para su detección y evaluación siendo sensibles tanto a las diferencias individuales como a las variaciones temporales que se dan en una misma persona. Estas variaciones dependerán de las circunstancias y el estado evolutivo de cada individuo. Por lo que serán diferentes en una persona sana que en otra que esté viviendo un proceso de enfermedad [14].

Es desde ese punto de vista y de acuerdo con Torralba [14], que las necesidades espirituales no deben ser consideradas como un residuo de carácter confesional que se trata de incrustar artificialmente en un mundo secularizado y laico, sino un rasgo antropológico universal. Ya que -añade- todo ser humano, en tanto que humano, presentará necesidades espirituales que deberá resolver a lo largo de su vida, pero que se articularán en cada contexto según el momento, la cultura y la tradición del lugar donde se ubica éste.

De este modo, los pacientes pueden expresar sus necesidades espirituales en diferentes niveles. Y los profesionales de enfermería pueden dar asistencia espiritual de acuerdo a ese grado de necesidad. Así, algunos pacientes pueden no necesitar o desear atención espiritual, otros pueden necesitar un apoyo mínimo o tener sus necesidades espirituales cubiertas por un sacerdote, consejero espiritual, familiares o amigos y otros pueden necesitar atención espiritual por parte del personal de enfermería [77].

Dentro de nuestro contexto y según la revisión de la literatura y a la convergencia de diferentes autores, Tosao [59] menciona una serie de necesidades espirituales, relacionadas con la dimensión espiritual según la propuesta del Grupo de Espiritualidad de la SECPAL [76].

<b>TABLA 1. Propuesta de necesidades espirituales del Grupo de Espiritualidad de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2008)</b>
Ser reconocido como persona.
Releer su vida.
Encontrar sentido a la existencia y al devenir: La búsqueda de sentido.
Liberarse de la culpabilidad, perdonarse.
Reconciliación.
Establecer su vida más allá de sí mismo.
Continuidad de un más allá.
Auténtica esperanza, no de ilusiones falsas. La conexión con el tiempo.
Expresar sentimientos y vivencias religiosas.
Amar y ser amado.

Fuente: Tosao Sánchez, C [59].

Al igual que la no satisfacción de las necesidades físicas suele entrañar sufrimiento, el no dar respuesta a las necesidades espirituales puede entrañar sufrimiento igualmente. Y ello se puede hacer visible, sobre todo, en la experiencia de la enfermedad. Ésta suele provocar malestar debido a los cambios en los roles personales, el dolor, los

síntomas agudos y crónicos y el potencial de posible muerte [13]. Por lo que, una persona puede tener angustia espiritual a causa de la enfermedad y puede hacer preguntas como, ¿por qué me está pasando esto a mí? y ¿qué sucede cuando morimos? [77].

Es dentro de este contexto teórico donde la meta de todo profesional de enfermería debería ser, según Rivera y Montero [78], el cuidado comprensivo del paciente, es decir, visualizando a éste en conjunto como totalidad. A tal efecto, sería conveniente llevar a cabo una evaluación comprensiva, holística, dentro de la cual se pudieran identificar las necesidades espirituales de los pacientes. Pero, para ello es necesario que el colectivo enfermero incorpore estrategias que le permita cubrir el reto que suponen las necesidades espirituales, y pueda afrontar esta responsabilidad con eficacia e independencia de sus propios valores y creencias [9,53].

No obstante, para poder evaluar y dar respuesta a las necesidades espirituales de los pacientes, durante el proceso asistencial, será necesario que estas necesidades se registren en el momento de realizar la historia clínica [53]. Dentro de ésta, el registro de enfermería es el documento que recoge la actividad planificada y realizada por estos profesionales y toda la información que genera su relación con el paciente [79]. Pero, el registro de las necesidades espirituales pocas veces se lleva a cabo, o están por completo ausentes en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)<sup>3</sup>, lo que las hace invisible y por lo tanto difíciles de evaluar y diagnosticar [4,80].

Aunque, en los registros enfermeros las necesidades espirituales estén prácticamente ausentes, en cambio, el lenguaje científico de enfermería que por sí mismo afirma y determina el contenido y finalidad de la profesión [3], define entre otros lo siguientes diagnósticos de enfermería en relación a la atención espiritual: sufrimiento espiritual, riesgo de sufrimiento espiritual, disposición para mejorar el bienestar espiritual, deterioro de la religiosidad, disposición para mejorar la religiosidad y riesgo de deterioro de la religiosidad [49]. Los cuales a su vez, conllevan una serie de intervenciones y resultados para dar respuesta a esos diagnósticos documentados a través de las nomenclaturas NIC (Nursing Interventions Classifications Nursing) y NOC (Nursing Outcomes Classification) [50,51].

---

<sup>3</sup> El PAE es la metodología científica de enfermería y es considerada un método sistemático de dar cuidados humanistas, eficientes y centrados en conseguir los resultados esperados [81].

Asimismo, la literatura define términos espirituales proporcionando herramientas mediante las cuales los profesionales de enfermería pueden incorporar la evaluación espiritual de los pacientes en su plan de cuidados [12,42,44]. No obstante, la mayor parte de los instrumentos estandarizados para la evaluación espiritual son, según Tosao [59], traducciones no validadas del inglés, no adaptadas al contexto Europeo y diseñados con objetivos de investigación, pero sin perfil clínico. Además, ninguna de ellas ha sido utilizada en nuestro medio [59]. A su vez, esta misma autora recomienda ser cuidadoso en la introducción rutinaria de cuestionarios, test o entrevistas estructuradas, de forma indiscriminada, ya que podrían viciar una relación profundamente humana y solidaria con las personas enfermas.

De otra manera, aunque se cuente con esos recursos muchos profesionales de enfermería se sienten reacios a proporcionar atención espiritual, a pesar que los pacientes pueden esperar intervenciones espirituales que pueden influir positivamente en el proceso de curación [16]. Así, hay estudios [82,83] que revelan que un número significativo de enfermeros rara vez dan respuesta a esta dimensión en su práctica profesional, y no tienden a verse a sí mismos cualificados en esta esfera del cuidado. Además, a causa de la naturaleza privada e íntima de la atención espiritual, estos profesionales tienden a no hablar acerca de dar asistencia espiritual con otros colegas de profesión, ni a documentar su cuidado espiritual [77].

Desde este punto de vista, Baldacchino [83] observó que el personal de enfermería que cuida a pacientes afectados de infarto agudo de miocardio, en un ámbito hospitalario, se siente más capacitado para dar respuesta a las necesidades fisiológicas de sus pacientes que a las necesidades espirituales ya que se rigen, según esta autora, por un modelo de cuidados biomédicos. Frente a ello, hay profesionales de enfermería que reconocen que lo ideal es dejar esa función para los sacerdotes o líderes religiosos [78]. Y consideran, que ellos no tienen ni el monopolio ni la competencia en cuanto a la atención espiritual, por lo que son conscientes de la necesidad de establecer contactos y colaboración con otros profesionales de la salud, para apoyar a los pacientes en esa área del cuidado [23].

Relacionado con este hecho, la literatura evidencia que a veces la atención espiritual puede tener más valor para los pacientes que para los propios profesionales [16]. De esta manera, en una investigación [16] realizada para evaluar las necesidades espirituales entre pacientes de cáncer avanzado en Nueva Inglaterra y Texas, el 72% de

los participantes informó que esas necesidades no contaban con el apoyo de los profesionales sanitarios. Los resultados de ese mismo estudio concluyeron que cuando los pacientes contaban con ese sostén, a la hora de atender las necesidades de orden espiritual, experimentaban una mejoría en la calidad de vida.

Aunque, como se ha hecho mención anteriormente, haya profesionales de enfermería reacios a proporcionar atención espiritual, en cambio, hay otros que creen que atender las necesidades espirituales de los pacientes forma parte integral de los cuidados enfermeros, además, de mejorar la calidad general de los mismos. Es por ello, que estos profesionales se identifican a sí mismos como responsables para atender esas necesidades. Sin embargo, por lo general, le conceden una muy baja prioridad respecto a otras demandas de atención clínica [23].

No obstante, cuando dan respuesta a las necesidades espirituales lo hacen, frecuentemente, mediante el **acompañamiento** [13,23,61]. Éste implica pasar tiempo con los pacientes dando apoyo y consuelo en momentos de necesidad espiritual, permitir que encuentren significado y propósito sobre su enfermedad, escuchar y dar tiempo a estos a discutir y explorar sus miedos, ansiedades y problemas, facilitar la oración, la meditación, las lecturas sagradas u otras prácticas religiosas y espirituales, ponerlos en contacto con sus líderes espirituales, y tener respeto por la privacidad, dignidad y por las creencias, religiosas y culturales del paciente [13,23,61,76,77,84].

Se considera que este tipo de atención espiritual puede ayudar al aumento de sensaciones y estados de paz, bienestar, armonía y calma espiritual [13,76]. Por lo que todo ello puede producir un bienestar espiritual que se relaciona, normalmente, con una mayor calidad de vida, lo que permite a los pacientes seguir disfrutando de su existencia, independientemente de la percepción que tengan de la gravedad de la enfermedad y del grado de dolor o fatiga [85].

La espiritualidad, la salud espiritual y las prácticas espirituales contribuyen, según las investigaciones [17-19], a mejorar la capacidad de afrontamiento y el impacto que produce la enfermedad sobre la calidad de vida, a la satisfacción de ésta y a aliviar el dolor y el sufrimiento. En un meta-análisis reciente [86], los resultados del estudio sugieren que la intervención espiritual puede disminuir la depresión y la ansiedad. Por lo que la fuerza que dan las creencias espirituales son factores positivos para la supervivencia [87]. En relación a ello, hay estudios realizados con pacientes oncológicos



y crónicos [20,21,88], mentales [87], pediátricos [89,90] y pacientes de cuidados intensivos [2], entre otros, donde se evidencia que la atención espiritual en los cuidados de enfermería contribuye a la evolución favorable del estado de salud y a enfrentarse a la enfermedad.

De otro modo, la literatura muestra que la percepción que los profesionales de enfermería tengan sobre la dimensión espiritual puede influir en el grado en que las necesidades espirituales de los pacientes se van a identificar, valorar, planificar y evaluar [23-26]. Lo que puede afectar directamente la forma en que éstos profesionales se comportan, ocupan y se comunican con sus pacientes en esta área [24,25,84]. Así, si la percepción sobre la espiritualidad es positiva el grado de atención espiritual será directamente proporcional a esa percepción pero también a la inversa [25,84].

## **7. Percepción enfermera y cuidado espiritual.**

En las investigaciones realizadas a nivel internacional, sobre percepción enfermera y cuidado espiritual, se evidencia por un lado, que estos profesionales perciben que el cuidado espiritual juega un rol importante dentro de una visión holística de enfermería. Y por el otro, que hay una relación directa entre una mayor percepción personal de espiritualidad dentro de este colectivo, y una actitud positiva a la hora de proporcionar atención espiritual a los pacientes en la práctica profesional. Por lo que tienden a concebir que la espiritualidad puede influir en el estado de salud y por ende en la enfermedad [23,25,84,91,92].

La revisión de la literatura evidencia que una percepción positiva de la espiritualidad está relacionada con variables socio demográficas como la edad, el estado civil, experiencia profesional, especialidad, formación, creencias y valores personales [25,26,84,92]. Así, el personal de enfermería de más edad pero también los recién graduados y los que tienen más experiencia en práctica clínica, son más sensibles y propensos a atender las necesidades espirituales de los pacientes, que aquellos que tienen poca experiencia o escasa formación [26,84]. Al igual que los que trabajan en cuidados paliativos, intensivos, ginecología y obstetricia o han estado alguna vez ingresados [84]. Y los que tienen un nivel alto de formación académica o han recibido formación específica sobre atención espiritual [93].

Igualmente, las creencias socio-culturales, personales y las relacionadas con la dinámica organizativa, también juegan un papel muy importante a la hora de percibir la dimensión espiritual, tanto a nivel conceptual como en la práctica profesional [5,25,92,94].

En investigaciones realizadas en hospitales de Turquía, Tanzania y Hong Kong [25,92,94] la percepción de los profesionales de enfermería en relación a la atención espiritual de los pacientes, está íntimamente relacionada con las creencias religiosas y culturales del lugar por lo que los cuidados espirituales se ofrecerán teniendo en cuenta esos elementos. De esta manera, creencias como el mal de ojo, la brujería, los malos espíritus o creer en el destino, influyen a la hora de ofrecer y recibir atención espiritual [25,94].

Al mismo tiempo, hay estudios [23,26,84] que evidencian que el personal de enfermería con creencias religiosas es más proclive a ofrecer atención espiritual que los que carecen de ellas. No obstante, se recomienda evitar imponer las propias creencias personales tanto seculares como religiosas, ya que se pueden obviar o no tener en cuenta las propias del paciente [23,25,95]. Aparte de ello, parece aceptarse de que con independencia de la propia creencia personal, hay una necesidad fundamental para satisfacer las necesidades espirituales de los pacientes [23]. Aún así, en un estudio Vance [96] concluyó, que aunque los profesionales de enfermería se perciben a sí mismo como altamente espirituales, sin embargo, sólo una cuarta parte de ellos ofrecen atención espiritual adecuada a sus pacientes.

Asimismo, las prácticas de la cultura organizativa también pueden influir en cómo la enfermería asistencial percibe su experiencia profesional diaria [5]. Específicamente, estas influencias tienden a desarrollarse en un tiempo considerado muy limitado, por parte de los profesionales, para dar respuesta a las necesidades espirituales y además, en un espacio que es indiferente, esto es, que no invita a la comunicación íntima y reflexiva que requiere el tema, por lo que se puede percibir la atención espiritual de forma negativa [5].

Otro aspecto que contribuye a la escasa consideración de la dimensión espiritual en los cuidados enfermeros, es la amplia influencia del modelo biomédico aplicado en la práctica clínica, el cual contribuye a que el cuerpo sea percibido como objeto de intervención técnica. Por lo que la vida del otro, esto es del paciente, se vive desde la distancia más que desde lo cercano y lo personal [5]. Esto se puede relacionar con el

proceso de hospitalización, en el cuál con el objetivo de ser más resolutivo, se intensifican los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y es en este contexto, donde los cuidados de enfermería se intensifican pero también se tecnifican [97].

Según el Consell de Col.legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya [97], cada día, en el conjunto de hospitales con función pública de Cataluña, los profesionales de enfermería destinan entre el 75 y el 80% del tiempo de su jornada a la realización de cuidados directos e indirectos a los enfermos. Pero más de la mitad de ese tiempo está dedicado a cuidados técnicos (aquellos vinculados a las intervenciones relacionadas con la respiración, las pruebas y exploraciones diagnósticas y las intervenciones relacionadas con los tratamientos). Destacar que sólo las actividades vinculadas a los tratamientos representan un 41% del tiempo en las unidades quirúrgicas y sólo un 12% del tiempo se dedica a otro tipo de intervenciones como las relacionadas con la comunicación [97].

A esa distribución del tiempo y a la tecnificación de los cuidados se une, además, la percepción que estos profesionales tengan sobre lo complicado o no que le resulte dar respuesta a las necesidades espirituales de sus pacientes. En uno de los estudios [25], los profesionales de enfermería, al relacionar espiritualidad con religiosidad, se definieron más espirituales, el 74%, que religiosos 59%. Pero a la hora de ofrecer atención espiritual, la mayoría de intervenciones practicadas eran la oración, servicio sacerdotal, lecturas sagradas y hablar con los pacientes sobre un tema religioso. De hecho organizar una visita con un sacerdote es una de las más habituales intervenciones de enfermería, dentro del cuidado espiritual.

Estas intervenciones eran definidas, por los profesionales del estudio, como necesidades religiosas a las cuales, consideraban, se podía dar una respuesta más fácil que a las necesidades espirituales [25]. Éstas, en el estudio eran percibidas, como más profundas (búsqueda de sentido a una crisis, búsqueda de recursos para la propia sanación interior o la búsqueda de fuerza interior ante la desesperanza). Para las cuales, el personal enfermero, no se consideraba preparado, pues pensaba que para solventarlas, se debía haber establecido previamente con el paciente una relación más profunda [25]. En esa relación, la empatía y la confianza son requisitos previos para el cuidado espiritual [61,98].

La literatura evidencia que los profesionales de enfermería tienen más probabilidades de ofrecer cuidado espiritual, cuando ellos mismos se sienten cómodos

con su propia espiritualidad y han realizado un trabajo de afrontamiento de sus propias pérdidas, desarrollando en sí mismos una conciencia de las necesidades de esa dimensión [59].

Igualmente, la necesidad de formación es percibida e identificada como necesaria para proporcionar y comprender mejor tanto las necesidades como el cuidado espiritual [23,26,61]. De esta manera, los profesionales que tienen un alto nivel formativo, presentan más sensibilidad y percepción positiva para atender las necesidades espirituales. Predomina esta actitud en profesionales con doctorados, postgrados y másteres [25,93]. Ello a su vez ayuda a que el personal de enfermería madure en la percepción de su propia espiritualidad, por lo que será más propenso, según Stranahan [25] a desarrollar con comodidad y competencia la prestación de asistencia espiritual en sus pacientes.

En un estudio realizado en España [61], entre diferentes profesionales de cuidados paliativos, entre ellos 73 profesionales de enfermería, sobre percepción y necesidades espirituales, estos reconocen un elevado desconocimiento del ámbito espiritual y señalan la necesidad de una formación de cierta calidad y de características específicas: un trabajo personal para despertar o cultivar la propia dimensión espiritual, una formación de reflexión en equipo sobre estos aspectos y disponer de herramientas o recursos concretos para saber detectar las necesidades espirituales.

Aunque, la literatura evidencia que un enfoque holístico de la enfermería debería incluir la dimensión espiritual, sin embargo, la consideración exacta de qué aspectos de los seres humanos puede ser abordado como espiritual se ha mantenido más bien confusa. Así, aunque por un lado los pacientes y las enfermeras están de acuerdo que el cuidado espiritual puede ser beneficioso. Del otro, la literatura de enfermería refleja una falta de orientación sobre cómo dar asistencia espiritual en la práctica. Esto da como resultado que tanto investigadores como profesionales tengan dificultades a la hora de abordar las cuestiones espirituales. De esta manera, según Car [5], el cuidado espiritual sigue siendo pobre, marginal y habita en la periferia de la profesión

## **8. Dificultad de aplicación de la dimensión espiritual en la práctica clínica.**

Son diversos los factores que pueden contribuir a la marginación de la atención espiritual por parte del colectivo enfermero, lo que podría condicionar, a su vez, la percepción que éstos tengan sobre la misma [25]. Dentro de esos factores se incluyen

diferentes elementos, tanto a nivel individual, profesional como organizativos que, en conjunto, pueden contribuir a crear formidables barreras para el cuidado espiritual y que suelen ser descritos por: la falta de tiempo y de personal, la falta de privacidad, las limitaciones económicas, el dominio del modelo biomédico, el énfasis en la tecnología más que en el cuidado integral, la falta de formación, el no sentir que es una competencia propia de enfermería, y además la incerteza y subjetividad cuando las enfermeras definen el concepto de espiritualidad en la práctica clínica [4,5,54,55,77,99].

El reto consiste en lograr la interacción entre la espiritualidad y los cuidados de enfermería en la práctica profesional. Hecho que, sumado a lo anterior, se complica cuando por un lado, los registros de valoración enfermera, por regla general, no incluyen ni tratan las cuestiones espirituales [23,53,80]. Y por el otro, esta dimensión tampoco parece estar formalmente integrada en la mayoría de los programas de educación de enfermería [100].

De este modo, la mayoría de estudios [23,26,44,45,61,93] recomiendan una formación específica sobre el tema para dar respuesta a este vacío formativo, y sugieren que la atención espiritual ocupe un lugar más prominente en la educación de enfermería, a fin de preparar adecuadamente a los profesionales para que puedan ser competentes en esta área en su práctica profesional. Y es que la poca frecuencia con la que el colectivo enfermero identifica las necesidades espirituales y proporciona atención espiritual se considera incompatible, con el lugar prominente asignado a la espiritualidad por la historia, la teóricas de enfermería, los códigos éticos de conducta profesional y las organizaciones profesionales [25].

A su vez, la falta de formación y competencia no pueden explicar la discrepancia entre las expectativas creadas a la hora de reconocer la importancia de atención espiritual y la falta de cumplimiento en la práctica. Ante lo cual, si los proveedores de atención sanitaria quieren ofrecer una atención integral a los pacientes, se tendrá que crear un entorno en el que la espiritualidad sea competentemente abordada [7].

Frente a esto, se sugiere que también habrá que tener en cuenta las políticas estructurales de la organización, a la hora de atender la dimensión espiritual en los centros hospitalarios [5]. Ya que ello, junto con todo lo anterior, puede influir considerablemente en la percepción que las enfermeras tengan sobre la atención

espiritual, pudiendo condicionar la comodidad o incomodidad, de estos profesionales, a la hora de cubrir las necesidades espirituales de los pacientes [5,25].

Llegados a este punto y tras presentar las conclusiones que emergen de la revisión de la literatura, se ha podido evidenciar la importancia del cuidado espiritual en la atención del paciente, independientemente del grado de gravedad de su problema de salud. Así, hay variedad de estudios en donde se investiga acerca de la espiritualidad por parte de quien recibe el cuidado, esto es el paciente. También se ha indagado en la importancia que la atención espiritual tiene para el cuidado de enfermería, en cuanto a la identificación de las necesidades espirituales presentes en los usuarios. Pero, a la vez se evidencia la dificultad que existe en cuanto a identificar y poner en práctica el cuidado espiritual desde la perspectiva de quien lo brinda, esto es el profesional de enfermería.

La atención espiritual se conceptualiza y considera como un referente conocido y presente en la interacción paciente-enfermera, pero difícilmente se sustenta su presencia en la práctica profesional.

Es por ello, que este estudio se plantea explorar y analizar la percepción y experiencia que tienen los profesionales de enfermería asistencial del Hospital Clínic de Barcelona sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica.

## MARCO TEÓRICO:

El marco teórico para este estudio se enmarca dentro del paradigma de la investigación cualitativa, desde la perspectiva del Interaccionismo Simbólico, base filosófica de la Teoría Fundamentada (Grounded Theory), que es la metodología escogida para esta investigación y que fue desarrollada por Glaser y Strauss en 1967 [101].

El Interaccionismo Simbólico de Blumer [102], concibe a los seres humanos en tanto agentes, protagonistas de comportamientos auto reflexivos inmersos en un mundo que deben interpretar, en orden a actuar, más que un conjunto de estímulos medioambientales a los que estén forzados a responder. Es decir, la persona forma parte de la sociedad y sus opiniones y creencias están influenciadas por quién es y qué rol adopta dentro de la misma.

Blumer [102], se basa en tres premisas básicas:

1. *“El ser humano actúa respecto a las cosas y a las personas en función de los significados que éstas tienen para ella”.*

Al decir cosas se hace referencia a objetos físicos, otras personas, categorías como amigos o enemigos, instituciones, ideales, creencias, actividades y situaciones de todo tipo que un individuo afronta en su vida cotidiana [102].

2. *“El significado de tales cosas se deriva o surge como consecuencia de la interacción social de cada individuo con otros, en un proceso continuo”*

El significado es un producto social, es decir, una creación que emana de las acciones interactivas de los individuos [102].

3. *“Estos significados son negociados y modificados a través de un proceso interpretativo utilizado por la persona a la hora de tratar con las situaciones que encuentra”.*

Este proceso interpretativo tiene dos fases: primero la persona identifica aquello que tiene significado y después lo interpreta internamente, manipula y revisa ese significado para orientar sus actuaciones. La perspectiva del Interaccionismo Simbólico

asume que los individuos son activos, creativos y reflexivos y que la vida social se compone de procesos [102].

De esta forma, el personal de enfermería asistencial en relación a la atención de la dimensión espiritual, orientará sus actos en función del significado que eso tenga para ellos. La revisión de la literatura, como se ha visto anteriormente, evidencia que la percepción que estos profesionales tienen sobre el cuidado espiritual puede condicionar la forma en que lo aplican en su práctica asistencial. Así, las respuestas respecto a esta esfera del cuidado en su quehacer profesional, pueden estar, directamente relacionadas con el significado que le den a la atención espiritual.

Los profesionales de enfermería desarrollan su actividad profesional en un proceso dinámico de interacción continua, no sólo con los pacientes a su cargo, sino con el resto de profesionales que trabajan en la misma institución y servicio que ellos, por lo que sus opiniones, actitudes y práctica en relación al cuidado espiritual estarán enmarcadas dentro de ese proceso interactivo.

A su vez, esa interacción social, dentro de la práctica asistencial, puede estar vinculada al rol que la enfermera ejerza como profesional, a sus propias vivencias, creencias personales y al clima cultural de la organización que dirige las formas y comportamientos de sus empleados. Cultura organizativa que viene marcada, entre otras cosas, por diferentes elementos como por ejemplo la política, valores, economía o contexto histórico del momento y que pueden influir en todo el proceso asistencial.

Por consiguiente, el significado es el fruto de la interacción entre los individuos [102]. Por lo que la percepción y experiencia profesional dentro de la aplicación práctica de la atención espiritual en las enfermeras asistenciales, puede estar determinada por el significado que estos profesionales den a esa atención, dentro de un proceso dinámico de interacción continua con otros actores sociales y la interpretación que los propios profesionales hagan de todo ello.

Así, el personal de enfermería puede planificar, proyectar y revisar sus pensamientos y conductas, respecto a la percepción y experiencia profesional de la atención de la dimensión espiritual, teniendo en cuenta su propia interpretación del fenómeno, en relación a su rol y a sus propias vivencias, dentro de un entorno determinado, en éste caso el ámbito hospitalario. Por consiguiente, la percepción y experiencia práctica que las enfermeras asistenciales tengan sobre el área de estudio, se



interpretarán en el contexto donde realizan su práctica asistencial. Es por ello que la Teoría Fundamentada insiste en la importancia del contexto en el que las personas funcionan y comparten su mundo social con otros [103].

En consonancia con las premisas expuestas, Blumer [102] propone que la posición metodológica para el Interaccionismo Simbólico sostiene que, para comprender el fenómeno de estudio hay que analizarlo en términos de las acciones e interacciones de los participantes. A su vez, el investigador bajo esta perspectiva interaccionista deberá ser capaz de interactuar con los participantes del estudio, ante lo cual debe adentrarse en el mundo de estos para poder comprender sus conductas, valores y creencias desde su punto de vista y en su contexto natural [102]. Tiene que participar activamente en el ámbito del estudio, por ejemplo, mediante la observación participante, siendo a la vez instrumento de la investigación [104].

Los teóricos fundamentados, funcionan en un marco teórico en el cual el investigador da por sentado que los individuos les dan la información que los participantes consideran precisa. Por lo que entra en la escena sin una teoría preformada. Además al ser un instrumento más de la investigación ha de tener una actitud reflexiva, que le permita ser consciente de sus concepciones previas, para evitar que le influyan en la manera de ver el fenómeno de estudio [105,106].

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

Este proyecto ha sugerido la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es la percepción y experiencia que tienen los profesionales de enfermería asistencial sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica?

## **OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

### **Objetivo general**

- Explorar y analizar la percepción y experiencia que tienen los profesionales de enfermería asistencial del Hospital Clínic de Barcelona sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica.

### **Objetivos específicos**

- Conocer cuál es la actitud de los profesionales de enfermería asistencial del Hospital Clínic de Barcelona ante el abordaje del cuidado espiritual de los pacientes en la práctica clínica.

- Describir y comprender los significados para los profesionales de enfermería asistencial de dicho hospital respecto a la atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica.

- Identificar las estrategias y conocimientos utilizados por los profesionales de enfermería asistencial del centro mencionado para atender las necesidades espirituales de los pacientes en la práctica clínica.

- Conocer las condiciones que favorecen o limitan a los profesionales de enfermería asistencial del Hospital Clínic de Barcelona, el abordaje del cuidado espiritual de los pacientes en la práctica clínica.

## JUSTIFICACIÓN

Investigadores como Vallés [107], recalcan la importancia de que el tema seleccionado apasione e intrigue al investigador para que pueda conseguir, de esta manera, aproximarse mejor a las realidades que se vive en las situaciones humanas estudiadas. Puedo decir que me siento identificada con esa reflexión, ya que la experiencia profesional en unidades de hospitalización durante 24 años me ha servido, entre otras cosas, para interrogarme sobre los cuidados de enfermería y su aplicación en la práctica profesional diaria. Esa experiencia, el afán de dar respuesta a esos interrogantes y la revisión previa de la literatura han llevado a plantear el tema de este proyecto de investigación.

Así, una de las preguntas que desde hace años me vengo planteando es por qué la atención de la dimensión espiritual es tan poco visible en los cuidados de enfermería ya que, o no se registra, o se hace de forma minoritaria en la valoración enfermera. Es conocido que lo que no se registra no se ve, lo que no se ve es invisible y lo que es invisible no se puede valorar. El nombrar las cosas posibilita que se actúe sobre ellas, ya que como afirma Arthur Frank citado por De la Cuesta [108] *“sobre lo que no se puede decir no se puede actuar”*. Este hecho llevó, previamente a la realización de este proyecto, a realizar una revisión de registros de enfermería durante el verano del 2012, en 5 unidades de hospitalización del Hospital Clínic de Barcelona donde se piensa llevar a cabo este proyecto, para comprobar si la necesidad espiritual era visible o no en dicha documentación. Se consultaron 224 registros, una vez obtenidos los permisos de la institución [Anexo 1].

Concretamente se consultaron los registros correspondientes a la recogida de datos que se realiza al ingreso del paciente en la unidad de hospitalización, donde a partir de una entrevista a éste se cumplimentan y valoran las necesidades del mismo durante su ingreso. Estos registros actualmente tienen dos formatos: uno siguiendo el modelo de necesidades según Virginia Henderson y el otro siguiendo un modelo de necesidades, pero sin aplicar un marco teórico enfermero concreto [Anexo 2]. En ambos está presente la necesidad espiritual, bien de forma implícita a través de “la necesidad de vivir según sus creencias y valores” (necesidad número 11 en el de Virginia Henderson), o bien de forma explícita a través de “la necesidad de soporte espiritual”, en el otro formato [Anexo 2. p. xii, xvii].

Esta revisión sirvió para comprobar lo que venía observando desde hacía tiempo, y es que la necesidad espiritual o no se registra o se hace en un porcentaje mínimo, en comparación al resto de necesidades. En concreto, de 224 registros sólo se había cumplimentado la necesidad espiritual en 26, esto significa alrededor de un 12% en comparación con el registro de necesidades fisiológicas que se había cumplimentado aproximadamente en un 75% de los casos. Hecho que coincide con otro estudio realizado en nuestro entorno, relacionado con la cumplimentación de registros de enfermería [80].

Cabe señalar que en los casos en los que se registró la pregunta: ¿necesita soporte espiritual? La respuesta fue: “no necesito soporte espiritual” o “no practico ninguna religión”. En el registro sobre “la necesidad de vivir según las propias creencias y valores”, la respuesta, en los que se habían cumplimentado, hacía referencia a la creencia religiosa. Concretamente se respondió: “católica practicante”.

Por lo tanto, la escasa respuesta en la cumplimentación de la necesidad espiritual en los registros consultados, sirve a su vez de justificación para realizar este proyecto en el hospital seleccionado, además de coincidir con investigaciones realizadas y mencionadas en la revisión de la literatura, en que la dimensión espiritual se obvia frecuentemente en los cuidados de enfermería.

A la motivación anterior, se añade la curiosidad de saber si las creencias religiosas influyen en los profesionales de enfermería a la hora de atender las necesidades espirituales dentro de su práctica profesional. En un país donde según el barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) [109], de octubre de 2012, la población española se define en un 72'4% como católica, 15, 7% no creyente, 9% ateo y un 1'8% creyente de otra religión. Mientras que los profesionales sanitarios, según estimaciones de Bayés y Limonero [110], se consideran creyentes en un 25%, no creyentes en un 15% y dudosos o agnósticos un 60%. Esto en un contexto hospitalario, como el seleccionado para el estudio, que ha tenido una trayectoria histórica, muy similar a la del cuidado espiritual. Ya que empezó siendo un hospital de beneficencia en sus orígenes, pasando posteriormente a estar los cuidados enfermeros en manos de religiosas y actualmente caracterizándose por tener un cariz aconfesional.

A su vez, los estudios relacionados con la atención espiritual, han sido insuficientemente abordados en nuestro contexto, desde el punto de vista de los

profesionales de enfermería de las unidades de hospitalización, que son los que están las 24h del día en contacto con los pacientes, lo que puede llevar a un vacío de conocimiento acerca de la percepción y experiencia profesional que este colectivo tiene sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes. Este hecho plantea una situación compleja que impide visualizar y comprender, ampliamente, el significado que para las enfermeras asistenciales tiene el cuidado espiritual desde diferentes perspectivas, ya sean estas de carácter personal, social, cultural, académico y científico y la forma de abordarlo en su práctica profesional, por lo que la realización de este estudio podría dar respuesta a esa situación.

De otro modo, las creencias de orden espiritual se consideran importantes porque por un lado, contribuyen a orientar la filosofía de vida de una persona, por el otro, la pueden ayudar a hacer frente a la enfermedad y por último, configuran hábitos y estilos de vida determinados, que pueden influir en el proceso asistencial, como ha quedado reflejado en la revisión de la literatura.

Además, la perspectiva holística del cuidado entiende al individuo como un todo, esto es bio-psico-social-cultural y espiritual, por lo que en la valoración de las necesidades del paciente, la enfermería debería tener en cuenta y procurar atender las necesidades de tipo espiritual. Por lo que explorar y analizar la percepción y experiencia de los profesionales de enfermería sobre la atención de la dimensión espiritual en la práctica clínica, puede ayudar, a identificar las situaciones y actitudes que pueden impedir realizar una planificación integral de los cuidados enfermeros, y a la vez mejorar las posibilidades de satisfacer las necesidades espirituales de los pacientes.

También, podría plantear una reflexión y toma de conciencia entre los profesionales de enfermería participantes en el estudio, sobre su práctica profesional respecto a la atención espiritual, de forma que esta reflexión pudiera conducir a hacer visible esta esfera del cuidado tantas veces olvidada y tan importante para la dimensión humana.

Por último, se ha de aclarar que aunque el tema de estudio afecta directamente a la investigadora principal, debido a su trabajo como enfermera asistencial, en la medida de lo posible intentará desprenderse de ello para conseguir la máxima objetividad posible a la hora de estudiarlo en otras compañeras de profesión.

## METODOLOGIA

### 1. Diseño

Con el fin de explorar y analizar la percepción y experiencia profesional que las enfermeras asistenciales del Hospital Clínic de Barcelona tienen sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica, se realizará un estudio cualitativo ya que, permite estudiar fenómenos complejos en contextos determinados de forma holística sin variables previamente definidas. Además, se considera adecuado este diseño por su interés en el estudio de la experiencia humana desde la perspectiva de los participantes. Y también, porque la investigación cualitativa describe, comprende e interpreta la realidad tal cómo las personas piensan, sienten y actúan respecto a situaciones, eventos, fenómenos, interacciones y comportamientos observables [111].

Como estrategia metodológica se utilizará la Teoría Fundamentada de Glaser y Strauss [101]. Se ha escogido esta metodología para este estudio por varias razones:

La primera es, que al igual que otros métodos cualitativos, la Teoría Fundamentada ofrece una manera de representar la realidad, que ayuda a comprender de una forma más completa el fenómeno estudiado. Por lo que una de sus aportaciones más relevantes es su poder explicativo en relación a las conductas humanas dentro de un campo de estudio [112]. Pues trata de identificar los significados que las personas dan a un determinado fenómeno de su vida cotidiana y que se producen en la interacción social [113]. A su vez, permite contextualizar el cuidado, desvelar interacciones, las construcciones que se hacen sobre una actividad y sus componentes culturales. Una teoría fundamentada en los datos proporciona comprensiones alternativas a las vigentes sobre experiencia, procesos, y fenómenos de naturaleza humana [108].

Puesto que el objetivo de la investigación es estudiar un fenómeno social dentro de un contexto laboral determinado, ya descrito al principio de este apartado, se tendrá en cuenta el medio socio-cultural y físico donde los profesionales de enfermería asistencial ejercen su práctica clínica y dentro de ese contexto, los recursos, el equipo de trabajo, los pacientes y otros factores que puedan aparecer como interesantes durante el trabajo de investigación. Ya que la teoría sustantiva se obtiene a partir del estudio de un contexto específico y por lo tanto su aplicación estará limitada a ese contexto o entorno

similar. En este estudio ese contexto serán los profesionales de enfermería asistencial del Hospital Clínic de Barcelona.

La segunda razón es que la Teoría Fundamentada, según una revisión de la literatura realizada por McSherry [54], ha sido la metodología cualitativa más frecuentemente usada en la exploración de la dimensión espiritual por parte del colectivo enfermero. Además, de ser utilizada por otros trabajos de investigación en enfermería, similares al propuesto, aunque fuera de nuestras fronteras [31,74,114]. Pero también, porque permite al investigador explorar un fenómeno que no es fácilmente visible como es la dimensión espiritual, en un área donde existe escasa investigación [54,101].

La revisión bibliográfica realizada para este estudio así lo pone de manifiesto, ya que el fenómeno de investigación seleccionado ha sido poco o nada explorado hasta el momento, en el campo de trabajo donde se va a llevar a cabo, motivo que justifica a su vez la elección de esta metodología. Lo que implica que el diseño que se presenta sea flexible e iterativo y supondrá un proceso reflexivo constante del investigador [115,116].

Finalmente, otra razón es que esta metodología puede proporcionar una mayor comprensión sobre la percepción de las enfermeras en relación al cuidado espiritual y como lo aplican en la práctica clínica. Ya que puede permitir descubrir, captar y comprender una realidad desde el punto de vista de las personas implicadas, en un contexto determinado. Ello tiene la finalidad de generar y desarrollar hipótesis fundamentadas en los datos, que puedan conducir a una teoría sustantiva que ayude a explicar el fenómeno en toda su magnitud, ya que según Amezcua y Galvez [117], *“sin duda la cuestión de generar teoría es una de las asignaturas pendientes en el análisis cualitativo en salud”*.

Esta investigación no se inicia con una teoría preconcebida. Todo lo contrario, se comienza con un área de estudio de la que se sabe relativamente poco en nuestro entorno, de manera que no se puede formular ninguna hipótesis permitiendo que la teoría emerja de los datos. De este modo, Strauss y Corbin [103] señalan que:

*“Lo más probable es que la teoría derivada de los datos se parezca más a la realidad que la teoría derivada de unir una serie de conceptos basados en hipótesis. Por lo que es más posible que genere conocimientos, aumente la comprensión y proporcione una guía significativa para la acción”*.

Guía que puede servir para contribuir a unos cuidados de enfermería culturalmente competentes y congruentes.

Por todos estos motivos, se ha considerado adecuado plantear el diseño de la Teoría Fundamentada para esta investigación, de forma que ayude por un lado a comprender el fenómeno de estudio, y por el otro, a proporcionar una teoría que sirva como guía de actuación para la práctica que ayude a mejorar la asistencia profesional en los cuidados de enfermería, en este caso los cuidados enfermeros respecto a la atención espiritual.

## **2. Campo de estudio**

El campo de estudio de esta investigación se centrará en el Hospital Clínic de Barcelona. Se ha elegido este hospital, principalmente, por conveniencia ya que la investigadora principal trabaja allí. Además, por considerarlo un contexto muy interesante, dadas las características históricas del mencionado centro y por la revisión previa de registros de enfermería realizada en el mismo en relación al tema de estudio.

La recogida de datos se llevará a cabo entre los profesionales de enfermería y gestoras asistenciales de las unidades de hospitalización de dicho centro. El Clínic es un hospital universitario creado en 1906 en Barcelona. En sus inicios, la institución atendía casi en exclusiva a las clases más desfavorecidas, y los cuidados de enfermería recaían en monjas. Actualmente pertenece a la Red de Hospitales Públicos de Cataluña (XUPH). Con el devenir de los años se ha convertido en mucho más que un centro hospitalario. Hoy en día, es el auténtico motor de una de las principales instituciones de referencia de las ciencias de la salud en España: el Grupo Clínic [118].

A través de la práctica totalidad de las especialidades médicas y quirúrgicas, el hospital desarrolla actividades en el ámbito asistencial, de investigación y docente, ya sea directamente o a través de empresas vinculadas. Actúa como hospital comunitario, dando cobertura a una población de 540 mil habitantes y, a la vez, como hospital terciario y de alta complejidad, desarrollando líneas de actividad para los pacientes, no sólo de Cataluña sino también de toda España e incluso a nivel internacional [118].

El Hospital Clínic de Barcelona ha centrado su desarrollo actual en un modelo asistencial humanista basado en la organización enfocada al paciente, en forma de institutos y centros organizados por especialidades. Cuenta con diferentes unidades de



hospitalización. Estas unidades ofrecen tratamientos, tanto médicos como quirúrgicos, a un amplio abanico de pacientes que ingresan en ellos para dar respuesta a un problema de salud agudo, crónico o irreversible. Las unidades de hospitalización tienen una dotación superior a 500 profesionales de enfermería fijos, que realizan su jornada laboral en turnos de día, tarde, noches y fines de semana en dichas unidades. Sin incluir el personal suplente. Es de esta población de personal fijo y suplente, de donde la investigadora pretende obtener los participantes del estudio.

Concretamente los profesionales de enfermería que trabajan en las unidades de hospitalización, tienen muchas oportunidades para ofrecer atención espiritual a sus pacientes, ya que al estar las 24 horas del día con ellos, tienen una ocasión única de ofrecer cuidados desde una perspectiva holística [84]. Por lo que pueden establecer, a su vez, una relación estrecha con los mismos que invite a fomentar un ambiente de confianza y empatía, para dar respuesta a sus necesidades espirituales. Pues uno de los roles de la enfermería asistencial es escuchar y comprender las necesidades de los pacientes. Además, estas personas viven diferentes procesos de enfermedad, desde episodios agudos, a enfermedades crónicas o terminales. Por lo tanto, las unidades de hospitalización y las enfermeras que trabajan en ellas proporcionan un contexto rico como experiencia de investigación en la asistencia espiritual [77].

Para planificar la entrada al campo de estudio, la investigación cualitativa considera que el escenario ideal es aquel en el cual el observador obtiene fácil acceso, establece una buena relación inmediata con los informantes y recoge datos directamente relacionados con los intereses de la investigación [116]. Aunque, tales escenarios raramente aparecen, en este estudio esas premisas no parecen difíciles de conseguir para la investigadora principal ya que ésta se encuentra dentro del mismo, pues desarrolla su actividad profesional como enfermera asistencial, dentro del turno de noche, en una de las unidades de hospitalización del hospital seleccionado. No obstante, para la realización del estudio, se tendrá que contactar con personas y unidades de hospitalización desconocidas para la investigadora. Por lo que habrá que indagar sobre los porteros que puedan introducirla en esos contextos y negociar con ellos el acceso al campo.

En esta investigación esos porteros serán las personas responsables de los institutos y las gestoras asistenciales de las diferentes unidades de hospitalización, a las cuales también se las invitará a participar en el estudio. Se aprovechará esa ocasión para

informarlas de la investigación de forma veraz, garantizando la confidencialidad y privacidad de los datos y dando paso a las observaciones que puedan hacer [116]. Momento en que se defenderán firmemente las aplicaciones prácticas de los resultados y la aplicabilidad del proyecto. Todo ello con el objetivo de animar a los porteros a permitir la entrada en el campo y el consiguiente trabajo de investigación.

En todo momento se intentará mantener una relación cordial y profesional con ellos pero, a la vez se les informará de la importancia de mantenerse distantes, mientras dure el trabajo de campo, para permitir la máxima objetividad de éste y evitar que los participantes desconfíen de la investigadora principal. Además, se mantendrá de forma constante la capacidad reflexiva del investigador durante el proceso de acceso y adaptación al campo, intentando mantener al máximo el estado natural del mismo en la investigación [119].

### **3. Población y muestra**

Para esta investigación la población serán los profesionales de enfermería y gestoras asistenciales del Hospital Clínic de Barcelona. Se ha elegido esta población por ser la que está en estrecho contacto con los pacientes durante el proceso asistencial. Es por ello que se consideran las más idóneas para dar respuesta a los interrogantes del estudio propuesto.

### **4. Tipo de muestreo**

En investigación cualitativa, la selección de participantes exige que el investigador se coloque en la situación que mejor le permita recoger la información relevante para el concepto o teoría estudiada, orientándose a la selección de aquellas unidades y dimensiones que le garanticen tanto la cantidad como la calidad de la información. A éste tipo de muestreo se le denomina intencional [115].

Dentro del muestreo intencional y teniendo en cuenta la estrategia metodológica seleccionada, la Teoría Fundamentada, el más adecuado es el muestreo teórico. Éste es utilizado para generar teorías en donde el investigador colecciona, codifica y analiza sus datos y decide qué datos recoger y dónde encontrarlos para desarrollar una teoría a medida que la va perfeccionando. Más que preocuparse del número correcto o de su selección al azar se preocupa de recoger la información más relevante para el concepto o teoría buscada [106]. El muestreo teórico se realiza a la vez que el análisis de los datos.

No acaba hasta que dejan de aparecer nuevos conceptos y categorías, es decir, hasta que se alcanza la saturación de esos datos [106].

En el muestreo teórico existe la posibilidad de utilizar el de máxima variedad, que permite la selección de casos con una amplia gama de variación [106]. Así, en el contexto práctico de este estudio, se aplicarán los criterios del muestreo teórico de máxima variación, respecto a las características de los participantes dispuestos a formar parte del estudio. Para ello se seguirán criterios de representatividad e intensidad, de contenido y significado y se buscarán aquellas personas que mejor puedan responder a las preguntas de investigación, incluyendo casos desviantes o extremos, es decir, máxima variabilidad. Además, la selección de casos de amplia diversidad fomenta la transferencia de los datos favoreciendo así el desarrollo de una teoría sustantiva sobre el fenómeno de estudio [106].

Teniendo en cuenta esas recomendaciones, la selección de los participantes para esta investigación se realizará tomando como base los siguientes criterios:

#### **5. Criterios de inclusión**

- Profesionales de enfermería asistencial fijos o suplentes en activo del Hospital Clínic de Barcelona. Por su contacto continuo y directo con los pacientes.
- Profesionales de enfermería que trabajan como gestoras asistenciales del mencionado hospital. Por su experiencia en enfermería, conocen la organización de los servicios y el hospital en su conjunto.

#### **6. Criterios de exclusión**

- Que no se acepte de forma individual y voluntaria participar en el estudio, mediante el consentimiento informado.
- Que no puedan expresarse correctamente en catalán o en castellano.

Así, en correspondencia con las características del muestreo teórico de máxima variación, la primera fase de este consistirá en la elección intencionada de los participantes. De esta manera en el estadio inicial del estudio, los primeros participantes serán seleccionados entre los profesionales de enfermería de las unidades de hospitalización y enfermeras gestoras de las mencionadas unidades, donde se hizo

previamente una revisión de registros de valoración enfermera, que acepten participar en la investigación y que hayan cumplimentado un cuestionario sociodemográfico [Anexo 3].

Para ello se contactará con las gestoras asistenciales, se las informará del tema de estudio, se las invitará a participar en el mismo y se solicitará su autorización para poder acceder a las unidades de hospitalización. Cuando se obtenga ésta, se procederá a reunir al personal de enfermería asistencial en sus mismos lugares de trabajo, se les informará verbalmente sobre el tema de investigación y se solicitará su participación. Una vez estén cumplimentados los cuestionarios, por los profesionales de enfermería dispuestos a participar en el estudio, la investigadora principal hará una selección de los mismos siguiendo criterios de máxima variabilidad.

## **7. Técnicas de recogida de datos**

Los instrumentos que se emplearán a lo largo del proyecto para la recogida de datos serán, primeramente un **Cuestionario Sociodemográfico**, seguido de la realización de **Grupos Focales**, **Entrevistas en Profundidad**, **Observación Participante** y **Notas de Campo** recogidas a lo largo de todo el proceso de investigación

### 7.1. Cuestionarios Sociodemográficos

Se utilizará un cuestionario sociodemográfico [Anexo 3] para contextualizar la situación actual de los participantes, ya que esos datos pueden ayudar de forma significativa, a orientar las características de la muestra, en cuanto a la variabilidad de la misma. Las preguntas sobre espiritualidad incluidas en el cuestionario sociodemográfico, están basadas en estudios similares al de esta investigación [54]. Esta información dentro de un estudio cualitativo, sirve para poner en contexto el análisis de los datos y no para representar estadísticas significativas [101].

### 7.2. Grupos Focales

Los grupos focales son entrevistas grupales. El fin de aplicar esta herramienta en el estudio será el de buscar aspectos que difícilmente serían observados de otra manera, ya que utiliza procedimientos sistemáticos aceptados para recogida, manejo y análisis de los datos, que proporcionen luces en cuanto a las creencias y actitudes que subyacen en el comportamiento humano. De esta manera, los grupos focales permitirán a los investigadores obtener en profundidad las percepciones de los participantes en un tema

tan complejo como la atención espiritual, ya que los datos relacionados con las percepciones y opiniones se enriquecen por medio de la interacción del grupo [120]. Esta técnica será utilizada, en este estudio, como una de las herramientas principales de recogida de datos.

Además, la participación individual dentro de un Grupo Focal, se puede mejorar en el escenario grupal. Ya que permite a los participantes reconocer cada experiencia con los demás, en relación al estudio. Así, como señalar similitudes y diferencias. Fomenta el considerar o reconsiderar sus propias experiencias y puntos de vista y además, es una técnica que permite la interacción social entre la investigadora y los participantes [121].

Los Grupos Focales, tendrán una duración de entre 60 y 90 minutos y estarán formados por entre 6 y 10 participantes como máximo, ya que este número facilita la participación de todos los miembros [122]. Previamente han debido manifestar su interés en participar en la investigación, haber cumplimentado el cuestionario sociodemográfico y firmado el consentimiento informado.

Para asegurar la participación y aportación de todos los participantes, se tendrán en cuenta criterios como profundidad, especificidad y contexto personal y profesional. Esto tiene la finalidad de que los datos que se expliquen sean detallados y los sentimientos de los miembros del grupo sobre el tema de estudio sean evidentes en los datos. A la vez, éstos incluirán las bases de las experiencias desde las cuales los participantes responden [116].

El número de grupos focales siguientes vendrá determinado por el análisis de los datos y la saturación de los mismos. La intención es empezar con 2 grupos focales uno de gestoras asistenciales y otro de enfermeras asistenciales. Los siguientes participantes se seleccionarán a partir de los hallazgos que se vayan obteniendo.

Igualmente, de los resultados y observaciones que se extraigan se valorará la posibilidad de hacer entrevistas en profundidad a aquellos participantes que resulten claves o interesantes para conseguir el propósito de la investigación. Previamente se habrá elaborado una guía [Anexo 4 y 5] con los temas principales que se pretende tratar en el grupo focal por lo que se seguirá un esquema general y flexible de preguntas, en cuanto a orden, contenido y formulación de las mismas. Estas preguntas pueden variar a

lo largo de la investigación dependiendo de los datos que se vayan obteniendo. Los conceptos que se utilizarán como guión de los grupos focales girarán en torno a la percepción, significado, reconocimiento, opinión, actitudes, valoración, aplicación práctica, registro y dificultades del tema de estudio.

Con el propósito de facilitar la intervención de todos los participantes y para evitar que se monopolice el discurso, se establecerá un orden de palabra dirigido por la moderadora del grupo. Se tendrá en cuenta, además el lenguaje no verbal y se utilizarán técnicas de relanzamiento si la conversación queda bloqueada y se precisa restablecer la comunicación. También se irán recogiendo notas sobre los puntos de interés que la investigadora considere oportunos durante el desarrollo del grupo focal, que se sumarán al análisis de los datos. Las entrevistas serán grabadas con una grabadora de audio digital y posteriormente transcritas para proceder a su análisis cualitativo, con autorización previa de los interesados y después de asegurarles la confidencialidad de los datos [Anexo 6]. Posteriormente se contactará con los mismos para revisión y verificación de la grabación.

La realización de los Grupos Focales se llevará a término, en un espacio especialmente habilitado para ello, agradable y de fácil acceso para los participantes que facilite su comodidad. Se tendrá en cuenta que los miembros del grupo no se conozcan entre ellos, o al menos que no haya un conocimiento muy amplio para evitar que se concedan las suposiciones que pueden existir entre personas conocidas [122]. En principio no se valora la posibilidad de ofrecer un incentivo económico como estrategia para atraer a los participantes.

Para la realización de los Grupos Focales, en relación al papel de moderador y observador se solicitará la colaboración de otro investigador con experiencia en metodología cualitativa y en este tipo de técnicas. La finalidad de dos personas, una moderando y otra observando es la de recoger la máxima información posible, ya que mientras una modera la otra puede dedicar los esfuerzos en escuchar y enfocar sobre los datos que emergen de la discusión. Además, el papel del moderador es importante para facilitar la discusión de los participantes y asegurar que todos puedan ofrecer su opinión durante el debate sin restringir la espontaneidad ni la riqueza de la discusión, pero también para evitar el dominio de unos sobre otros, lo que podría obstaculizar la recogida de datos y afectar, a su vez, la fiabilidad y la validez de la investigación [122].

Se proporcionará a los participantes el nombre y número de teléfono de la investigadora principal para cualquier duda que estos quieran solucionar.

### 7.3. Entrevistas en profundidad

Otra de las técnicas de recogida de datos que se tiene previsto utilizar en este estudio serán las entrevistas en profundidad, con el propósito principal de contrastar, profundizar o ilustrar aspectos claves sobre el tema de estudio [107].

Las entrevistas en profundidad se realizarán a aquellas personas que no quisieran participar en un grupo focal y que se encuentran más cómodas en una entrevista individual. O aquellas otras que se consideren claves para la investigación y que se detecten mediante la observación participante o el grupo focal.

Para las entrevistas en profundidad, no es necesario estructurar un cuestionario previo al encuentro ya que una de las características de este tipo de entrevistas es que son reflexivas [107]. No obstante, se planificará previamente una guía [Anexo 7] con los principales temas a tratar, con la finalidad de obtener el máximo provecho de la misma, y conforme avance el estudio, se tratarán cuestiones que emerjan tras el análisis de los primeros datos. Las entrevistas se llevarán a cabo en una estancia agradable y de fácil acceso para los participantes. Tampoco se tiene previsto ofrecer un incentivo como estrategia metodológica, aunque se insistirá en la importancia de la participación con la finalidad de que los resultados obtenidos en la investigación podrían influir positivamente en los cuidados de enfermería.

En la realización de las entrevistas se tendrá en cuenta la experiencia de la investigadora principal, así como los conocimientos que tenga sobre la realización de entrevistas de estas características, por lo que si fuera necesario, se valorará al igual que para el grupo focal, la posibilidad de contar con el asesoramiento y colaboración de otros investigadores con más experiencia en esta metodología. A la vez, se intentará durante la realización de esta técnica, minimizar en todo lo posible, la influencia que la investigadora principal pueda producir sobre la persona entrevistada para garantizar la máxima objetividad posible [107].

El número de entrevistas a realizar dependerá de los informantes claves que se localicen, así como del análisis de los datos y de la saturación de los mismos. Todas las entrevistas serán registradas mediante grabadora de audio, previo consentimiento

informado y asegurando la confidencialidad de los datos [Anexo 8]. Además, se tomarán notas de campo en relación a las percepciones, emociones, y reflexiones obtenidas durante la misma, así como de otros aspectos que considere de interés la investigadora. Estas notas de campo también se tendrán en cuenta para el análisis de los datos.

Igual que en los grupos focales, se proporcionará a los participantes el nombre y número de teléfono de la investigadora principal para cualquier duda que estos quieran solucionar.

#### 7.4 Observación participante

Otra de las técnicas que se utilizará para la obtención de datos será la observación participante. Esta se llevará a cabo en 2 servicios de hospitalización. Uno donde trabaja la investigadora principal, ya que al estar trabajando dentro del campo de estudio su presencia no debería causar desconcierto por formar parte del colectivo a estudiar, y porque podría facilitar la observación participante. No obstante, para mantener el máximo de objetividad, se procurará mantener una distancia que permita investigar con el máximo de reflexividad y sin ideas preconcebidas, tanto sobre el tema de estudio, como de los actores que participan en la investigación.

Además, para garantizar el máximo de objetividad también se realizará observación participante en otra unidad de hospitalización ajena, a nivel laboral, al de la investigadora, para lo cual se contactará con el portero correspondiente que permita la entrada al campo. La selección del servicio vendrá determinada por la facilidad de acceso. En ambos casos se solicitará previamente el consentimiento informado a la población a observar [Anexo 10].

La observación participante, a priori, no será estructurada, sobre todo en la unidad de hospitalización donde la investigadora no es nativa, para así conocer las personas y el escenario [116]. En cambio será estructurada a la hora de determinar los elementos de interés que se pretenden observar. Para ello, se desarrollará una guía [Anexo 9] que ayude a centrarse en los aspectos concretos que interesen tanto del grupo como del entorno, en este caso centrados en la percepción y experiencia enfermera sobre el tema de investigación.

Los aspectos que se tendrán en cuenta serán principalmente: la interacción que los profesionales establecen con los pacientes, qué tipo de necesidades se priorizan, si



se incluye la necesidad espiritual, tiempo que se dedica a las mismas, cómo se realiza la valoración de esas necesidades, si la valoración de la necesidad espiritual supone una dificultad de abordaje para los profesionales, si hay intimidad para llevar a cabo esa valoración mediante una entrevista, cómo está estructurado el tiempo durante la jornada laboral, aspecto físico del servicio incluyendo habitaciones y lugares comunes, si la estructura organizativa permite dar respuesta a las necesidades del paciente de forma integral, así como todos los patrones de comportamiento, actitudes y percepciones de los profesionales sobre el tema de estudio.

Una observación no participante, es decir sólo como observador completo, analizando la situación pero sin intervenir, no será necesaria en el servicio de hospitalización donde trabaja la investigadora principal, ya que ésta interactúa con las actividades diarias y el resto de profesionales durante su práctica asistencial. Pero, si se llevará a cabo en el otro servicio, pasando a ser observador participante después de un tiempo. Este tiempo vendrá determinado por la facilidad de acceso al servicio y la aceptación de los profesionales, de forma que la investigadora perciba que pasa a formar parte del colectivo observado como una más pero con la distancia suficiente para permitir la objetividad.

Paralelamente al proceso de interacción social que tendrá lugar en la observación, se realizará el de la recogida de datos [116]. Para ello se utilizarán las notas de campo recogidas durante la observación procurando que sean detalladas, precisas y completas. Esto puede resultar dificultoso, ya que deben tomarse de forma discreta, sin que llamen la atención de los participantes que están siendo observados. Como táctica para la recogida de los datos y las notas de campo se tendrán en cuenta las sugerencias de Ruíz [115], que recomienda valorar la necesidad de llevar a cabo la estrategia de lanzadera a partir de la cual se sistematizan seis funciones: observar, cuestionar, anotar, ordenar, sistematizar y reflexionar, que bien desarrolladas pueden representar el éxito de la investigación.

El tiempo para la observación participante tanto en un servicio como en el otro dependerá de los objetivos propuestos y su consecución. No se espera que sea inferior a tres meses.

## 8. Rol del investigador

Al tratarse de un estudio cuya estrategia metodológica es la Teoría Fundamentada, el rol principal del investigador es el de instrumento. Para la Teoría Fundamentada el investigador pretende conocer el fenómeno que estudia en su entorno natural, siendo él mismo, el principal instrumento para la generación y recogida de datos. [123]. El rol del investigador es clave, ya que deberá conseguir que los participantes estén cómodos y hablen con franqueza, libremente, solicitando información y conduciendo, en mayor o menor medida las entrevistas, tanto de grupos focales como de las entrevistas en profundidad, pero sin intentar dirigir las.

Cabe señalar, que la investigadora principal de este estudio será además enfermera asistencial del Hospital Clínic, por lo que esto último puede facilitar el acercamiento a los profesionales a estudiar dado que representa una colega de profesión. No obstante, se tendrá muy presente, que el ser enfermera asistencial y el tener conocimiento teórico sobre el tema de estudio, podría contribuir a que se tuvieran ideas preconcebidas, y por tanto podría obstaculizar el análisis objetivo de los datos. Por lo que como investigadora que utiliza una metodología cualitativa deberá reflexionar sobre las propias creencias y conocimientos, y cómo éstos podrían influir en la manera de concebir la realidad objeto de estudio, y como consecuencia influir en la investigación.

También, se deberá mantener la sensibilidad teórica en cada paso del proceso de investigación. Esto promoverá generar una teoría que estará fundamentada en los datos y no en las ideas preconcebidas del investigador o en teorías existentes [106]. A lo largo de este estudio, y especialmente a partir de la recogida de datos, análisis e interpretación de los mismos, la reflexividad será un elemento central, fomentando la sensibilidad teórica paralelamente.

Lógicamente un estado de objetividad completo será muy difícil de conseguir, ya que en cualquier investigación existe un elemento de subjetividad. En la investigación cualitativa para Strauss y Corbin [103]:

*“Ser objetivos no significa controlar las variables sino ser abiertos, tener voluntad de escuchar y darle la voz a los entrevistados...significa oír lo que otros tienen para decir, y ve lo que otros hacen, y representarlos tan precisamente como sea posible”*

En este sentido, lo importante es reconocer que la subjetividad es un hecho por lo que como investigadora principal de este estudio, deberé tomar las medidas apropiadas para minimizar su influencia en el análisis.

## 9. Análisis de los datos

El proceso de análisis de los datos se hará siguiendo las recomendaciones de la Teoría Fundamentada. Las técnicas y procedimientos analíticos que se utilizarán permitirán al investigador desarrollar una teoría sustantiva significativa, compatible con el fenómeno observado [112]. Se utilizará un enfoque inductivo -que permita generar teorías-, el método comparativo constante, los memos analíticos, el muestreo teórico y la sensibilidad y saturación teórica [106,113].

El análisis será un proceso cíclico, flexible, dinámico y creativo pero a la vez sistemático [116]. Empezará a partir de la transcripción textual de las primeras entrevistas y observaciones con la finalidad de centrarse desde el primer momento en aquellos aspectos importantes sobre los que se quiere indagar, profundizando en los significados que tengan para los participantes. Por lo tanto, el muestreo y el análisis se harán de manera secuencial, siendo el análisis el que irá guiando la recolección de los datos. El análisis de los grupos focales se hará por grupos, entre los diferentes grupos y a nivel individual.

Entre las tareas analíticas se encuentran las de denominar conceptos, definir categorías y construir categorías en términos de sus propiedades y dimensiones. Mediante el método comparativo constante, se compararán los datos con las categorías emergentes, las categorías emergentes con las nuevas categorías y se analizarán las relaciones relevantes que haya entre ellas hasta obtener una categoría central [106].

Esto supondrá un proceso de codificación a tres niveles que ayudará a descomponer los datos, a conceptualizarlos y a volver a unirlos en nuevas formas con el objetivo de desarrollar una teoría emergente fundamentada en los datos [106]:

1. **Codificación abierta:** En este primer nivel, se hará un análisis descriptivo inicial de los códigos *in vivo* (las propias palabras de los participantes), y de línea por línea y frase por frase, buscando palabras con el objetivo de generar códigos y definir categorías.

Para ello se fragmentarán los datos en conceptos que representarán aspectos importantes sobre la percepción y experiencia profesional de los profesionales de enfermería ante la atención espiritual y se agruparán y etiquetarán los conceptos emergentes [106]. Tras cada etapa de recogida de datos, se compararán éstos con el resto, y cada entrevista con la anterior. Se subrayarán las palabras y frases relevantes que expresen aspectos sobre el tema de estudio y se escribirán las palabras claves al margen del folio.

Se seguirán las sugerencias de Strauss y Corbin [103] sobre preguntar a los datos por medio del proceso analítico, con el fin de buscar un entendimiento más profundo de lo que estos puedan decir. Estas preguntas ayudarán a identificar la información que sea relevante para los participantes. Cada categoría que surja será identificada con una etiqueta. Los conceptos de etiquetado utilizados por los participantes, códigos *in vivo*, ayudarán a asegurar la credibilidad de los hallazgos.

2. **Codificación axial:** En este nivel se identificarán las relaciones entre los códigos y las categorías [101].

Para ello se volverán a unir los datos mediante la inducción y la abstracción, para establecer conexiones entre los códigos y categorías, y se identifican las propiedades y las dimensiones de las categorías que vayan surgiendo de los datos [106].

Aquí será importante comparar constantemente nuevos datos con los códigos emergentes y construir relaciones iniciales entre categorías. Por lo que el proceso de comparación constante y preguntar continuamente a los datos se usará a lo largo de todo el análisis. Y por último se procederá a realizar un proceso de codificación selectiva.

3. **Codificación selectiva:** En este nivel se integrarán las categorías en busca de una categoría central.

Es un proceso de integración y refinamiento de las categorías principales, para constituir un esquema teórico mayor y seleccionar una categoría central que relacione las otras categorías.

También se seguirán las recomendaciones de Glaser [124] en cuanto a utilizar memos analíticos. Estos son impresiones o puntos de interés que nos ofrecen los datos, sobre categorías importantes y sobre sus relaciones tal y como se desarrollan durante la

recogida y análisis. Esta estrategia se utilizará desde el comienzo de la recogida de datos, ya que su escritura ayudará a analizar cuestiones que surjan de los mismos [124].

Igualmente, se pondrá atención en detectar casos negativos o extremos [103]. Estos serán distintos del resto de los datos. Descubrirlos y ver su punto de vista aumenta las variaciones de la teoría, ya que presentan descripciones alternativas de los datos, al tiempo que aumenta la densidad para la teoría. Por lo que mejora la capacidad de generalización de la misma [103].

El proceso de análisis concluirá cuando se alcance la saturación teórica de los datos, esto será cuando exista una redundancia en los mismos y la selección de nuevos casos no aporte información diferente de la ya recogida [111].

Para proceder al análisis de los datos obtenidos se utilizará el programa informático INVIVO 8 que está disponible en castellano. Este programa ayuda en el almacenaje, organización y búsqueda de información, además de permitir la estructura de una amplia cantidad de datos, como son las combinaciones de diferentes fuentes de datos [125]. Se considera que este software es particularmente útil para los teóricos fundamentados, porque proporciona un buen apoyo para el desarrollo de teoría [125].

Un aspecto que merece especial consideración, en cuanto al proceso analítico, será la posición de la investigadora para lograr evitar ideas preconcebidas sobre el tema de estudio. Se ha de tener en cuenta que ésta requiere interactuar constantemente con la recogida y análisis de los datos, por lo que ha de evitar elaborar hipótesis sobre posibles resultados, lo que conlleva a suspender sus opiniones hasta que toda la información esté analizada. Para lo cual se tratará de mantener, en la medida de lo posible, una posición objetiva.

Dado que en este estudio se utilizará el análisis comparativo constante, que se basa en el principio de refutabilidad, el análisis de los datos se realizará tratando de lograr la máxima objetividad de los mismos. El principio de refutabilidad, consiste en rechazar o rehusar asunciones existentes sobre el fenómeno a investigar para poder ser lo más objetivo posible [101,106]. Paralelamente a esto, también se contrastarán las interpretaciones de los datos del investigador principal con investigadores expertos en esta metodología y temática cumpliendo, de este modo, uno de los criterios de calidad en una investigación cualitativa [111].

## ASPECTOS RELACIONADOS CON EL RIGOR

Con el propósito de que la investigación sea válida y rigurosa, se valorarán tanto durante el diseño del proyecto de investigación, como durante la implementación del mismo los aspectos para asegurar la calidad científica. Para ello y en este estudio se seguirán los criterios de calidad de la investigación cualitativa definidos por Lincoln y Guba en 1985 [126] que son: la **Credibilidad, Transferabilidad, Consistencia y Confirmabilidad**.

**La Credibilidad** busca la exactitud de los hechos, la obtención de información veraz, es decir la correspondencia de lo observado con la realidad [126]. Para garantizar la credibilidad se especificará como se han llegado a las conclusiones a las que han llevado los datos, utilizando transcripciones textuales de las entrevistas (códigos *in vivo*), con el fin de respaldar los significados e interpretaciones que se presentarán en el resultado final. De este modo los resultados pueden ir acompañados de datos que lo evidencian.

También, se asegurará de tener durante la recogida de información una relación cercana a los entrevistados mediante una disponibilidad completa hacia estos y una escucha activa. Esto favorecerá el poder establecer una comunicación más abierta entre investigador y participantes para conseguir que estos estén cómodos y que hablen con franqueza y libremente. Además, se revisarán y verificarán con los participantes sus grabaciones.

Al mismo tiempo, se utilizará la triangulación de técnicas: Grupos focales, entrevistas y observación participante para ayudar a aumentar la credibilidad.

Tal como propone la metodología de la Teoría Fundamentada, mediante el método comparativo constante, se entremezclará de forma continua, las fases de recolección, interpretación y sistematización de los datos algo que contribuirá también, a aumentar la credibilidad del estudio. Además, de solicitar la colaboración de otros investigadores cualitativos o expertos en el tema de investigación para que emitan un juicio clínico de todo el proceso [126].

**La Transferibilidad** busca la posibilidad de transferencia de los resultados de la investigación a otros sujetos o contextos. Se refiere al grado en que los sujetos

analizados son representativos del universo al cual pueden extenderse los resultados obtenidos [126]. En este estudio, no se pretende generalizar los resultados ya que dependerán, en gran medida, del contexto donde se encuentran. De todas formas, la selección de un muestreo teórico de máxima variación, puede favorecer un gran aporte de información a la investigación, permitiendo alcanzar un grado de transferibilidad [101]. Es decir, la obtención de información sobre el tema de estudio puede favorecer la posibilidad de extender los resultados del estudio a otros contextos hospitalarios similares.

**La Dependencia o Consistencia** se refiere a la estabilidad de los datos si se repitiese la investigación, es decir la replicabilidad [126]. En una investigación cuantitativa sería la fiabilidad de las herramientas utilizadas para la medición y la precisión de sus medidas. En el caso de este estudio cualitativo, se describirán minuciosamente las características de los participantes y su proceso de selección, así como cualquier cambio que surja a lo largo del estudio. Por otra parte, cuando se realice el informe final, se hará una descripción detallada de las etapas y resultados de la investigación, así como un registro completo de las decisiones que se vayan tomando en relación con el desarrollo de la misma [101].

Esta estrategia podría permitir que otros investigadores puedan llegar a conclusiones similares siguiendo los pasos que se efectuarán en este estudio. No obstante, hay que tener en cuenta que los resultados estarán relacionados con una realidad social en un contexto determinado que puede ser cambiante e inestable, con lo cual los hallazgos obtenidos por otro investigador pueden variar a los que se obtengan en esta investigación. Por lo tanto, lo más importante será salvaguardar la coherencia entre los datos descriptivos y sus interpretaciones.

**La Confirmabilidad** o confirmación se corresponde con la objetividad de los datos o la neutralidad con que el investigador asume el proceso de investigación [126]. Hablar de confirmabilidad es hablar de la independencia del investigador y de su objetividad. Significa manifestar que los resultados del estudio no están mediados o modificados por los propios intereses o pretensiones personales del investigador [126].

Tal y como se ha explicado en el apartado del rol del investigador, éste forma parte del proceso por lo que consecuentemente un estado de objetividad completo es imposible. Lo importante es reconocerla y tomar las medidas para minimizar su influencia

en el mismo. Para ello, se intentará alcanzar el máximo rigor de los hallazgos mediante la **triangulación** tanto de técnicas utilizadas (grupos focales, entrevistas y observación participante), como de otros investigadores, que durante el proceso contrasten las interpretaciones con el fin de lograr la máxima objetividad de la información obtenida.

Además, se intentará ser abierta y no influir en los participantes, dándoles la voz y escuchando lo que tengan que decir. En el caso de las entrevistas y grupos de discusión se revisará la transcripción de las mismas con los participantes para verificar si la información recogida se corresponde con la realidad expresada por ellos. En el caso de la observación participante la información obtenida se contrastará, de forma continua en el campo, con los actores involucrados en la observación.

También, durante el proceso de análisis, se interactuará constantemente con la recogida y análisis de los datos en vez de elaborar hipótesis respecto a posibles resultados, intentando suspender las impresiones personales hasta que toda la información esté analizada. Para ello se utilizará el método comparativo constante que utiliza el principio de refutabilidad explicado anteriormente en otro apartado.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El ejercicio de la investigación científica y el uso del conocimiento producido por la ciencia demandan conductas éticas en el investigador. Por lo que todo estudio debe regirse por un código ético [127]. Para ello, se respetarán los derechos de los participantes siguiendo la legislación Estatal, Autonómica y los principios éticos de la declaración de Helsinki (1964), revisada en octubre de 2000, para las investigaciones médicas en seres humanos. Además se actuará de forma competente a nivel profesional, procurando no distorsionar la realidad, siendo discreto con la dinámica del grupo y evitando caer en el etnocentrismo procurando que la investigación tenga como principal beneficiario el mismo grupo estudiado [119].

A su vez, para llevar a cabo este proyecto de investigación, se solicitarán los permisos correspondientes, la aprobación del comité de ética de la Universidad Internacional de Cataluña, así como del hospital donde se desarrollará el mismo.

Así, de acuerdo con la Ley de Investigación Biomédica [128], se solicitará el consentimiento informado escrito a los participantes en el estudio, tras informarles de



palabra y por escrito sobre el proyecto, los objetivos de la investigación y en qué consistirá su participación [Anexo 6,8,10]. Así como del uso que se realizará de los datos obtenidos, de manera que se permita y autorice la inclusión de los participantes en el estudio.

Cada uno de los participantes será informado sobre el uso de grabadora de audio para facilitar la recogida de los datos y de la destrucción posterior de estos una vez finalizado el estudio. Se garantizará el anonimato y la completa confidencialidad de la información para lo cual se tendrá en cuenta la normativa legal sobre la confidencialidad de datos, Ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal [129].

Como muestra de validez científica, la investigación seguirá los principios de calidad metodológica cualitativa propuestos por Lincoln y Guba [126]. Una vez finalizado el estudio la investigadora principal se compromete a difundir los resultados encontrados para aumentar el conocimiento científico.

En todo momento, la participación en el estudio será libre y voluntaria, por lo que el participante puede abandonar la investigación en cualquier momento.

## **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Entre las posibles limitaciones para llevar a cabo este estudio se encuentran:

- La posibilidad de que los participantes no continúen hasta la finalización de la recogida de datos. Por lo que la investigación no finalizará hasta conseguir la saturación teórica de los mismos
- -El posible sesgo que se puede producir por, realizar observación participante en un servicio donde la investigadora principal lleva a cabo su actividad profesional, y es colega de profesión del colectivo objeto de estudio. Para evitar que esto influya en la recolección de los datos, se intensificará la capacidad reflexiva para mantener el máximo de objetividad posible.
- No incluir la percepción de los pacientes sobre el tema de estudio. Lo que se puede incluir en líneas futuras de investigación.

## RELEVANCIA PARA LA PRÁCTICA

Esta investigación proporcionará ideas preliminares dentro de nuestro medio, sobre el tema de estudio. Aunque en ella se analizarán estas cuestiones en un contexto local, puede aportar información valiosa para hacer comparaciones interculturales tanto a nivel estatal como internacional.

Asimismo, en el campo de la enfermería dentro de nuestro contexto, son escasos los estudios sobre la dimensión espiritual y sus implicaciones en salud, por lo que es un campo rico en oportunidades para planificar e implementar proyectos de investigación en los servicios de salud. Ello, ayudará a incrementar el conocimiento propio de enfermería y a generar elementos teórico-prácticos que aumenten la calidad del cuidado, acordes con las demandas de las necesidades de la población. Pues, es a través de la producción científica como es posible dar visibilidad al trabajo de enfermería y garantizar la credibilidad en la práctica. Es desde esta perspectiva, que se considera que la investigación y la difusión en el área de la espiritualidad contribuirán al conocimiento y la integración de esa dimensión en la práctica de los cuidados enfermeros.

Igualmente, se espera que este trabajo permita a estos profesionales reflexionar y tomar conciencia de la importancia de la atención espiritual en la práctica clínica en los servicios de hospitalización, y como ésta atención puede ayudar a empoderar a los pacientes a encontrar significado y propósito durante su enfermedad. Se ha de tener en cuenta, que la espiritualidad ha sido identificada como un componente importante en el bienestar físico y psicológico de los pacientes, y que influye positivamente en estos para hacer frente a la enfermedad ya sea desde el diagnóstico hasta el tratamiento o fin de la vida.

De otra manera, ésta investigación puede contribuir a poner más énfasis en la importancia que tiene el registro de la atención espiritual en la historia de enfermería, identificando las dificultades que puedan impedir hacer posteriormente una valoración, diagnóstico y evaluación de las necesidades espirituales que surjan durante el proceso asistencial.

Las recomendaciones del Código de Ética de Enfermería y la visión holística del cuidado implica la atención de las necesidades espirituales de los pacientes. El

conocimiento sobre la percepción y experiencia profesional hacia la dimensión espiritual dentro del colectivo enfermero, y la identificación de los factores que influyen en ello, abrirá un campo de posibilidades a la hora de satisfacer las necesidades espirituales de los pacientes. Este conocimiento puede resaltar la importancia de una atención individualizada, lo que supondría una mejora de la calidad en la prestación de los cuidados enfermeros y una oportunidad para desarrollar la competencia espiritual en ese ámbito.

## **FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

A lo largo de la realización del presente proyecto de investigación, se ha podido reflexionar sobre qué otras líneas de estudio serían interesantes seguir respecto al tema de la atención espiritual de los pacientes dentro de la profesión de enfermería y se han visto adecuadas varias. Entre ellas, la conveniencia de realizar estudios donde se refleje la percepción del paciente, al igual que la de otros profesionales relacionados con el ámbito de la salud, respecto al cuidado espiritual, ya que, en nuestro contexto, se han llevado a cabo pocos estudios al respecto.

Otra línea de investigación interesante estaría relacionada con el estudio de la dimensión espiritual, desde la perspectiva de los profesores y estudiantes de enfermería, y su inclusión en el curriculum académico. Así, como la investigación de este tema entre profesionales de enfermería de otras especialidades, como por ejemplo, las de atención comunitaria y contrastar sus puntos de vistas con los de las enfermeras asistenciales, respecto al cuidado espiritual y su aplicación en la práctica profesional.

También, se considera como línea de investigación futura, el poder realizar un estudio multicéntrico a nivel autonómico y estatal, debido a la escasa implicación que hay sobre el tema en nuestro medio.

## CRONOGRAMA

Puesto que la duración de la investigación estará muy determinada por los hallazgos que se vayan obteniendo de la misma, según la estrategia metodológica utilizada esto es la Teoría Fundamentada, es difícil establecer un cronograma de trabajo. No obstante se presenta un esbozo que servirá para concretar las diferentes fases de la investigación y sobre todo para planificar el tiempo necesario para llevarla a término.

### 1ª FASE: ELABORACIÓN PROYECTO FIN DE MÁSTER

Actividad	Sept 2012	Octu 2012	Nov 2012	Dic 2012	Enero 2013	Feb 2013	Marzo 2013	Abril 2013	Mayo 2013	Junio 2013
Revisión Bibliográfica										
Anteproyecto										
Redacción Proyecto										
Defensa proyecto fin de máster										

**2ª FASE: IMPLEMENTACIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Actividad	Sep 2013	Octub 2013	Nov 2013	Dic 2013	Enero 2014	Febr 2014	Marzo 2014	Abril 2014	Mayo 2014	Junio 2014
Presentación y aprobación proyecto Comité Científico UIC y HC										
Revisión Bibliográfica										
Cuestionario Sociodemográfico										
Observación Participante										
Grupos focales										
Entrevistas en profundidad										
Análisis de los datos										

**3ª FASE: IMPLEMENTACIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

Actividad	Sep 2014	Oct 2014	Nov 2014	Dic 2014	Ener 2015	Febr 2015	Marz 2015	Abril 2015	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015
Revisión de la Bibliografía											
Elaboración resultados											
Conclusiones											
Redacción informe final											

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] American Holistic Nurses Association [sede Web]. Toreka, Kansas: The Association; 2012 [acceso 30 diciembre de 2012]. What is holistic nursing? Disponible en: <http://www.ahna.org/AboutUs/WhatIsHolisticNursing/tabid/1165/Default.aspx>
- [2] Carpenter K, Girvin L, Kitner W, Ruth-Sahd L. Spirituality: a dimension of holistic critical care nursing. *Dimens Crit Care Nurs*. 2008;27(1):16-20.
- [3] Caldeira S, Castelo Z, Vieira M. A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Rev Enferm*. 2011;3(5):145-152.
- [4] Ellis H, Narayanasamy A. An investigación into the role of spirituality in nursing. *Br J Nurs*. 2009;18(14):886-90.
- [5] Carr T. Facing existential realities: exploring barriers and challenges to spiritual nursing care. *Qual Health Res*. 2010;20(10):1379-2.
- [6] Olive KE. Religion and spirituality: important psychosocial variables frequently ignored in clinical research [editorial]. *South Med J*. 2004;97(12):1152-3.
- [7] Mattison D. The forgotten spirit: integration of spirituality in health care. *Nephrol News Issues*: 2006;20(2):30-2.
- [8] Molzan AE, Sheilds L. Why is it so hard to talk about spirituality. *Can Nurse*. 2008; 104(1):25-9.
- [9] Benito E, Barbero J. Espiritualidad en Cuidados Paliativos: la dimensión emergente. *Rev Med Pal*. 2008;15(4):191-3.
- [10] Tanyi R. Toward clarification of the meaning of spirituality. *J Adv Nurs*. 2002;39(5): 500-9.
- [11] Narayanasamy A. The puzzle of spirituality for nursing: a guide to practical assessment. *Br J Nurs*. 2004;13(19):1140-4.
- [12] Cohen M, Holley L, Wengel S, Katzman R. A platform for nursing research on spirituality and religiosity: definitions and measures. *West J Nurs Res*. 2012;34(6):795-817.
- [13] Bermejo JC. Duelo y espiritualidad. Santander: Sal Terrae; 2012. p.18.
- [14] Torralba F. Necesidades Espirituales del ser humano. Cuestiones preliminares. *Labor Hospitalaria*. 2004;271:7-16.
- [15] Gomis C, Benito E, Barbero J. Glosario. En: Benito E, Barbero J, Payás A. Directores. Grupo de Trabajo sobre Espiritualidad en Cuidados Paliativos de la SECPAL. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. SECPAL. Madrid: Arán Ediciones, S.L.; 2008. p. 99-112.

- [16] Balboni T, Vanderwerker I, Block S, Paulk M, Lathan C, Peteet J, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol*. 2007;25(5):555-60.
- [17] Kandasmy A, Chaturvedi S, Desai G. Spirituality, distress, depression, anxiety and quality of life in patients with advanced cancer. *Indian J Cancer*. 2011;48(1):55-9.
- [18] Friedman L, Barber C, Chang J, Tham Y, Kalidas M, Rimawi M, et al. Self-blame, self-forgiveness, and spirituality in breast cancer survivors in a public sector setting. *J Cancer Educ*. 2010;25(3):343-8.
- [19] Tanyi RA, Werner JS. Women's experience of spirituality within end-stage renal disease and hemodialysis. *Clin Nurs Res*. 2008;17(1):32-49.
- [20] Dalmida SG, Holstad MM, Dilorio D, Laderman G. The meaning and use of spirituality among African American women living with HIV/AIDS. *West J Nurs Res*. 2012;34(6):736-65.
- [21] Richardson P. Assessment and implementation of spirituality and religiosity in cancer care: effects on patient outcomes. *Clin J Oncol Nurs*. 2012;16(4):150-5.
- [22] Wright S, Neuberger J. Why spirituality is essential for nurses. *Nurs Stand*. 2012; 26(40):19-21.
- [23] McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*. 2011;20(11-12):1757-67.
- [24] Ozbasaran F, Ergul S, Temel AB, Aslan GC, Coban A. Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*. 2011;20(21-22):3102-10.
- [25] Stranahan S. Spiritual Perceptions, attitudes about spiritual care and spiritual care practices among nurse practitioners. *West J Nurs Res*. 2001;23(1):90-104.
- [26] Cavendish R, Luise BK, Russo D, Mitzeliotis C, Bauer M, McPartlan MA et al. Spiritual perspectives of nurses in the United States relevant for education and practice. *W J Nurs Res*. 2004;26(2):196-212.
- [27] Donahue MP. Historia de la enfermería. Madrid: Harcourt; 1999.
- [28] Narayanasamy A. Learning spiritual dimensions of care from a historical perspective. *Nurse Educ Today*. 1999;19(5):386-95.
- [29] Hernández J. Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. Madrid: Interamericana McGraw Hill; 1995. p. 78.
- [30] Carson V. Spiritual dimensions of nursing practice. En: Narayanasamy A. Learning spiritual dimensions of care from a historical perspective. *Nurse Educ Today*. 1999;19(5): 386-95.
- [31] Burkhart L, Hogan N. An experiential theory of spiritual care in nursing practice. *Qual Health Res*. 2008;18(7):928-38.

- [32] Colliere M. Identificación de los cuidados administrados por las mujeres religiosas. En: Marcela D, Saldaña A. La historia del cuidado y su influencia en la concepción y evolución de la enfermería. Rev Inv Enf. 2006;8(1-2):8-15.
- [33] Astrow A, Puchalski C, Sulmasy D. Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations. Am J Med. 2001;110(4):283-7.
- [34] Dingwell R, Rafferty AM, Webster C. An introduction to the social history of nursing. En: Narayanasamy A. Learning spiritual dimensions of care from a historical perspective. Nurse Educ Today. 1999;19(5):386-95.
- [35] Dominguez C. Los cuidados y la profesión enfermera en España. Madrid: Pirámide.1986.
- [36] Macrae J. Nightingale's spiritual philosophy and its significance for modern nursing. Image J Nurs Sch.1995;27(1):8-10.
- [37] Hancock B. Are nursing theories holistic? Nurs Stand. 2000;14(17):37-41.
- [38] Oldnall A. On the absence of spirituality in nursing theories and models [editorial]. J Adv Nurs. 1995;21(3):417-8.
- [39] Martsof D, Mickley J. The concept of spirituality in nursing theories: differing world-views and extent of focus. J Adv Nurs. 1998;27(2):294-303.
- [40] Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2010.
- [41] Comelles JM. Salud/Enfermedad. Diccionario temático de antropología. 2ª ed. Barcelona: Editorial Boixareu Univesitaria; 1993. p. 531
- [42] Como J. Spiritual Practice: a literature review related to spiritual health and health outcomes. Holist Nurs Pract. 2007;21(5):224-36.
- [43] Kalish N. Evidence-based spiritual care: a literature review. Curr Opin Support Palliat Care. 2012;6(2):242-6.
- [44] Pike J. Spirituality in nursing: a systematic review of the literature from 2006-2010. Br J Nurs. 2011;20(12):743-49.
- [45] Ross L. Spiritual care in nursing: an overview of research to date. J Clin Nurs. 2006; 15(7):852-62.
- [46] Consejo Internacional de Enfermeras. Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería [Monografía en Internet]. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 2012 [acceso 30 de diciembre 2012]. Disponible en: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free\\_publications/C%C3%B3digo%20del%20CIE%202012%20web.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/C%C3%B3digo%20del%20CIE%202012%20web.pdf).
- [47] Nursing and Midwifery Council. Standards of Proficiency for Pre-registration Nursing Education. NMC [Monografía en Internet]. London; 2004 [acceso 30 de diciembre 2012]. Disponible en:



[http://www.nmcuk.org/Documents/Standards/nmcStandardsofProficiencyForPre\\_RegistrationNursingEducation.pdf](http://www.nmcuk.org/Documents/Standards/nmcStandardsofProficiencyForPre_RegistrationNursingEducation.pdf)

- [48] WHOQOL SRPB Group. A cross-cultural study of spirituality, religion and personal beliefs as components of quality of life. *Soc Sci Med*. 2006;62(6):1486-97
- [49] Nanda International. *Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación*. 2009-2011. Elsevier. 2010. p. 288-99.
- [50] *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- [51] *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)* 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- [52] Polzer R, Engebretson J. Ethical issues of incorporating spiritual care into clinical practice. *J Clin Nurs*. 2012;21(15-16):2099-107.
- [53] Bayés R, Borràs F. ¿Qué son las necesidades espirituales? *Med Pal*. 2005;12(2):99-107.
- [54] McSherry W. The principal components model: a model for advancing spirituality and spiritual care within nursing and health care practice. *J Clin Nurs*. 2006;15(7):905-17.
- [55] Van Leeuwen R, Cusveller B. Nursing competencies for spiritual care. *J Adv Nurs*. 2004;48(3):234-46.
- [56] Lundmark M. Attitudes to spiritual care among nursing staff in a Swedish oncology clinic. *J Clin Nurs*. 2006;15(7):863-874.
- [57] Cockell N, McSherry W. Spiritual care in nursing: an overview of published international research. *J Nurs Manag*. 2012;20(8):958-69.
- [58] Paley J. Spirituality and nursing: a reductionist approach. *Nurs Philos*. 2008;9(1):3-18.
- [59] Tosao C. *Abordaje aconfesional de la espiritualidad en cuidados paliativos*. FMC. 2012;19(6):331-8.
- [60] Benito E, Barbero J, Payás A. Directores. *Grupo de Trabajo sobre Espiritualidad en Cuidados Paliativos de la SECPAL. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta*. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. SECPAL. Madrid: Arán Ediciones, S.L.; 2008.
- [61] Payás A, Barbero J, Bayés R, Benito E, Giró R, Maté J et al. ¿Cómo perciben los profesionales de paliativos las necesidades espirituales del paciente al final de la vida? *Med Pal*. 2008;15(4):225-37.
- [62] Sessanna L, Finnell DS, Underhill M, Chang YP, Peng HL. Measures assessing spirituality as more than religiosity: a methodological review of nursing and health-related literature. *J Adv Nurs*. 2011;67(8):1677-94.
- [63] Izquierdo C, Burggraf J, Arocena FM. *Diccionario de Teología*. 2ª ed. Pamplona: Eunsa. Ediciones Universidad de Navarra, S.A.; 2007. Religión. Espiritualidad; pp. 860, 969, 1010.

- [64] Ferrater M. Diccionario de Filosofía. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.; 1994. Espiritual; p. 1099.
- [65] Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Espiritual. 22ª ed. 2001. (acceso Diciembre 2012) Disponible en: [http://www. Diccionario de la lengua española - Real Academia Española](http://www.Diccionario de la lengua española - Real Academia Española).
- [66] Chochinov HM, Cann BJ. Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. J Palliat Med. 2005;8(Suppl 1):S103-13.
- [67] Murray R, Zentner J. Nursing Concepts for Health Promotion. En: McSerry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. J Clin Nurs. 2011;20(11-12):1757-67.
- [68] Clarke J. A critical view of how nursing has defined spirituality. J Clin Nurs. 2009; 18(12):1666-73.
- [69] Swinton J. Identity and resistance; why spiritual care needs, enemies. J Clin Nurs. 2006;15(7):918-28.
- [70] World Health Organization Quality of Life. WHOQOL. Programme on mental health. Division of mental health and prevention of substance abuse. Measuring Quality of Life. The World Health Organization Quality of Life Instruments [Monografía en Internet]. Geneva: WHO/MSA/PSF/97.4.1997: 1-15. [acceso 17 de diciembre 2012]. Disponible en: [http://www.who.int/entity/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/media/68.pdf).
- [71] Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J et al. La mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos: el informe de la Conferencia de Consenso. Med Pali. 2011;18(1):55-78.
- [72] Murray S, Kendall M, Boyd K, Worth A, Benton T. et al. Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers. Palliat Med. 2004;18(1):39-45.
- [73] Benito E, Barbero J, Bátiz J. Manifiesto de Espiritualidad SECPAL. En: Libro de Ponencias: IX Jornada Nacional SECPAL. Espiritualidad en Clínica. Palma de Mallorca; 2011.
- [74] McSherry W, Cash K, Ross L. Meaning of spirituality: implications for nursing practice. J Clin Nurs. 2004;13(8):934-41.
- [75] Barbero J. El apoyo espiritual en cuidados paliativos. Labor Hospitalaria. 2002;263: 6-7.
- [76] Maté J, Juan E. ¿Qué dicen los expertos sobre las necesidades espirituales? Revisión bibliográfica. En: Benito E, Barbero J, Payás A, directores. Grupo de Trabajo sobre Espiritualidad en Cuidados Paliativos de la SECPAL. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta. Sociedad Española de Cuidados Paliativos. SECPAL. Madrid: Arán Ediciones, S.L.; 2008. p. 34-49.

- [77] Deal B, Grassley J. The lived experience of giving spiritual care: a phenomenological study of nephrology nurses working in acute and chronic hemodialysis settings. *Nephrol Nurs J.* 2012;39(6):471-81.
- [78] Rivera A, Montero M. Ejercicio clínico y espiritualidad. *Anales de psicología.* 2007;23(1):125-137.
- [79] Del Olmo S, Casas L, Mejías A. El registro de enfermería: un sistema de comunicación. *Enferm Clin.* 2007;17(3):142-5.
- [80] Martínez C, Cañadas A, Rodríguez E. Dificultades en la valoración enfermera. *Enferm Clín.* 2003;13(4):195-201.
- [81] Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. 2ª ed. Barcelona: Doyma; 1992.
- [82] Kuuppelomaki M. Spiritual support for families of patients with cancer: A pilot study of nursing staff assessments. *Cancer Nursing.* 2002;25(3):209-218.
- [83] Baldacchino D. Nursing competences for spiritual care. *J Clin Nurs.* 2006;15(7):885-96.
- [84] Chan M. Factors affecting nursing staff in practising spiritual care. *J Clin Nurs.* 2010;19(15-16):2128-36.
- [85] McCoubrie RC, Davies AN. Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Support Care Cancer.* 2006;14(4):379-85.
- [86] Oh P, Kim Y. Meta-analysis of spiritual intervention studies on biological, psychological and spiritual outcomes. *J Korean Acad Nurs.* 2012;42(6):883-42.
- [87] Shah R, Kulhara P, Grover S, Kumar S, Maljotre R, Tyagi S. Relationship between spirituality/religiousness and coping in patients with residual schizophrenia. *Qual Life Res.* 2011;20(7):1053-60.
- [88] Naqhi JJ, Philip KJ, Phan A, Cleenewerck L, Schwarz ER. The effects of spirituality and religion on outcomes in patients with chronic heart failure. *J Relig Health.* 2012;51(4):1124-36.
- [89] Linhares C. The lived experiences of midwives with spirituality in childbirth: mana from heaven. *J Midwifery Womens Health.* 2012;57(2):165-71.
- [90] Caldeira S, Hall J. Spiritual leadership and spiritual care in neonatology. *J Nurs Manag.* 2012;20(8):1069-75.
- [91] Chung LY, Wong FK, Chan MF. Relationship of nurses' spirituality to their understanding and practice of spiritual care. *J Adv Nurs.* 2007;58(2):158-70.
- [92] Wong KF, Yau SY. Nurses' experiences in spirituality and spiritual care in Hong Kong. *Appl Nurs Res.* 2009;23(4):242-4.
- [93] Baldacchino D. Teaching on spiritual care: The perceived impact on qualified nurses. *Nurse Educ Pract.* 2011;11(1):47-53.

- [94] Dhamani KA, Paul P, Olson JK. Tanzanian nurses understanding and practice of spiritual care. ISRN Nurs. [revista en Internet] 2011 Jun 6 [acceso 11 de octubre de 2012]. Disponible en: DOI: 10.5402/2011/534803
- [95] Pesut B, Thorne S. From private to public: Negotiating professional and personal identities in spiritual care. J Adv Nurs. 2007;58(4):396-403.
- [96] Vance D. Nurses' attitudes towards spirituality and patient care. Medsurg Nursing. 2001;10(5):264-70.
- [97] Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya. Lena Ferrús (dir). Recomanacions per a la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització. Barcelona. 2006. p. 60-61.
- [98] Ronaldson S, Hayes L, Aggar C, Green J, Carey M. Spirituality and spiritual caring: nurses' perspectives and practice in palliative and acute care environments. J Clin Nurs. 2012;21(15-16):2126-35.
- [99] Jenkins ML, Wikoff K, Amankwaa L, Trent B. Nursing the spirit. Nurs Manage. 2009; 40(8):29-36.
- [100] Olson J, Paul P, Douglas L, Clark M, Simington J, Goddard N. Addressing the spiritual dimension in Canadian undergraduate nursing education. Canad J Nurs Res. 2003;34(3):94-107.
- [101] Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. New York: Aldine Publishing Company; 1967.
- [102] Blumer H. El interaccionismo simbólico: perspectiva y método. Traducido del original de 1937. Barcelona: Hora, S.A.; 1982.
- [103] Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
- [104] Jeon YH. The application of grounded theory and symbolic interactionism. Scand J Caring Sci. 2004;18(3):249-56.
- [105] Noerager P. Erosionar la teoría fundamentada. En: Morse J, editor. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Alicante: Publicaciones Universidad de Alicante; 2005. p.271-84.
- [106] Charmaz K. Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis. Thousand Oaks: Sage Publications; 2006.
- [107] Vallés M. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Madrid: Síntesis S.A; 2009. p.99.
- [108] De la Cuesta, C. Teoría y método: la teoría fundamentada como herramienta de análisis. Cultura de los cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades. 2006;20:136-40.

- [109] CIS. Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro de octubre. Estudio nº 2.960 [sede Web]. Madrid; CIS; 2012. [actualizada en octubre 2012; acceso 19 de febrero de 2013]. Disponible en: [http://datos.cis.es/pdf/Es2960mar\\_A.pdf](http://datos.cis.es/pdf/Es2960mar_A.pdf)
- [110] Bayés R, Limonero J. Evolución de los factores que ayudan a morir en paz, a lo largo del proceso de morir. En: Bayés R, Borràs FX. ¿Qué son las necesidades espirituales? Med Pal. 2005;12(2):99-107.
- [111] Mahtani V, Axpe M, Serrano A, González I, Fernández E. Metodología para incorporar los estudios cualitativos en la evaluación de tecnologías sanitarias. Madrid: Plan Nacional para el SNC del MSC. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de Salud; 2006. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCS Nº 2006/01. p. 67,79.
- [112] Cuñat R. Aplicación de la Teoría Fundamentada (Grounded Theory) al proceso de creación de empresas. Decisiones globales. 2006:1-13.
- [113] Vivar C, Canga A, Canga N. Propuesta de investigación cualitativa: un modelo para ayudar a investigadores noveles. Index Enferm. 2011;20(1-2):91-5.
- [114] Giske T, Cone P. Opening up to learning spiritual care of patients: a grounded theory study of nursing students. J Clin Nurs. 2012;21(13-14):2006-15.
- [115] Ruiz Olabuénaga JI. Metodología de la investigación cualitativa. 4ª ed. Bilbao: Universidad de Deusto; 2009. p.65-66.
- [116] Taylor S. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 2009.
- [117] Amezcua M, Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev. Esp. Salud Pública. 2002;76(5): 423-36.
- [118] Corporació Sanitaria Clínic. [sede Web]. Barcelona: 2013 [acceso 3 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.hospitalclinic.org>
- [119] Aguirre Baztán A. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural. Barcelona: Editorial Boixareu Universitaria. Marcombo; 1995.
- [120] Krueger R, Casey M. Focus Groups: A practical guide for applied research. En: Van Leeuwen R, Tiesinga L, Post D, Jochemsen H. Spiritual care: implications for nurses' professional responsibility. J Clin Nurs. 2006;15(7):875-84.
- [121] Carey M. El efecto del grupo en los grupos focales: Planear, ejecutar e interpretar la investigación con grupos focales. En: Morse J, editor. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Alicante: Publicaciones Universidad de Alicante; 2005. p.287-305.
- [122] Mayan MJ. Una introducción a los métodos cualitativos: módulos de entrenamiento para estudiantes y profesores. 2001. p.18-20.

- [123] De la Cuesta, C. El investigador como instrumento flexible de la Indagación. *Int J Qual Methods*. 2003;2(4):25-38.
- [124] Glaser B. *Theoretical sensitivity: Advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley, C.A: The Sociology Press; 1978.
- [125] Welsh E. Dealing with data: using NVivo in the qualitative data analysis process. *Forum: Qual Soc Re*. 2002;3(2), Art. 26.
- [126] Lincoln Y, Guba E. Naturalistic inquiry. En: Mahtani V, Axpe M, Serrano A, González I, Fernández E. *Metodología para incorporar los estudios cualitativos en la evaluación de tecnologías sanitarias*. Madrid: Plan Nacional para el SNC del MSC. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de Salud; 2006. *Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCO N° 2006/01*. p 79.
- [127] González M. Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Ibero Americana de Educación [revista en Internet]* 2002 [acceso 25 de marzo de 2013]; 29: Disponible en: <http://www.rieoei.org/rie29a04.htm>.
- [128] Boletín Oficial del Estado. Ley 14/2007 de Investigación Biomédica. BOE. 2007 Jul. 4; 159: 28826-48.
- [129] Boletín Oficial del Estado. Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE. 1999 Dic. 13; 298: 43088-99.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1: AUTORIZACIÓN REVISIÓN REGISTROS DE ENFERMERÍA**





SOL·LICITUD DE REVISIÓ D'HISTÒRIES CLÍNQUES

El Dr./Dra.   
del Servei  Telèfon de contacte

sol·licita la preparació de les històries de la relació adjunta, que han de ser revisades per a la realització del projecte d'investigació:

El termini previsible de la durada de la revisió (\*) serà de

Signatures

El Sol·licitant

V.i.P.  
Cap de Servei

Barcelona, a 5 de Juny de 2017

\* Considerant el subministrament d'un màxim de 20 històries per dia

COD. 32702

## **ANEXO 2: REGISTROS DE VALORACIÓN ENFERMERA**

REGISTRO DE VALORACIÓN ENFERMERA SEGÚN VIRGINIA HENDERSON



IDENTIFICACIÓ MALALT



Recollida de dades del client

INFORMACIÓ GENERAL

Data d'ingrés Hora Edat Sexe
Ingrés procedent: Domicili Urgències Sala Altres
Persona a localitzar en cas d'urgència: Tel.:
Viu sol/a Si No Pades Soci Sanitari Treballador actiu Pensionista
Llengua amb la que habitualment s'expressa
Metge responsable Codi
Problema actual o raó d'ingrés
Altres problemes de salut:

Pren medicaments a casa Si No

Table with 3 columns: Nom del medicament, Dosi diària, Via

1.- NECESSITAT DE RESPIRAR

Dispnea Cianosi Tos Descripció
Expectoració Descripció
Sorolls respiratoris audibles Tipus
Fumador/a Cigarretes/
Altres manifestacions

2.- NECESSITAT DE MENJAR I BEURE

Pes Talla Tipus de dieta
Aliments que intolerà o que no li agraden
Pren alcohol: Ocasionalment Frecuentment Diàriament Quantitat
Menjar: Independent Ajuda parcial Ajuda total
Dificultats en la deglució: Sòlids Líquids
Pròtesi dental: Superior Inferior
Altres manifestacions

**3.- NECESSITAT D'ELIMINAR**

Hàbit intestinal \_\_\_\_\_ Restrenyiment  Laxants  Tipus \_\_\_\_\_  
Colostomia  Cures especials \_\_\_\_\_  
Alteracions: micció  orina  Quines \_\_\_\_\_  
Incontinència: Urinària  Fecal  \_\_\_\_\_  
Última menstruació \_\_\_\_\_ Regular  Irregular  Metrorràgies   
Altres manifestacions \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4.- NECESSITAT DE MOURE'S I MANTENIR UNA POSTURA ADEQUADA**

Mobilitat: Independent  Ajuda parcial  Ajuda total   
Tipus d'ajuda \_\_\_\_\_  
Limitació de moviment d'algun membre  Quina \_\_\_\_\_  
Perquè \_\_\_\_\_  
Pròtesi  Quina \_\_\_\_\_  
És: Dreta  Esquerra   
Altres manifestacions \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5.- NECESSITAT DE DORMIR I REPOSAR**

Hores que dorm habitualment \_\_\_\_\_ Migdiada \_\_\_\_\_  
Qualitat de la son \_\_\_\_\_  
Mitjans que utilitza \_\_\_\_\_  
Altres manifestacions \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6.- NECESSITAT DE VESTIR-SE I DESVESTIR-SE**

Independent  Ajuda parcial  Ajuda total   
Altres manifestacions \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7.- NECESSITAT DE MANTENIR LA T° CORPORAL DINS ELS LÍMITS NORMALS**

Fredolíc  Calurós   
Altres manifestacions \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8.- NECESSITAT D'ESTAR NET, POLIT I PROTEGIR ELS SEUS TEGUMENTS**

Higiene: Independent  Ajuda parcial  Ajuda total

Condicions de la pell i mucoses: Color \_\_\_\_\_ Aspecte \_\_\_\_\_ Tª \_\_\_\_\_

Si lesió: Localització i descripció \_\_\_\_\_

Altres manifestacions \_\_\_\_\_

**9.- NECESSITAT D'EVITAR ELS PERILLS**

Al·lèrgies \_\_\_\_\_

Risc biològic \_\_\_\_\_

Grup sanguini \_\_\_\_\_ Rh \_\_\_\_\_

Dolor  Localització \_\_\_\_\_

Tipus: Continuo  Intermitent  Opressiu  Punxant

Altres manifestacions \_\_\_\_\_

**10.- NECESSITAT DE COMUNICACIÓ**

Estat de consciència \_\_\_\_\_

Orientació: Temps \_\_\_\_\_ Espai \_\_\_\_\_ Persones \_\_\_\_\_

Dèficits sensorials: \_\_\_\_\_

Altres manifestacions \_\_\_\_\_

**11.- NECESSITAT DE VIURE SEGONS LES SEVES CREENCES I VALORS**

Dades d'interès \_\_\_\_\_

**12.- NECESSITAT D'OCUPAR-SE PER A REALITZAR-SE**

Ocupació: \_\_\_\_\_

Rol familiar: \_\_\_\_\_

Altres dades d'interès \_\_\_\_\_

**13.- NECESSITAT D'ESBARGIR-SE**

Hàbits de diversió i distracció: Esport  Lectura  Música  T.V.

Altres \_\_\_\_\_

Altres dades d'interés \_\_\_\_\_

**14.- NECESSITAT D'APRENDRE**

Té interès per a conèixer el procés de la seva salut: Si  No

El malalt coneix el seu diagnòstic: Si  No

La família coneix el diagnòstic: Si  No

Altres dades d'interés \_\_\_\_\_

**ANÀLISI DE LES DADES**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓ OBTINGUDA:**

Del client

De la història del client

De la família

D'altres \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Signatura i número d'identificació de la infermera)

\_\_\_\_\_  
(Hora i data)

**OTROS FORMATOS**



IDENTIFICACIÓ MALALT



**RECOLLIDA DE DADES DEL MALALT AL INGRESSAR A LA UNITAT**

Hora d'ingres del malalt ..... Data ..... Edat ..... Sexe .....  
 Nom i Cognoms de la persona a localitzar en cas d'urgència: .....  
 ..... Tel. ....  
 Viu sol/a SI  NO  Ha estat ingressat anteriorment en aquest Hospital SI  NO   
 Metge responsable del malalt Dr. ....

**INFORMACIÓ GENERAL**

Es al·lèrgic a algun producte SI  NO  Indiqui el nom del producte .....

Pateix alguna malaltia crònica SI  NO  Quina .....

Pateix algun problema físic (Congenit, amputació, malformacions .....

Realitza o guarda a casa alguna dieta especial SI  NO  Quina .....

Pren medicaments a casa prescrits pel metge SI  NO

Nom del medicament	Dosi	Via	Freqüència
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Pes ..... Talla ..... Risc biològic a través de la sang SI  NO

Aïllament o precaució a prendre en cas d'infecció .....

Diagnòstic medic o raó de l'ingres .....

Ingressa procedent de: Una altra Sala, còdi geogràfic ..... Urgències

Dispensari

Amb: O<sub>2</sub> SI  NO  Litres .....

Sonda: Nasogàstrica SI  NO  Vesical N.º .....

Serumteràpia SI  NO  Drenatges SI  NO

Tipus de drenatge ..... Lloc de drenatge .....

Dolor SI  NO  lloc del dolor .....

Tipus de dolor: Opressiu  Contiu  Punxant  Intermitent

Coloració de la pell i les mucoses ..... Cianòtic  Pàl·lid  Ictèric

COD.976

**NIVELL DE CONSCIÈNCIA**

Conscient	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Orientat en el temps i l'espai	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Somnolent	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		E <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
Comatós	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		E <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
			Isocòriques	<input type="checkbox"/>	• •
			Pupil·les Anisocòriques	<input type="checkbox"/>	• • <input type="checkbox"/> • •
			Midriàtiques	<input type="checkbox"/>	• •
			Miòtiques	<input type="checkbox"/>	• •
Reactives a la llum	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Pupil·la D	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
			Pupil·la E	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**EXPRESSIÓ VERBAL**

Clara  Mut  Afàsica  Traqueostomia   
 Idioma parlat habitualment ..... Idioma matern .....

**AUDICIÓ**

Sord  Afectada oïda D  oïda E  Pròtesi-audífon SI  NO  oïda D  oïda E

**VISIÓ**

Cec  Afectada ull D  ull E  Diplòpia  Ulleres SI  NO   
 Pròtesis-Ull artif. D  E  Lents contacte SI  NO

**RESPIRACIÓ**

Freqüència respiratòria alterada SI  NO   
 Ritme respiratòri alterat SI  NO   
 Sorolls respiratoris audibles SI  NO

**HIGIENE**

Necessita ajuda per rentar-se una part del cos SI  NO  Quina .....  
 Higiene completa al llit SI  NO   
 Cures especials de: boca SI  NO  Quina .....  
 oïda SI  NO  Quina .....  
 ulls SI  NO  Quina .....  
 pell SI  NO  Quina .....

**ALIMENTACIÓ**

Menja sol SI  NO   
 Necessita ajuda per menjar SI  NO  Quina .....



Té dificultats en: empassar-se aliments sòlids SI  NO  líquids SI  NO   
Pròtesi dental SI  NO  Superior  Inferior

### **MOBILITZACIÓ**

Repòs absolut SI  NO  Pot aixecar-se SI  NO   
Necessita ajuda per aixecar-se SI  NO   
Pot deambular SI  NO  Necessita ajuda per deambular SI  NO   
Hemiplexia dreta  Esquerra  Paraplegia  Tetraplegia   
Inmobilització d'algun membre SI  NO  Quin .....

Pròtesi SI  NO  Quina .....

### **ELIMINACIÓ**

Habit intestinal ..... Restrenyiment SI  NO   
Dificultat en la micció SI  NO  Quina .....

Incontinència: Urinària SI  NO  Fecal SI  NO

Colostomia SI  NO  Cures especials .....

### **REPOS I SON**

Dorm be a casa seva SI  NO  Pren alguna medicació per a dormir SI  NO   
Quina .....

### **INTREGRITAT DE LA PELL**

Úlcera per pressió SI  NO  Lloc .....

Extensió de la úlcera (en cm.) ..... Ferides SI  NO

Lloc ..... Extensió de la ferida (en cm.) .....

Necessita suport espiritual SI  NO  de qui:

Sacerdot catòlic  Pastor  Rabí  D'altres

El malalt coneix el seu diagnòstic SI  NO  La seva família coneix el diagnòstic SI  NO

El malalt requereix una ensenyança especial SI  NO  Quina .....

Nom de l'infermer/a que recull l'informació .....

## **ANEXO 3: CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO**

### **CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO:**

- Datos de contacto:
- Edad:
- Género:
  - Masculino
  - Femenino
- Lugar de origen:
- Nivel educativo: Marca todos los que se adjunten a tu perfil actual:
  - Diplomatura.
  - Grado.
  - Máster
  - Postgrado.
  - Doctorado.
- Años de experiencia clínica como enfermera asistencial:
- Instituto donde trabajas actualmente o has trabajado en este hospital:
  - Instituto clínico de enfermedades digestivas y metabólicas.
  - Instituto Clínico de Especialidades Médicas y Quirúrgicas.
  - Instituto Clínico de Ginecología, Obstetricia y Neonatología
  - Instituto Clínico de Enfermedades Hematológicas y Oncológicas
  - Instituto Clínico de Neurociencias.
  - Instituto Clínico de Medicina Interna y Dermatología.
  - Instituto Clínico de Nefrología y Urología
  - Instituto Clínico del Tórax
  - Otros.
- Unidad de hospitalización donde trabajas actualmente:
- Turno:
  - Mañanas.
  - Tardes.
  - Noches A                      Noches B.
  - Fines de semana.
- Tienes alguna creencia religiosa o espiritual:
  - Si
  - No

- De las siguientes afirmaciones elige la que consideres más adecuada a tu idea de espiritualidad:
  - La espiritualidad implica únicamente la religión.
  - La espiritualidad tiene que ver con la búsqueda de significado, propósito y satisfacción en la vida.
  - La espiritualidad se aplica a todas las personas, incluso aquellas que no tienen una creencia religiosa.
  - Yo no sé lo que significa el término espiritualidad.
  - Otros.

## **ANEXO 4: GUÍA PARA LOS GRUPOS FOCALES CON ENFERMERIA ASISTENCIAL**

## GUÍA PARA LOS GRUPOS FOCALES CON ENFERMERÍA ASISTENCIAL

**Nº Grupo focal:**            **Fecha:**            **Hora de inicio:**            **Hora de finalización:**

**Datos de interés:**

**Nombre del moderador/a:**

**Nombre del observador/a:**

**Procedimiento:**

Presentación de la conductora del grupo, del observador y de los componentes del grupo focal.

**Explicación:**

Justificación del estudio, grabación de la entrevista grupal, confidencialidad de la información. Se contactará posteriormente con los participantes para revisión y verificación de la copia de la grabación.

**Premisas:**

Respeto a todas las opiniones, importancia de la participación y de la sinceridad, mantener un orden de intervención para poder escuchar la grabación.

**Guión de posibles preguntas:**

- 1 Se ha observado que en los registros de enfermería la necesidad espiritual pocas veces se registra. ¿A qué crees que es debido?
- 2 Dime qué crees que es la espiritualidad.
- 3 ¿Cómo definirías la espiritualidad y la religión?
- 4 Qué te parece, si la hay, es la diferencia clave entre espiritualidad y religión.
- 5 Cuando piensas en la atención espiritual ¿Qué te viene a la mente? ¿Qué significa el cuidado espiritual para ti como enfermera?
- 6 ¿Crees que la atención espiritual es importante? ¿Por qué sí/ por qué no?
- 7 ¿Cómo reconocerías que un paciente necesita atención espiritual? ¿Puedes poner algún ejemplo práctico?
- 8 ¿Cuáles son los retos, o dificultades si las hay, a la hora de prestar atención espiritual en tu práctica profesional?

- 9 ¿Cómo aprendiste a evaluar y a proporcionar atención espiritual? ¿Qué herramientas o recursos te ayudaría en tu práctica profesional para ofrecer atención espiritual?
- 10 ¿Cómo piensas que la institución donde trabajas puede apoyar la atención de la dimensión espiritual en la práctica de enfermería?
- 11 ¿Podrías mencionar algún tipo de formación que la institución haya impartido en esta área?
- 12 ¿Hay algo más que te gustaría decir sobre la atención espiritual y de lo que no hemos hablado?

**Pautas de evaluación del observador:**

Lugar adecuado en tamaño y acústica	
Lugar neutral de acuerdo a los objetivos del Grupo Focal	
Asistentes sentados en U en la sala	
Moderador respeta tiempo para que los participantes desarrollen cada tema	
Moderador escucha y utiliza la información que está siendo entregada	
Se cumplen los objetivos planteados para esta reunión	
El moderador explicita en un comienzo objetivos y metodología de la reunión a los participantes	
Permite que todos participen	
Reunión entre 60 y 120 minutos como máximo	
Registro de la información (grabadora de audio)	
Escarapelas con identificación de los asistentes.	
Refrigerios adecuados y no interrumpen el desarrollo de la actividad	

## **ANEXO 5: GUÍA PARA LOS GRUPOS FOCALES CON GESTORAS ASISTENCIALES**



## GUÍA PARA LOS GRUPOS FOCALES CON GESTORAS ASISTENCIALES

**Nº Grupo Focal:**                      **Fecha:**                      **Hora de inicio:**                      **Hora de finalización:**

**Datos de interés:**

**Nombre del moderador/a:**

**Nombre del observador/a:**

**Procedimiento:**

Presentación de la conductora del grupo, del observador y de los componentes del grupo focal.

**Explicación:**

Justificación del estudio, grabación de la entrevista grupal, confidencialidad de la información. Se contactará posteriormente con los participantes para revisión y verificación de la copia de la grabación.

**Premisas:**

Respeto a todas las opiniones, importancia de la participación y de la sinceridad, mantener un orden de intervención para poder escuchar la grabación.

**Guión de posibles preguntas:**

- 1 Se ha observado que en los registros de enfermería la necesidad espiritual pocas veces es registrada por las enfermeras ¿A qué crees que es debido?
- 2 ¿Cómo definirías la espiritualidad y la religión?
- 3 Qué te parece, si la hay, es la diferencia clave entre espiritualidad y religión.
- 4 Cuándo piensas en la atención espiritual ¿Qué te viene a la mente? ¿Qué significa para ti el cuidado espiritual?
- 5 ¿Crees que la atención espiritual es importante? ¿Por qué si/ por qué no?
- 6 ¿Cómo ves el cuidado espiritual en tu papel como gestora asistencial?
- 7 ¿Cuales son los retos, o dificultades si las hay, a la hora de prestar atención espiritual en tu servicio?

- 8 Qué herramientas o recursos puede proporcionar tu servicio o la institución a las enfermeras a la hora de prestar atención espiritual.
- 9 ¿Cómo piensas que la institución donde trabajas puede apoyar la atención de la dimensión espiritual en la práctica de enfermería?
- 10 ¿Podrías mencionar algún tipo de formación que la institución haya impartido en esta área?
- 11 ¿Hay algo más que te gustaría decir sobre la atención espiritual y de lo que no hemos hablado?

**Pautas de evaluación del observador:**

Lugar adecuado en tamaño y acústica	
Lugar neutral de acuerdo a los objetivos del Grupo Focal	
Asistentes sentados en U en la sala	
Moderador respeta tiempo para que los participantes desarrollen cada tema	
Moderador escucha y utiliza la información que está siendo entregada	
Se cumplen los objetivos planteados para esta reunión	
El moderador explicita en un comienzo objetivos y metodología de la reunión a los participantes	
Permite que todos participen	
Reunión entre 60 y 120 minutos como máximo	
Registro de la información (grabadora de audio)	
Escarapelas con identificación de los asistentes.	
Refrigerios adecuados y no interrumpen el desarrollo de la actividad	

## **ANEXO 6: HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE GRUPOS FOCALES**

## HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTE DEL GRUPO FOCAL

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

**Nombre del proyecto:** “Percepción y experiencia enfermera sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica”

**Investigadora:** Matea Abril Higuero. Enfermera Asistencial. Máster en Ciencias de la Enfermería. Telf: xxx. Dirección de correo: xxx

**Propósito:** Explorar y analizar la percepción y experiencia que tienen los profesionales de enfermería asistencial del Hospital Clínic de Barcelona sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica. Para poder llevar a cabo esta investigación se observarán y estudiarán comportamientos, opiniones y percepciones de diversos profesionales de enfermería, respecto al tema de estudio.

**Procedimiento:** Para la obtención de información se llevarán a cabo **grupos focales**. Un grupo focal es una técnica de recogida de datos mediante un grupo de discusión en el que todos los participantes pueden dar su opinión. Su participación en el estudio consistiría en colaborar en la conversación, permitiendo que el moderador pueda hacerle preguntas y usted pueda expresar su opinión de forma abierta en relación al tema de investigación junto a otros participantes del grupo. El grupo focal tendrá lugar fuera del horario laboral. Esta información será registrada mediante una grabadora de audio. Posteriormente se transcribirá para poder ser analizada. Todos los datos serán guardados mediante archivos electrónicos que serán completamente destruidos al finalizar la investigación.

**Riesgos:** La participación en este grupo no supone peligro o riesgo para la salud física ni psíquica.

**Beneficios:** La participación en el grupo focal puede ser incluso beneficiosa para usted, al colaborar en un proyecto de investigación en el que se pretende explorar y analizar la percepción y experiencia que tienen las enfermeras asistenciales del Hospital Clínic de Barcelona, sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica, que puede ayudar a mejorar la asistencia profesional en los cuidados enfermeros.

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

Los nombres y datos que permitirán identificar a los participantes constarán en un archivo informático al que únicamente tendrán acceso los investigadores del estudio. Estos procedimientos están sujetos a los que dispone la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre de protección de datos de carácter personal. Los hallazgos de este estudio sólo podrán ser publicados o presentados en reuniones científicas sin revelar la identidad de sus participantes.

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

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

Por favor, si no lo ha hecho todavía, haga las preguntas que le parezcan oportunas e intentaremos responderle lo mejor que podamos.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Nombre del proyecto:** “Percepción y experiencia enfermera sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica”.

**Investigadora:** Matea Abril Higuero.

Enfermera Asistencial. Máster en Ciencias de la enfermería

Telf.: xxx Dirección de correo: xxx

La investigadora **Matea Abril Higuero** con DNI xxx informa al participante Sr/Sra. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, sobre la participación en el proyecto titulado: “Percepción y experiencia enfermera sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica”.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse del mismo en cualquier momento que desee, sin ninguna consecuencia de ningún tipo.

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

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

**NOMBRE Y APELLIDOS**

**FECHA**

**FIRMA**

**PARTICIPANTE**

## **ANEXO 7: GUÍA DE PREGUNTAS PARA ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD.**

## GUÍA DE PREGUNTAS PARA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

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

**Datos de interés:**

### **Presentación y adaptación al encuentro:**

Justificación del estudio, grabación de la entrevista, confidencialidad de la información. Se contactará posteriormente con el entrevistado/a para revisión y verificación de la copia de la grabación.

### **Guión de posibles preguntas:**

1. Se ha observado que en los registros de enfermería la necesidad espiritual pocas veces se cumplimenta ¿A qué crees que es debido?
2. ¿Me podrías hablar de tu experiencia profesional relacionada con la atención espiritual? ¿Qué te viene a la mente? ¿Qué significa el cuidado espiritual para tí?
3. Díme qué crees que es la espiritualidad.
4. ¿Cómo definirías la espiritualidad y la religión?
5. ¿Qué te parece, si la hay, es la diferencia clave entre espiritualidad y religión?
6. ¿Crees que la atención espiritual es importante? ¿Por qué si/ por qué no?

**Observaciones:**

## **ANEXO 8: HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD**



## HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD.

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

**Nombre del proyecto:** “Percepción y experiencia enfermera sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica”.

**Investigadora:** Matea Abril Higuero. Enfermera Asistencial. Máster en Ciencias de la enfermería Telf.: xxx Dirección de correo: xxx

**Propósito:** Explorar y analizar la percepción y experiencia que tienen los profesionales de enfermería asistencial del Hospital Clínic de Barcelona sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica. Para poder llevar a cabo esta investigación se observarán y estudiarán comportamientos, opiniones y percepciones de diversos profesionales de enfermería, respecto al tema de estudio.

**Procedimiento:** Para la obtención de información se llevarán a cabo entrevistas en profundidad. Una entrevista en profundidad es una técnica de recogida de datos mediante un encuentro individual entre el investigador y el entrevistado que permite que éste último exprese de forma reflexiva y personal su opinión sobre los temas investigados. Las entrevistas se realizarán fuera del horario laboral. Esta información será registrada mediante una grabadora de audio. Posteriormente se transcribirá para poder ser analizada. Todos los datos serán guardados mediante archivos electrónicos que serán completamente destruidos al finalizar la investigación.

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

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

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

informático al que sólo tendrán acceso los investigadores del estudio. Estos procedimientos están sujetos a lo que dispone la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre de protección de datos de carácter personal. Los hallazgos de este estudio sólo podrán ser publicados o presentados en reuniones científicas sin revelar la identidad de sus participantes.

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

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

Por favor, si no lo ha hecho todavía, haga las preguntas que le parezcan oportunas e intentaremos responderle lo mejor que podamos.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Nombre del proyecto:** “Percepción y experiencia enfermera sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica”.

**Investigadora:** Matea Abril Higuero.

Enfermera Asistencial. Máster en Ciencias de la enfermería

Telf.: xxx Dirección de correo: xxx

La investigadora **Matea Abril Higuero** con DNI xxx informa al participante Sr/Sra. \_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, sobre la participación en el proyecto titulado: “Percepción y experiencia enfermera sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica”.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier momento que desee, sin ninguna consecuencia de ningún tipo.

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

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

**NOMBRE Y APELLIDOS**

**FECHA**

**FIRMA**

**PARTICIPANTE**

## **ANEXO 9: GUÍA PARA OBSERVACIÓN PARTICIPANTE.**

### HOJA DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

**Nº Observación:**            **Fecha:**            **Hora de inicio:**            **Hora de finalización:**

**Lugar:**

**Datos de interés:**

**Posibles elementos a observar para los objetivos de la investigación:**

Aspecto físico del servicio incluyendo habitaciones y lugares comunes.	
La interacción que los profesionales de enfermería establecen entre ellos, entre otros profesionales y con los pacientes.	
Cómo está estructurado el tiempo durante la jornada laboral.	
Si la estructura organizativa permite dar respuesta a las necesidades del paciente de forma integral.	
Patrones de comportamiento, actitudes y percepciones de los profesionales de enfermería sobre el tema de estudio.	
Tipo de necesidades del paciente que se priorizan, si se incluye la necesidad espiritual.	
Tiempo que se dedica a las mismas.	
Cómo se realiza la valoración de las necesidades del paciente.	
Estrategias y conocimientos utilizados a la hora de atender las necesidades de orden espiritual de los pacientes.	
Si la valoración de la necesidad espiritual supone una dificultad de abordaje para los profesionales.	
Otras observaciones de interés para el tema de estudio.	

**Notas del observador durante la observación participante:**

**Observaciones:**

**Reflexiones:**

**Impresiones:**

**ANEXO 10: HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO AL PARTICIPANTE DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE.**

## HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PARTICIPANTE DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

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

**Nombre del proyecto:** “Percepción y experiencia enfermera sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica”.

**Investigadora principal:** Matea Abril Higuero. Enfermera Asistencial. Máster en Ciencias de la Enfermería. Telf.: xxx . Dirección de correo: xxx

**Propósito:** Explorar y analizar la percepción y experiencia que tienen los profesionales de enfermería asistencial del Hospital Clínic de Barcelona sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica. Para poder llevar a cabo esta investigación se observará y estudiarán comportamientos, opiniones y percepciones de diversos profesionales de enfermería, respecto al tema de estudio.

**Procedimiento:** Para poder llevar a cabo este estudio se realizará **observación participante** de la unidad de hospitalización y de la dinámica de trabajo de los profesionales de enfermería, en relación al tema de investigación, durante un tiempo preestablecido. Para ello la investigadora se introducirá en la mencionada unidad para llevar a cabo la observación participante. Este tipo de observación es una estrategia de investigación por la que el mismo investigador se introduce en un escenario elegido por un período de tiempo para obtener una perspectiva interna del campo a estudiar. La información que se obtenga de esta observación será recopilada mediante notas personales y posteriormente será analizada. Todos los datos serán guardados mediante archivos electrónicos que serán completamente anónimos y destruidos al finalizar la investigación.

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

**Beneficios:** La participación puede ser incluso beneficiosa para usted al colaborar en un proyecto de investigación en el que se pretende explorar y analizar la percepción y experiencia profesional que tienen las enfermeras asistenciales del Hospital Clínic de Barcelona, sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica, que puede ayudar a mejorar la asistencia profesional en los cuidados enfermeros.

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

nombres y datos que permitirán identificar a los participantes constarán en un archivo informático al que sólo tendrán acceso los investigadores del estudio. Estos procedimientos están sujetos a los que dispone la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre de protección de datos de carácter personal. Los hallazgos de este estudio sólo podrán ser publicados o presentados en reuniones científicas sin revelar la identidad de sus participantes.

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

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

Por favor, si no lo ha hecho todavía, haga las preguntas que le parezcan oportunas e intentaremos responderle lo mejor que podamos.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Nombre del proyecto:** “Percepción y experiencia enfermera sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica”.

**Investigadora:** Matea Abril Higuero

Enfermera Asistencial. Máster en Ciencias de la Enfermería

Telf.: xxx Dirección de correo: xxx

La investigadora **Matea Abril Higuero** con DNI xxx informa al participante Sr/Sra.

\_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_, sobre la participación en el proyecto titulado: “Percepción y experiencia enfermera sobre la atención de la dimensión espiritual de los pacientes en la práctica clínica”.

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse del estudio en cualquier momento que desee, sin ninguna consecuencia de ningún tipo.

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

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

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA

FIRMA

PARTICIPANTE:

## **ANEXO 11: GLOSARIO DE TÉRMINOS**



## GLOSARIO DE TÉRMINOS SOBRE TEORÍA FUNDAMENTADA

**CATEGORÍA:** Conceptos que representan fenómenos. Los acontecimientos, sucesos, acciones o interacciones que se consideran conceptualmente similares en su naturaleza o relacionados en el significado se agrupan bajo conceptos más abstractos denominados categorías [106].

**CODIFICACIÓN:** Proceso analítico por medio del cual se fragmentan, conceptualizan e integran los datos para formar una teoría [103].

**CODIFICACIÓN ABIERTA:** Proceso analítico en el que se revisa palabra a palabra; se generan códigos. Se utilizan códigos *in vivo* y se fracturan los datos [106].

**CODIFICACIÓN AXIAL:** Se vuelven a unir los datos mediante la inducción y la abstracción para establecer conexiones entre los códigos y subcategorías. Se identifican las propiedades y dimensiones de las categorías [106].

**CODIFICACIÓN SELECTIVA:** Proceso de integración y refinamiento de las categorías principales para formar un esquema teórico mayor y seleccionar una categoría nuclear llamada categoría central (core category) que relaciona las demás categorías [106].

**CÓDIGOS *IN VIVO*:** Fragmentos del propio texto [106].

**CONSTRUIR UNA TEORÍA:** Implica que los hallazgos deben presentarse como un conjunto de conceptos interrelacionados en afirmaciones que puedan usarse para explicar un fenómeno social [106].

**MEMOS ANALÍTICOS:** Registro de impresiones, reflexiones, cuestiones teóricas, preguntas, dudas, sumarios de códigos y categorías que permiten una mayor comprensión, incrementan el nivel conceptual, evita especulaciones, preserva ideas y señala pensamientos acerca de las similitudes entre la teoría emergente y las teorías ya establecidas [106].

**MÉTODO COMPARATIVO CONSTANTE:** Pretende desvelar las similitudes y los contrastes entre los datos siguiendo un proceso de análisis sistemático que consiste en recogida y análisis de datos de forma simultánea para desarrollar conceptos. Supone un proceso de abstracción creciente hacia conceptos complejos que permiten generar teorías [106].

**MUESTREO TEÓRICO:** Los participantes se escogen a partir de los hallazgos que se van obteniendo. La selección de nuevos casos se hará según su potencial para desarrollar mayor comprensión teórica sobre el área de estudio. Este proceso de recogida de datos permite la generación de teoría a través de sucesivos estadios, determinados por los cambios en los criterios para seleccionar los participantes de acuerdo con la información y el análisis de datos previos [106].

**SATURACIÓN TEÓRICA:** Sucede cuando la recogida de datos nuevos no produce información nueva o adicional que pueda indicar que surjan nuevas categorías o que señalen la necesidad de expandir más códigos [106].

**SUBCATEGORÍA:** Conceptos que pertenecen a una categoría que le dan claridad adicional y especificidad [106].

**SENSIBILIDAD TEÓRICA:** Se refiere a la capacidad de tener insight, es decir, comprender y separar lo que es pertinente de lo que no lo es [106].

**TEORÍA SUSTANTIVA:** Se obtiene a partir del estudio de un contexto específico y por lo tanto su aplicación será limitada a ese contexto o entorno similar. Un estudio de Teoría Fundamentada, presenta una teoría con poder explicativo a la vez que proporciona una comprensión sobre las experiencias, procesos o fenómenos estudiados [106].

## **ANEXO 12: ACEPTACIÓN PROPUESTA DE TRABAJO FIN DE MÁSTER**

## ACEPTACIÓN PROPUESTA DE TRABAJO FIN DE MÁSTER

ABRIL HIGUERO, Matea  
Tutora: Sra. Marian De Juan

Mitjançant el present, la Comissió Acadèmica del Màster en Ciències de la Infermeria reunida el passat divendres, 14 de desembre de 2012 ha acordat resoldre favorablement la teva proposta del Treball de fi de Màster que porta per títol,

*"Percepción de las enfermeras asistenciales sobre la dimensión espiritual y su abordaje espiritual en el proceso de Atención de Enfermería"*

Recordar-te que, seguint el calendari establert;

- a) El proper 15 de maig de 2013 l'alumne/a entregará al tutor una còpia de la memòria final del Treball fi de Màster
- b) El 22 de maig de 2013 i un cop aprovada pel tutor, haurà d'entregar tres còpies enquadernades juntament amb una còpia en format digital (CD) a secretaria juntament amb l'informe valoratiu del tutor.

Atentament,

  
Universitat Internacional de Catalunya | Facultat de Medicina i Ciències de la Salut

Dra. Cristina Monforte  
Directora del Màster

Sant Cugat, 20 de desembre de 2012

## AGRADECIMIENTOS

Para finalizar este trabajo fin de máster, me gustaría dar las gracias a las personas, a los que categorizamos como pacientes, pasadas, presentes y futuras que he tenido, tengo y espero tener el privilegio de cuidar, por ser una fuente inagotable de conocimiento, esperanza y superación. Sin ellas mi trabajo como enfermera asistencial no tendría sentido.

Agradecer a mi tutora María Ángeles de Juan Pardo por su acompañamiento, en el amplio sentido del término, durante la aventura que ha supuesto todo el proceso de trabajo final.

A Maite Alonso por su ayuda desinteresada y críticas constructivas.

Al profesorado del máster por haber aportado cada uno un granito de arena al conocimiento académico de esta alumna.

A mis amigas, Silvia por su impagable colaboración con la lengua inglesa, a Isabel por haber soportado estoicamente mi reclusión social durante todo el periplo del máster, a Mónica Echagüen por aportar luz en la oscuridad sobre las cuestiones tecnológicas y a todas las demás por su apoyo y paciencia.

Finalmente dar las gracias a Antonio, mi compañero de viaje emocional y vital por quererme y aceptarme tal como soy.

A todas/os muchas gracias.