

Intervención educativa para enfermería: cuidado espiritual durante la enfermedad crónica

RESUMEN

Objetivos: evaluar la efectividad de la intervención educativa Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado en personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica. **Materiales y método:** se diseñó una intervención educativa para fortalecer la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería. Se planteó un diseño cuasi experimental, con grupo control y experimental y evaluación pre y posprueba. Participaron enfermeras y auxiliares de enfermería de tres instituciones clínicas, seleccionadas en un muestreo no probabilístico, por conveniencia y asignación 1:1 para el grupo experimental (n = 112) y el control (n = 110). **Resultados:** la intervención modificó significativamente la percepción final total de la espiritualidad y el cuidado espiritual ($p \leq 0,016$), con un tamaño del efecto $d = 0,4$ y una $p = 0,84$. Fue efectiva en modificar significativamente la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual total ($p \leq 0,001$), así como las subescalas de percepción de la espiritualidad, cuidado espiritual y cuidado personalizado ($p \leq 0,001$); sin embargo, la subescala percepción del cuidado espiritual final no presentó diferencias significativas al comparar los grupos ($p \leq 0,024$). **Conclusiones:** la intervención fue efectiva en modificar la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual. Debe comprobarse su efectividad en entornos diferentes al de este estudio y se evidencia la necesidad de capacitar al personal de enfermería en esta temática a fin de que este cuidado se implemente en la práctica en el cuidado de personas en situaciones de enfermedad crónica.

PALABRAS CLAVE

Investigación en evaluación de enfermería; atención de enfermería; espiritualidad; personal de enfermería; enfermedad crónica (Fuente: DeCS, BIREME).

DOI: 10.5294/aqui.2017.17.1.4

Para citar este artículo / To reference this article / Para citar este artigo

Vargas-Escobar LM. Intervención educativa para enfermería: cuidado espiritual durante la enfermedad crónica. Aquichan. 2017;17(1):30-41. Doi: 10.5294/aqui.2017.17.1.4

¹ orcid.org/0000-0003-0052-5467. Universidad El Bosque, Colombia. lmvargase@unbosque.edu.co

Recibido: 11 de agosto de 2015
Enviado a pares: 23 de septiembre de 2016
Aceptado por pares: 10 de junio de 2016
Aprobado: 13 de septiembre de 2016

Educational Intervention in Nursing: Spiritual Care during Chronic Illness

ABSTRACT

Objective: Evaluate the effectiveness of the educational intervention known as Spiritual Nursing Care: Integrality of the Human Being in the Care Provided by Nursing Personnel Working with Chronically Ill Patients. **Method:** An educational intervention was designed to strengthen the perception of spirituality and the spiritual care provided by the nursing staff. A quasi experimental design was proposed, with a control and experimental group and pre and post-test evaluation. Nurses and nursing assistants from three clinical institutions, chosen through non-probabilistic sampling, were selected 1:1 for convenience and allocation to the experimental group ($n = 112$) and the control group ($n = 110$). **Results:** The intervention significantly modified the total final perception of spirituality and spiritual care ($p \leq 0.016$), with an effect size of $d = 0.4$ and $p = 0.84$. It was effective in significantly changing the perception of spirituality and total spiritual care ($p \leq 0.001$), as well as the subscales concerning perception of spirituality, spiritual care and personalized care ($p \leq 0.001$); However, the subscale on perception of final spiritual care showed no significant differences when the groups were compared ($p \leq 0.024$). Groups ($p \leq 0.024$). **Conclusions:** The intervention was effective in modifying the perception of spirituality and spiritual care. However, its effectiveness should be checked in environments different from the one in this study. Moreover, the need to train nurses in this area is evident, so spiritual care can be implemented in practice as part of the care provided to those with a chronic illness.

KEYWORDS

Research on nursing evaluation; nursing care; spirituality; nursing staff; chronic illness (Source: DeCS, BIREME).

Intervenção educativa para enfermagem: cuidado espiritual durante a doença crônica

RESUMO

Objetivos: avaliar a efetividade da intervenção educativa “cuidado espiritual de enfermagem: integralidade do ser humano no cuidado em pessoal de enfermagem que trabalha com pessoas com doença crônica”. **Materiais e método:** foi desenhada uma intervenção educativa para fortalecer a percepção da espiritualidade e do cuidado espiritual do pessoal de enfermagem. Propôs-se um desenho quase-experimental, com grupo controle e experimental, e avaliação pré e pós-teste. Participaram enfermeiras e auxiliares de enfermagem de três instituições clínicas, selecionadas numa amostra não probabilística, por conveniência e atribuição 1:1 para o grupo experimental (n = 112) e para o grupo controle (n = 110). **Resultados:** a intervenção modificou de forma significativa a percepção da espiritualidade e o cuidado espiritual total ($p \leq 0,001$) bem como as subescalas de percepção da espiritualidade, cuidado espiritual e cuidado personalizado ($p \leq 0,001$); contudo, a subescala percepção do cuidado espiritual final não apresentou diferenças significativas ao comparar os grupos ($p \leq 0,024$). **Conclusões:** a intervenção foi efetiva em modificar a percepção da espiritualidade e do cuidado espiritual. Deve ser comprovada sua efetividade em contextos diferentes dos deste estudo; evidencia-se a necessidade de aperfeiçoar o pessoal de enfermagem nessa temática para que esse cuidado seja implantado na prática no cuidado de pessoas em situações de doença crônica.

PALAVRAS CHAVE

Atenção de enfermagem; doença crônica; espiritualidade; pessoal de enfermagem; pesquisa em avaliação de enfermagem (Fonte: DeCS, BIREME).

Introducción

La espiritualidad es una dimensión presente en cada persona que involucra ideas filosóficas sobre la vida, su significado y su propósito; “es subjetiva, compleja e intangible y permea y vitaliza todas las otras dimensiones del ser humano, de manera tal que todos los valores, pensamientos, comportamientos, decisiones, experiencias y preocupaciones (de la persona) están relacionadas con ella” (1). Es una fuerza que permite el crecimiento personal y la autotrascendencia, lo cual implica una profunda conciencia de sí mismo (en una conexión intrapersonal), la relación con los demás y el entorno natural (en una conexión interpersonal) y con el Dios invisible o poder más grande (en una conexión transpersonal) (2,3).

La palabra *espiritualidad*, que muchas veces se utiliza como sinónimo de religión o como variables psicológicas, es mucho más amplia y compleja. Es una integración del cuerpo, la mente y el espíritu en la totalidad de la persona; es un fenómeno multidimensional que relaciona lo corpóreo e incorpóreo, lo abstracto, lo intangible y lo subjetivo y que permite la paz, la armonía, la fortaleza, la reciprocidad, la confianza, la esperanza, el vínculo y una forma de vida para encontrar significado (4).

Diferentes estudios documentan la importancia de la espiritualidad durante las situaciones de enfermedad crónica, por ejemplo, en pacientes con cáncer, diabetes, dolor crónico, enfermedad cardiovascular, hemodiálisis y VIH/sida, así como en los procesos de duelo y rehabilitación. La espiritualidad mejora la respuesta inmunológica, la adaptación frente a situaciones de diagnóstico y tratamiento, la toma de decisiones, la perspectiva y crecimiento personal, la resolución de problemas y la responsabilidad frente al manejo de la enfermedad (5-8).

Igualmente, la espiritualidad permite un mejor afrontamiento del dolor, así como el manejo de los sentimientos de desesperación, depresión, soledad y ansiedad asociados a la cronicidad. Promueve una mayor satisfacción con la vida, la adaptación psicológica, el equilibrio personal, la autoestima y una sensación de significado, propósito, esperanza y confianza (6,9).

Por otro lado, se ha establecido que la persona con enfermedad crónica vive una situación de vulnerabilidad personal y social secundaria a los cambios producidos en su vida por causa de la enfermedad, en la cual se producen periodos de remisión y recaí-

da, alteraciones en los roles, en las redes sociales, en la escala de valores, en el equilibrio familiar, entre otros. Cuando esto ocurre, la persona entra en un proceso de confrontación con su situación y consigo misma, que la lleva a experimentar una reevaluación de su propia espiritualidad en un proceso de tránsito en la búsqueda de significado, propósito y fortaleza (10). La espiritualidad proporciona respuestas a cuestionamientos personales, permite adquirir un nuevo significado de la vida y de la situación que se afronta y, en este sentido, la persona con enfermedad crónica aprende a vivir y aceptar su condición, pues adquiere bienestar espiritual y desarrolla una nueva perspectiva espiritual que influirá en sus dimensiones físicas y psicosociales (11).

El hacerse consciente de la propia espiritualidad genera en la persona una serie de necesidades espirituales que deben ser resueltas; por lo tanto, la enfermera y el auxiliar de enfermería, como unidad de cuidado durante las situaciones de cronicidad y persona cercana al paciente y su familia, son responsables de la atención y promoción de estrategias espirituales como parte del cuidado integral. Su compromiso en una relación de confianza con el otro facilitará la exteriorización de inquietudes espirituales que permitirán proveer cuidado espiritual de manera oportuna y fortalecer la salud espiritual de la persona, apoyándola en las crisis que genera la enfermedad crónica. Sin embargo, a pesar de la importancia del cuidado espiritual de enfermería en estos casos, la evidencia señala la baja participación del personal de enfermería en el cuidado espiritual, resultado de falta de educación y formación en la temática (12,13).

En la revisión de artículos efectuada para el presente estudio, se encontraron nueve trabajos que muestran experiencias educativas en la temática; seis muestran la efectividad de las intervenciones aplicadas, tres de ellos utilizaron un único grupo con medición preprueba y posprueba y los otros tres incluyeron dos grupos (experimental y control) con pre y posprueba. No obstante, la duración de estas intervenciones es usualmente muy larga para ser implementadas en enfermeras de la práctica clínica, cuya disponibilidad de tiempo es limitada; además, el tamaño de las muestras en que fueron probadas no fue lo suficientemente grande. El presente estudio es el primero en Latinoamérica que se enfoca en el abordaje de la dimensión espiritual de las personas con enfermedad crónica y se dirige a enfermeras y auxiliares de enfermería de la práctica clínica que no cuentan con suficiente tiempo para recibir la capacitación (14-22).

Por lo anterior, y considerando la necesidad de mejorar la percepción del personal de enfermería sobre el cuidado espiritual y la falta de estrategias en el medio para recibir formación en la temática, se planteó el diseño de una intervención educativa para fortalecer la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual que resulte efectiva y viable en la práctica. El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la efectividad de la intervención educativa titulada *Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado* en el personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica, a fin de evaluar si esta fortalece su grado de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual.

La hipótesis alterna para el presente estudio fue la siguiente: la intervención educativa aplicada al personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica es efectiva en modificar su percepción sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual. La hipótesis nula fue la siguiente: la intervención educativa no modifica su percepción sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica.

Para esta investigación se concibe el cuidado espiritual como un encuentro intencionado y recíproco entre la enfermera y la persona con enfermedad crónica, en el cual se producen acciones y comportamientos dirigidos a satisfacer las necesidades espirituales y promover el bienestar y el desarrollo de la perspectiva espiritual personal existencial o religiosa (23).

Materiales y métodos

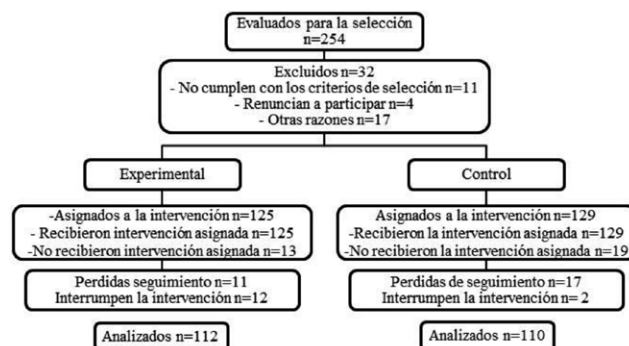
El presente estudio es cuantitativo explicativo, cuasi experimental, con dos grupos (control y experimental) y evaluación con pre y posprueba. El grupo experimental recibió la medición inicial de la percepción de la espiritualidad y del cuidado espiritual con la *Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual*. Posteriormente, le fue impartida la intervención educativa *Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado* y a los ocho y veinte días posteriores (media = 11,6 días; desviación estándar = 4,4) volvió a recibir la medición final con la misma escala. Por su parte, el grupo control recibió una intervención en la temática de cuidado seguro que guardó las mismas características que la intervención del grupo experimental. Se decidió abordar el tema de cuidado seguro, debido a que no se encontraron intervenciones específicas de cuidado espiritual realizadas por enfermería en el contexto colombiano o latinoamericano, contra las cuales se pudiera efectuar la compa-

ración tradicional. Así mismo, el tema de cuidado seguro resultó de interés en las instituciones y permitió observar el efecto de la intervención de cuidado espiritual que se estaba evaluando.

La población estuvo conformada por el personal de enfermería que trabajaba o trabajó con personas en condición de enfermedad crónica en tres instituciones clínicas de la ciudad de Bogotá, Colombia. Estas fueron de carácter privado, de tercer y cuarto nivel de atención, que aceptaron participar en el estudio. Una de ellas fue un hospital universitario, con principios católicos y ubicado en la zona centro de la ciudad. Otra fue una clínica ubicada en el sur de Bogotá y que es centro de referencia para estratos medios y bajos de la ciudad y sus alrededores. La última es una clínica ubicada en la zona norte, que atiende personas de estratos medios y altos.

La muestra se determinó a partir del procedimiento de comparación de medias y se estableció un tamaño de muestra $n = 100$ para cada grupo (experimental y control), con $\alpha = 0,01$; $\beta = 0,05$; $\sigma = 22,67$ y $\Delta = 10$. El estudio inició con un muestreo probabilístico aleatorio; sin embargo, no fue posible darle continuidad, debido a las dificultades para aplicarlo en las tres instituciones de la misma manera, razón por la cual quedó por conveniencia y asignación 1:1 para cada grupo. El análisis final se realizó con 112 participantes en el grupo experimental y 110 en el control (figura 1). La pérdida de sujetos estuvo alrededor del 14,4%, específicamente, por cambio de lugar de trabajo, de servicio o de turno, que no permitieron localizar a la enfermera en el momento de aplicar la segunda medición o posprueba.

Figura 1. Muestreo del diseño cuasi experimental: reclutamiento, asignación de la intervención, seguimiento y análisis



Fuente: elaboración propia.

Los criterios de inclusión para el estudio fueron: enfermeras o auxiliares de enfermería que trabajaran o hubieran trabajado con personas en condición de enfermedad crónica, con un tiempo mínimo de experiencia en el área de seis meses, pertenecientes a cualquiera de las tres instituciones clínicas donde se llevó a cabo el estudio. Los criterios de exclusión fueron: que la enfermera se encontrara participando en cualquier capacitación relacionada con temas sobre el cuidado o la espiritualidad durante el tiempo del estudio y que no logrará culminar la participación completa en el estudio (preprueba, intervención educativa y posprueba).

Para mantener la validez interna del estudio y establecer estrategias de control se consideraron los siguientes aspectos: verificación de la no participación en otra intervención educativa, búsqueda de equivalencia entre las instituciones participantes y su personal de enfermería, asignación proporcional en número para los dos grupos, observación en el grupo control de efectos derivados de la aplicación del cuestionario para así determinar si al final se presentaron efectos derivados de la aplicación de la preprueba, incorporación de muestras mayores a las requeridas para suplir las pérdidas de seguimiento en el estudio y solicitud de discreción a los participantes terminada cada sesión con los colegas que aún no habían asistido a la intervención educativa correspondiente. Es importante manifestar que los participantes pudieron experimentar alguna vivencia espiritual personal con sus pacientes o familiares a cargo durante el estudio, que suscitara mayor sensibilidad espiritual, aspecto que no pudo ser controlado o mitigado.

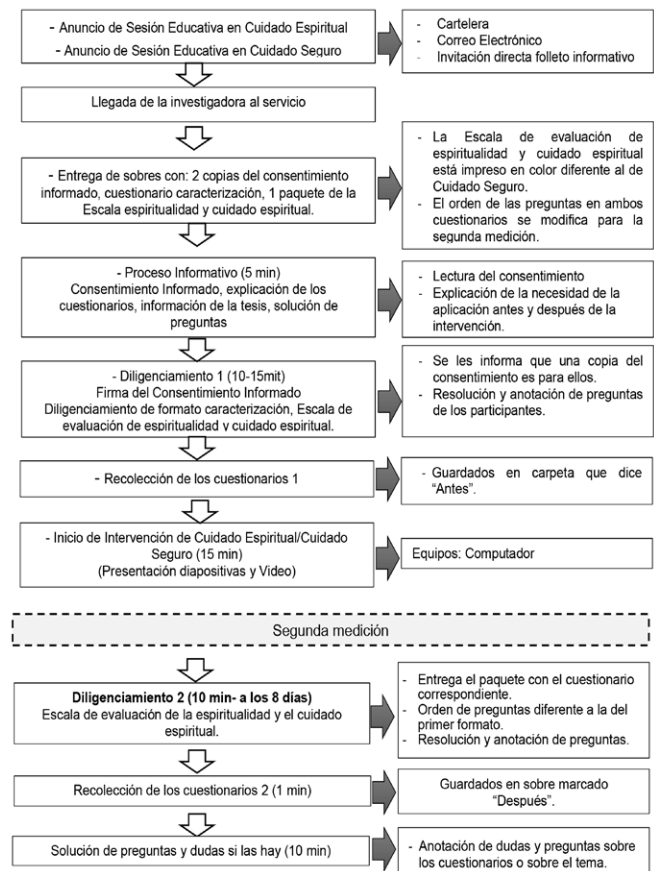
Por otro lado, la validez externa del estudio se determinó por la confiabilidad del diseño y el grado de generalización de los resultados en la población del personal de enfermería de las instituciones que trabajan con personas con enfermedad crónica y que presentan las mismas características contempladas por el personal de enfermería del presente estudio. Es importante mencionar que la investigadora estuvo en los procesos de medición e intervención, para lo cual trató de mantenerse neutral y en estabilidad emocional para impartir de la misma forma la información ofrecida a ambos grupos. La intervención educativa de cuidado espiritual fue diseñada de tal manera que permitiera reproducirla en otras poblaciones de enfermeras y evaluar su efectividad en cada caso.

La intervención educativa *Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado* es una estrategia formativa de una sesión, dirigida a fortalecer la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería que

trabaja con personas en condición de enfermedad crónica. Las temáticas que aborda son la realidad de la persona con enfermedad crónica, la conceptualización de la espiritualidad y el cuidado espiritual y las formas y momentos para proporcionar cuidado espiritual. La intervención es impartida por una enfermera mediante diapositivas, un video y un separador con información relacionada, y puede ser evaluada por medio de la *Escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual* (23).

El protocolo de la intervención educativa contó con dos opciones de aplicación, dependiendo de si se realizaba en un salón o auditorio o si debía aplicarse en el lugar de trabajo, es decir, en los servicios de enfermería. En la figura 2 se observa el protocolo implementado en el salón o auditorio.

Figura 2. Protocolo de la intervención educativa en cuidado espiritual



Fuente: elaboración propia.

El protocolo de intervención aplicado en el servicio o lugar de trabajo del personal de enfermería guarda las mismas características que el mostrado en la figura 2, solo que se realiza con la ayuda de un computador portátil y es la investigadora quien se dirige a cada uno de los servicios de acuerdo con la hora establecida para el encuentro.

Además de lo anterior, se analizaron algunas variables reportadas por la literatura que podían ser consideradas intervinientes o confusas en las percepciones del personal de enfermería que eran imposibles de controlar. Dichas variables son: nivel educativo, experiencia clínica, tiempo de práctica en la especialidad actual, educación sobre cuidado espiritual durante la formación como enfermera, espiritualidad personal, religiosidad y bienestar espiritual personal (24-26).

Así mismo, para mostrar mayor evidencia del efecto de la intervención educativa se calcularon los estadísticos d de Cohen y η^2 cuadrado parcial. Los datos del estudio se registraron en una base de datos de Excel y, posteriormente, se analizaron en el programa SPSS versión 22, licenciado por la Universidad Nacional de Colombia. El análisis estuvo organizado en cuatro partes: 1) análisis descriptivo de la muestra total y por grupos (experimental y control), en la cual se emplearon estadísticas descriptivas de tendencia central (mediana, media, desviación típica, valor mínimo y máximos); 2) análisis de normalidad de los datos con la prueba de Kolmogorov-Smirnov; 3) análisis inferencial de la muestra total y por grupos usando Wilcoxon, U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis y Spearman, $p \leq 0,05$, y 4) estimación del tamaño del efecto usando η^2 cuadrado parcial y d de Cohen. Para estos análisis se optó por llevar la escala total y cada subescala a una métrica entre 0 y 100, con el fin de poder efectuar comparaciones entre ellas.

Para la intervención se contemplaron los aspectos éticos universales de investigación en seres humanos. Se mantuvo la confidencialidad y privacidad de los participantes, su autonomía para decidir si participar o no y retirarse cuando lo desearan, y se dejó copia del consentimiento informado con información sobre el estudio. Así mismo, se obtuvo el aval del autor de la escala, así como del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y de las tres instituciones participantes en el estudio.

Medición

La medición de la efectividad de la intervención educativa de cuidado espiritual se realizó a partir de la *Escala de evaluación de*

la espiritualidad y el cuidado espiritual propuesta por McSherry, Draper y Kendrick (23). La escala tipo Likert (donde uno es totalmente en desacuerdo y cinco es totalmente de acuerdo) tiene 17 ítems que miden la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería en cuatro subescalas: percepción de la espiritualidad, del cuidado espiritual, de la religiosidad y del cuidado personalizado. Fue adaptada culturalmente y sometida a pruebas de validez y confiabilidad por parte de la investigadora del estudio (27). La validez facial arrojó un porcentaje de acuerdo del 92 % en los criterios de claridad, comprensión y precisión. La validez de contenido, a través del Índice de Validez de Contenido, fue de 0,99. La validez del constructo con rotación Varimax reportó una estructura de cuatro factores, similar a la propuesta inicialmente por el autor, y una consistencia interna por alfa de Cronbach de 0,73.

Resultados

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

En su mayoría, el personal de enfermería participante está compuesto por mujeres (91,9 %) entre los 26 y los 35 años de edad (59,5 %). La experiencia laboral promedio fue de 10,3 años (con un mínimo de un año y un máximo de 34 años). El 100 % tenía experiencia en el área asistencial, seguida por la administrativa, con un 14,9 %. Casi todas expresaron tener experiencia en pacientes con enfermedades de tipo cardiovascular, renal, oncológico, osteomuscular, respiratorio y, en menor proporción, en trasplantes, ginecología, pediatría, quirúrgicas y metabólicas (39,9 %). Al comparar la caracterización entre el grupo experimental y el grupo control, se encontró que ambos presentan características similares en todas las variables, lo que implica que el personal de enfermería participante no presentaba diferencias significativas en ambos grupos ($p = 0,951$), como se observa en la tabla 1.

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

Comparación en el puntaje de la percepción inicial y final de la espiritualidad y el cuidado espiritual en el grupo experimental y en el grupo control. El puntaje de la percepción final presenta

Tabla 1. Distribución del personal de enfermería respecto a las variables intervinientes o confusas del fenómeno de estudio

Variable		Total		Grupo experimental n = 112		Grupo control n = 111	
		Núm.	%	Núm.	%	Núm.	%
Nivel educativo	Técnico	73	33	34	30,4	39	35,1
	Pregrado	81	36,7	46	41,1	38	34,2
	Especialización	57	25,8	30	26,8	27	24,3
	Maestría	9	4,1	2	1,8	7	6,3
Formación en pacientes con enfermedad crónica	Sí	121	54,5	65	58	57	51,4
	No	100	45	47	42	53	47,7
Inclinación religiosa	Católica	188	84,7	93	83	95	85,6
	Cristiana no católica	23	10,4	10	8,9	13	11,7
	Agnóstico o ateo	3	1,4	3	2,7	1	0,9
	No responde	3	1,4	1	0,9	0	0
	Ninguna	2	0,9	5	4,5	2	1,8
Recibió formación en cuidado espiritual	Sí	50	22,5	24	21,4	26	23,4
	No	172	77,5	88	78,6	85	76,6
Turno de trabajo	Mañana	79	35,6	27	24,1	52	46,8
	Tarde	56	25,2	32	28,6	25	22,5
	Noche	43	19,4	25	22,3	18	16,2
	Jornada ordinaria	36	16,2	22	19,6	14	12,6
	Otro	2	0,9	1	0,9	1	0,9
	Más de un turno	6	2,7	5	4,5	1	0,9

Fuente: elaboración propia.

un cambio hacia puntajes superiores posteriores a la intervención educativa (mediana = 79,4; desviación estándar = 10), en comparación con el de la percepción inicial (mediana = 75; desviación estándar = 10,4) en el grupo experimental. Así mismo, al comparar la percepción inicial y final en las subescalas en este grupo, se encontró que las cuatro presentaron mejoras en las puntuaciones de los participantes hacia valores superiores, sobre todo en los puntajes del 25% y el 75% de los participantes.

En cuanto a las puntuaciones en el grupo control en la percepción inicial (mediana = 75; desviación estándar = 8,9) respecto a la final (mediana = 76,4; desviación estándar = 9,8) se mantienen casi iguales. Esto evidencia que no se presentan diferen-

cias en la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual posterior a la intervención sobre cuidado seguro. Así mismo, al comparar la percepción inicial y final en las subescalas de este grupo, ninguna mostró cambios significativos en la puntuación inicial respecto a la final, a excepción de la subescala de percepción de la espiritualidad, que pasó de una mediana de 62,5 a una mediana de 81,2 posterior a la intervención en cuidado seguro, en la cuarta parte de los participantes.

Comparación en el puntaje de la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual entre el grupo experimental y control. Al comparar las puntuaciones de ambos grupos desde lo descriptivo, es posible establecer que mejoraron en el grupo experimental (es-

pecialmente las ubicadas entre el cuartil 25 y el 75), en contraste con las del grupo control, que se mantuvieron similares en todas las subescalas. Igualmente, en la mayor parte de las subescalas se presentaron puntuaciones superiores luego de la intervención educativa en el grupo experimental respecto al grupo control, excepto por la percepción de la espiritualidad, donde las puntuaciones fueron mayores en el grupo control respecto al experimental.

Análisis inferencial de la muestra total y por grupos (experimental y control). Para el análisis inferencial se aplicó la prueba Kolmogorov-Smirnov, que indicó que los datos de la variable dependiente (percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual), no presentaban una distribución normal, por lo que se utilizaron estadísticos no paramétricos.

En principio, se verificó que ambos grupos (experimental y control) estuvieran en las mismas condiciones antes de recibir la intervención correspondiente. Con la *U* de Mann-Whitney no se mostraron diferencias significativas entre los dos grupos al inicio (mediana grupo experimental = 75; desviación estándar = 10; mediana del grupo control = 75; desviación estándar = 8,9; $p > 0,05$).

Después de la intervención educativa se compararon ambos grupos y se encontraron diferencias significativas en la distribución total ($p = 0,002$) en tres de las cuatro subescalas del instrumento: percepción de la espiritualidad ($p = 0,16$), de la religiosidad ($p = 0,24$) y del cuidado personalizado ($p = 0,001$). Esto evidencia que la intervención educativa sí generó cambios significativos en la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual del personal de enfermería del grupo experimental, con excepción de la subescala de percepción de cuidado espiritual, donde no se presentó una diferencia significativa ($p = 0,73$).

Comparación del total de la escala inicial y final del grupo experimental. Continuando con el análisis, se comparó el mismo grupo antes de la intervención y después de esta, que cada uno recibió aplicando la prueba de Wilcoxon. El personal de enfermería participante en el grupo experimental presentó una diferencia significativa entre el total de la escala inicial y el total de la escala final ($p = 0,001$), al igual que individualmente en las subescalas de percepción de la espiritualidad, cuidado espiritual y cuidado personalizado ($p = 0,001$). Por su parte, la subescala percepción de la religiosidad no mostró un cambio significativo ($p = 0,061$). Esto indica que la intervención educativa en cuidado espiritual es efectiva en mejorar de manera significativa la percepción de la

espiritualidad y el cuidado espiritual total del personal de enfermería y en sus subescalas percepción de la espiritualidad, de la religiosidad y del cuidado personalizado. Para el caso del grupo control, no se presentaron diferencias significativas en ninguna de las subescalas, ni en la escala total, luego de la intervención sobre cuidado seguro ($p > 0,05$).

Comparación entre la percepción de la espiritualidad, el cuidado espiritual del personal de enfermería y las variables influyentes o confusas. Con la prueba Kruskal-Wallis no se encontraron diferencias significativas entre la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual con las siguientes variables: nivel educativo, inclinación religiosa (a excepción de la variable percepción de la religiosidad inicial, que sí mostró una diferencia significativa previa al inicio de la intervención, $p = 0,015$), formación en el cuidado de pacientes con enfermedad crónica (exceptuando las variables percepción del cuidado espiritual final [$p = 0,044$] y percepción del cuidado personalizado final [$p = 0,031$]), formación en cuidado espiritual y turno laboral del personal de enfermería.

Estimación del tamaño del efecto. Con el objeto de mostrar el efecto de la intervención educativa en cuidado espiritual, se calcularon los estadísticos *d* de Cohen y eta cuadrado parcial. Para el correcto uso de los estadísticos se calculó la prueba de igualdad de varianzas de Levene, que con un valor de $p = 0,763$ permite aceptar la hipótesis nula de igualdad de varianzas para los grupos control y experimental y cumplir así con el supuesto de homocedasticidad. Además de lo anterior, también se verificó el supuesto de que el puntaje total del instrumento provenga de una distribución normal, lo cual se cumplió con la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk. El efecto que presenta el grupo en el puntaje total posterior a la intervención es estadísticamente significativo, pues arroja un valor de *p* de 0,004 para el estadístico eta cuadrado parcial. Adicionalmente, se puede comprobar cómo el efecto de pertenecer al grupo experimental o control es considerable, dado que explica el 83,6%, es decir, la potencia observada de la variabilidad existente en el puntaje total final posterior a la intervención de cuidado espiritual. Para apoyar lo encontrado, el resultado para el estadístico *d* de Cohen fue de 0,4, que muestra una percepción del efecto de la intervención baja-media (28).

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo general evaluar la efectividad de la intervención educativa en cuidado espiritual

aplicado al personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica. Específicamente, al comparar las puntuaciones de la percepción inicial y final de la espiritualidad y el cuidado espiritual en el grupo experimental, puede decirse que se generó un cambio positivo en el grado de percepción de los participantes en la escala total y en tres de las cuatro subescalas. Solo la subescala de percepción de la religiosidad no mostró una asociación significativa posterior a la intervención educativa ($p = 0,061$). Esta subescala abarca tres ítems planteados de manera inversa o negativa y aborda aspectos como ir a la iglesia o a un lugar de culto religioso, la inclusión del arte, la creatividad y la expresión de sí mismo como parte de la espiritualidad, y la inclusión de ateos o agnósticos en la dimensión espiritual. Es posible que otras variables como la cultura, el espacio que ocupa la religión en la vida de una persona, las necesidades espirituales, la religiosidad personal y algunas competencias de las enfermeras como la comunicación efectiva o la conciencia espiritual personal, entre otras, puedan influir en la percepción del personal de enfermería en la religiosidad (29).

Por otro lado, al comparar los grupos experimental y control al inicio de la intervención y al final, puede establecerse que los contenidos, así como el diseño de la intervención educativa, generaron una modificación efectiva de las percepciones de la escala total y en las subescalas de percepción de la espiritualidad, la religiosidad y el cuidado personalizado. Se movilizaron ideas y sentimientos en torno a la temática, se estableció un lenguaje común y unos conceptos más definidos sobre el tema, y se creó una mayor conciencia sobre el papel de la espiritualidad en quienes viven una condición de cronicidad.

Respecto a la subescala cuidado espiritual, algunos posibles factores que pudieron influir en el resultado, de acuerdo con McSherry y colaboradores y con el enfoque desarrollado en el video de la intervención educativa, es que el cuidado espiritual se define y delimita por actitudes y aptitudes puntuales que realiza la enfermera en la práctica (23). El personal de enfermería participante pudo haber aprendido a identificar que varias acciones de su práctica con las personas en situación de enfermedad crónica hacen parte de lo que se denomina *cuidado espiritual*. Tal vez esto motivó parte de la diferencia significativa en la medición inicial respecto a la final en el interior del grupo experimental. Sin embargo, a pesar de este aprendizaje y del reconocimiento de nuevas actitudes y aptitudes relacionadas con el cuidado espiritual, que son producto de participar en la intervención, el personal de enfermería

podría, por diferentes motivos, tener dificultades para poner en práctica muchas de ellas. En este sentido, McEwen (30) describió algunas variables consideradas barreras en la percepción y el actuar en el cuidado espiritual: las institucionales o ambientales (relacionadas con restricciones o espacios físicos), las barreras individuales (relacionadas con aspectos personales de la enfermera), las barreras situacionales (propias del encuentro entre la enfermera y la persona) y las de conocimiento (formación sobre el cuidado espiritual).

Es importante agregar que, aun cuando las comparaciones estadísticas entre el grupo experimental y control en esta escala no muestran diferencias significativas, en el grupo experimental sí se generó un cambio que pudo deberse a la intervención educativa y quizás a otros factores que también pudieron influir. Al final, esta comprobación debe efectuarse en estudios futuros mediante diseños correlacionales y pruebas de análisis multivariados.

De otra manera, al comparar la intervención educativa *Cuidado espiritual de enfermería: integralidad del ser humano en el cuidado* con otras intervenciones descritas en la literatura sobre el tema y generadas en los últimos años, se evidencia que tres de ellas incluyeron dos grupos (experimental y control) con pre y posprueba (19,21,22).

Estas tres intervenciones aportan hallazgos de interés para determinar la efectividad de las intervenciones, y pese a que el tiempo en que se llevan a cabo es muy largo y el tamaño de las muestras no es grande, cada estudio aporta algo novedoso, incluido el abordaje de un modelo teórico propio. En relación con esto último, el presente estudio es el primero en Latinoamérica que se enfoca en el abordaje de la dimensión espiritual de las personas con enfermedad crónica y se dirige a enfermeras y auxiliares de enfermería de la práctica clínica, en quienes es limitada la disponibilidad de tiempo para recibir la capacitación. Sin embargo, es importante anotar que todas estas propuestas educativas generadas hasta el momento deben aplicarse en entornos y contextos diferentes a las de su origen con el fin de determinar su efectividad.

Finalmente, al comparar la percepción de la espiritualidad, el cuidado espiritual del personal de enfermería y las variables influyentes o confusas, se encontró que las únicas relaciones fueron entre la percepción de la religiosidad inicial, que sí mostró una

diferencia significativa previa al inicio de la intervención con la inclinación religiosa ($p = 0,015$), y la formación en el cuidado de pacientes con enfermedad crónica en las variables percepción del cuidado espiritual final ($p = 0,044$) y percepción del cuidado personalizado final ($p = 0,031$).

En cuanto a la religiosidad inicial, cada participante respondió de acuerdo con lo que creía y pensaba según su sistema de fe o adoración personal. Por ello era posible que se presentara esta diferencia. Respecto a la formación en el cuidado de pacientes con enfermedad crónica, este es un aspecto que debe considerarse. La percepción del cuidado espiritual se refiere a acciones y aptitudes de la enfermera, como escuchar, pasar tiempo con el otro, promover la privacidad y dignidad, mantener las prácticas religiosas y brindar cuidado mostrando cualidades como bondad y preocupación. Así mismo, el cuidado personalizado asocia la dimensión espiritual con la necesidad de un cuidado personalizado en las propias creencias, valores, moral y relaciones (23). Cuando una enfermera es formada en el cuidado de las personas que padecen enfermedades crónicas, se promueve en ella una competencia para desarrollar sensibilidad ante el significado de la enfermedad y la vivencia de la persona que afronta esta condición.

Conclusiones y recomendaciones

- La intervención educativa fue efectiva en modificar la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual total del personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica, así como, de manera significativa, en las subescalas de percepción de la espiritualidad, del cuidado espiritual y del cuidado personalizado.
- La investigación pone el relieve en la necesidad de formar y capacitar en el cuidado espiritual para el personal de enfermería que cuida de personas con enfermedad crónica, a fin de que este cuidado se implemente en la práctica y los pacientes reciban un cuidado integral de calidad y humano.
- El estudio aporta información de interés sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual en el contexto colombiano, que resulta novedoso si se considera que no existen otros estudios que informen sobre la manera en que el personal de enfermería aborda la dimensión espiritual en la práctica clínica, ni las percepciones que tienen sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual en el entorno latinoamericano.
- La efectividad de la intervención debe comprobarse en entornos diferentes al colombiano.

Referencias

1. Romero E, Maccausland Y, Solórzano, L. El cuidador familiar del paciente renal y su calidad de vida, Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*. 2014;30(2):146-57.
2. Kim S, Hayward D, Reed PG. Self-transcendence, spiritual perspective, and sense of purpose in family caregiving relationships: A mediated model of depression symptoms in Korean older adults. *Aging Ment Health*. 2014;18(7):905-13.
3. Reinert KG, Koenig HG. Re-examining definitions of spirituality in nursing research. *J Adv Nurs*. 2013;69(12):2622-34.
4. Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Spiritual care in nursing: A concept analysis. *Int Nurs Rev*. 2014;61(2):211-9.
5. Grodensky CA, Golin CE, Jones C, Mamo M, Dennis AC, et al. "I should know better": The roles of relationships, spirituality, disclosure, stigma, and shame for older women living with HIV seeking support in the South. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2015;26(1):12-23.
6. Zimmer Z, Jagger C, Chiu CT, Ofstedal MB, Rojo F, et al. Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM Popul Health*. 2016;2:373-81.
7. Taylor EJ, Petersen C, Oyedele O, Haase J. Spirituality and spiritual care of adolescents and young adults with cancer. *Semin Oncol Nurs*. 2015;31(3):227-41.

8. Unanente N, Warren N, Canaway R, Manderson L. The strength to cope: Spirituality and faith in chronic disease. *J Relig Health*. 2013;52(4):1147-67.
9. Drutchas A, Anandarajah G. Spirituality and coping with chronic disease in pediatrics. *R I Med J*. 2014;97(3):26-30.
10. Rodríguez M, Fernández ML, Pérez ML, Noriega R. Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*. 2011;11(2):24-49.
11. Sharma RK, Astrow AB, Texeira K, Sulmasy DP. The Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP): Development and validation of a comprehensive instrument to assess unmet spiritual needs. *J Pain Symptom Manage*. 2012;44(1):44-51.
12. Attard J, Baldacchino DR, Camilleri L. Nurses' and midwives' acquisition of competency in spiritual care: A focus on education. *Nurse Educ Today*. 2014;34(12):1460-6.
13. Selman L, Young T, Vermandere M, Stirling I, Leget C. Research priorities in spiritual care: An International survey of palliative care researchers and clinicians. *J Pain Symptom Manage*. 2014 Oct;48(4):518-31.
14. O'Shea ER, Wallace M, Griffin MQ, Fitzpatrick JJ. The effect of an educational session on pediatric nurses' perspectives toward providing spiritual care. *J Pediatr Nurs*. 2011;26(1):34-43.
15. Taylor EJ, Testerman N, Hart D. Teaching spiritual care to nursing students: an integrated model. *J Christ Nurs*. 2014;31(2):94-9.
16. Baldacchino DR. Teaching on spiritual care: The perceived impact on qualified nurses. *Nurse Educ Pract*. 2011;11(1):47-53.
17. Baldacchino DR. Teaching on the spiritual dimension in care to undergraduate nursing students: the content and teaching methods. *Nurse Educ Today*. 2008;28(5):550-62.
18. Shih FJ, Gau ML, Mao HC, Chen CH, Lo CH. Empirical validation of a teaching course on spiritual care in Taiwan. *J Adv Nurs*. 2001;36(3):333-46.
19. Vlasblom JP, van der Steen JT, Knol DL, Jochemsen H. Effects of a spiritual care training for nurses. *Nurse Educ Today*. 2011;31(8):790-6.
20. Taylor EJ, Mamier I, Bahjri K, Anton T, Petersen F. Efficacy of a self-study programme to teach spiritual care. *J Clin Nurs*. 2009;18(8):1131-40.
21. Burkhart L, Schmidt W. Measuring effectiveness of a spiritual care pedagogy in nursing education. *J Prof Nurs*. 2012;28(5):315-21.
22. Van Leeuwen R, Tiesinga LJ, Middel B, Post D, Jochemsen H. The effectiveness of an educational programme for nursing students on developing competence in the provision of spiritual care. *J Clin Nurs*. 2008;17(20):2768-81.
23. McSherry W, Draper P, Kendrick D. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *Int J Nurs Stud*. 2002;39(7):723-34.
24. Wong K, Lee L, Lee J. Hong Kong enrolled nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *Int Nurs Rev*. 2008;55(3):333-40.
25. Wu L, Lin L. Exploration of clinical nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Nurs Res*. 2011;19(4):250-6.
26. Chung L, Wong F, Chan M. Relationship of nurses' spirituality to their understanding and practice of spiritual care. *J Adv Nurs*. 2007;58(2):158-70.
27. Vargas-Escobar LM. Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala de evaluación de la espiritualidad y el cuidado espiritual. *Rev Colomb Enferm*. 2015;11(10):34-44.
28. Bologna E. Estimación por intervalo del tamaño del efecto expresado como proporción de varianza explicada. *Revista Evaluar*. 2014;14:43-66.
29. McSherry W, Jamieson S. The qualitative findings from an online survey investigating nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*. 2013;22(21-22):3170-82.
30. McEwen M. Spiritual nursing care: State of the art. *Holist Nurs Pract*. 2005;19(4):161-8.