

“Estar ahí”, significado del cuidado espiritual: la mirada de los profesionales de enfermería*

“Being there”, the meaning of spiritual care:
the vision of nursing professionals

“Estar aí”, significado do cuidado espiritual:
o olhar dos profissionais de enfermagem

SANDRA PATRICIA URIBE VELÁSQUEZ**

MARÍA ISABEL LAGUEYTE GÓMEZ***

Resumen

La importancia del cuidado espiritual dentro del quehacer de la enfermera es innegable. Aunque se den diferentes maneras sobre cómo brindarlo, el tema suscita interés y reflexión.

Objetivo: Comprender el significado que tiene el cuidado espiritual para los profesionales de enfermería.

Metodología: Estudio de tipo cualitativo, realizado en Medellín (Colombia), entre octubre de 2011 y febrero de 2013. Bajo los lineamientos propuestos por la teoría fundamentada, se entrevistaron a 14 profesionales de enfermería de ambos sexos, los cuales se contactaron mediante la técnica de la bola de nieve. El análisis de los datos se hizo manualmente, siguiendo el proceso con el fin de comprender lo que para las enfermeras significa dar cuidado espiritual, cómo lo definen, qué fortalezas y barreras experimentan a la hora de brindarlo y cuáles acciones realizan con este propósito.

Resultados: El concepto de cuidado espiritual es difuso, sin embargo, las enfermeras realizan acciones concretas de cuidado, de manera especial el “estar ahí”, como presencia amorosa

y el “romper la norma” como posibilidad de abrir horizontes de cuidado.

Conclusiones: A pesar de no haber un consenso sobre lo que significa cuidado espiritual, las enfermeras realizan múltiples acciones que tienden a buscar el bienestar espiritual de los pacientes. La investigación en el tema se debe afianzar en nuestro medio con el fin de tener mayores elementos para la formación y la asistencia.

Palabras clave: Espiritualidad; Atención de Enfermería; Religión (Fuente: DeCS BIREME).

Abstract

The importance of spiritual care within the exercise of nursing is undeniable. Even though there are different ways to provide this, it is a subject of interest and reflection.

Objective: To understand the meaning of spiritual care for the professionals of nursing.

Methodology: Qualitative investigation, made in Medellín (Colombia) between October 2011 and February 2013. Under the lineaments proposed by the fundamental theory, 14 professionals of nursing were interviewed, from both sexes, which were contacted through the snowball technique. The analysis of the data was made manually, following the process to understand what spiritual care means for nurses, how they define it, what strengths and barriers do they encounter when administering it and what actions do they take to this purpose.

Results: The concept of spiritual care is vague, however, nurses take concrete action for care, specially the “being there”, as

* Para efectos de este artículo se usará el término *enfermera*, que incluye en sí a los enfermeros participantes en el estudio.

** Enfermera. Especialista en Enfermería en Cuidado al Niño en Estado Crítico de Salud. Magíster en Epidemiología. Docente, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia. E-mail: sandra.uribe@udea.edu.co

*** Enfermera. Magíster en Salud Colectiva. Docente, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia. E-mail: maria.lagueyte@udea.edu.co

a loving presence and “breaking the norm” as a possibility for opening new horizons for care.

Conclusions: Despite there not being an agreement as to what spiritual care is, nurses take several actions towards the spiritual well-being of the patients. The investigation on the subject must be placed within our field to have more elements for formation and assistance.

Key words: Spirituality; Nursing Care; Religion (Source: DeCS BIREME).

Resumo

A importância do cuidado espiritual dentro das ocupações da enfermeira é inegável. Ainda que se deem diferentes maneiras sobre como brindá-lo, o tema suscita interesse e reflexão.

Objetivo: Compreender o significado que tem o cuidado espiritual para os profissionais de enfermagem.

Metodologia: Estudo qualitativo, realizado em Medellín (Colômbia), entre outubro de 2011 e fevereiro de 2013. Sob os alinhamentos propostos pela teoria fundamentada, entrevistaram-se a 14 profissionais de enfermagem de ambos os sexos, os quais se contataram mediante a técnica da bola de neve. A análise dos dados se fez manualmente, seguindo o processo com o fim de compreender o que para as enfermeiras significa dar cuidado espiritual, como o definem, que fortalezas e barreiras experimentam à hora de brindá-lo e quais ações realizam com este propósito.

Resultados: O conceito de cuidado espiritual é difuso, contudo, as enfermeiras realizam ações concretas de cuidado, de maneira especial o “estar aí”, como presença amorosa e o “romper a norma” como possibilidade de abrir horizontes de cuidado.

Conclusões: Apesar de não existir um consenso acerca do que significa cuidado espiritual, as enfermeiras realizam múltiplas ações que tendem pela procura do bem-estar espiritual dos pacientes. A pesquisa no tema se deve aprofundar em nosso meio de trabalho, com o fim de ter maiores elementos para a formação e a assistência.

Palavras-chave: Espiritualidade; Cuidados de Enfermagem; Religião (Fonte: DeCS BIREME).

Introducción

El cuidado del ser humano como centro del quehacer del profesional de enfermería parte de la concepción de que quienes se constituyen en el fin de la atención son personas formadas por cuerpo, alma y espíritu, y en esa medida son merecedores de un absoluto respeto y atención. Eriksson afirma que el “ser humano es fundamentalmente sagrado y este axioma está relacionado con la idea de dignidad humana, que significa aceptar la

obligación humana de servir con amor y existir para los otros” (1).

La dignidad ontológica de la persona se fundamenta en el ser, es irrenunciable, y en esa medida debe ser tratada con sumo respeto. Según afirma Torralba, “la persona es digna y lo es intrínsecamente, no por razones externas...; puede hallarse en un estado de desarrollo precario, puede hallarse impedida de determinadas características y atributos, pero ello no supone una reducción de su dignidad” (2).

Por otro lado, la enfermería en los diversos campos de actuación se encuentra siempre en relación con las personas a quienes cuida de diversos modos y en distintas circunstancias, así, pueden ser personas sanas, comunidades o personas enfermas que experimentan un sufrimiento, a quienes usualmente se les llama *pacientes*. La asistencia a quienes sufren es una faceta del cuidado de enfermería, en la cual se deben desplegar virtudes y cualidades propias para este tipo de atención, que obviamente no son exclusivas del cuidado de enfermería para personas enfermas, sino más bien deberían caracterizar siempre las actuaciones de cualquier profesional.

En este contexto, resulta cada vez más necesario ofrecer todo tipo de ayudas cuando el ser humano enferma y sufre, dado que los pacientes —usuarios hospitalizados— sufren además de los dolores del cuerpo, los que se pueden llamar dolores del alma: soledad, miedo, tristeza, temores, angustias.

Es por esto que el profesional de enfermería debe mostrar un alto sentido de compromiso, lealtad, valores y humanismo en la aplicación del cuidado a todo ser humano. La vivencia de la espiritualidad se presenta como una luz en la búsqueda de brindar un cuidado de calidad, cuidado que tiene que darse a partir del ser del profesional de enfermería que atiende a quienes sufren.

En este sentido, Boff expresa: “Lo que se opone al desinterés y a la indiferencia es el cuidado. Cuidar es más que un acto, es una actitud. Por lo tanto, abarca más que un momento de atención, de celo y de desvelo. Representa una actitud de ocupación, de preocupación, de responsabilidad y de compromiso afectivo con el otro” (3). Por consiguiente, el acto de cuidado pasa de ser un deber a un asunto ineludible del ser del profesional.

Hablar de espiritualidad en el mundo del dolor no debe resultar extraño. La enfermedad, el sufrimiento, las limitaciones físicas, la muerte son experiencias con las que a menudo se encuentran los profesionales de enfermería.

¿Cómo enfrentar este tema? ¿Cómo ayudar a sanar tantas heridas, no sólo del cuerpo sino también del espíritu? ¿Qué decir a quien sufre?

Aunque la espiritualidad sea una dimensión inherente a toda persona, no se puede hablar de un consenso en este término. Esta dificultad tiene que ver con la cultura, la religión, los valores y las experiencias de quien intenta definirla.

Stoll habla de la espiritualidad como un principio, una experiencia, una forma de ser, que se expresa a través del cuerpo, del pensamiento, de los sentimientos, de la creatividad, que permite reflexionar sobre uno mismo, que capacita para el valor, para la adoración y para comunicarse con lo sagrado y lo trascendente (4).

A su vez, Delgado (5) y Vachon (6) afirman que la espiritualidad se caracteriza por la fe, por una búsqueda de significado y propósito en la vida, por una conexión con otros y por la trascendencia de uno mismo, por un sentido de paz interior y bienestar. Se manifiesta también en el contacto con la naturaleza, el arte, la música, la familia o la comunidad.

Cabestrero (7) Alpert (8) Speck (9) Beca, (10), entre otros, coinciden en hablar de espiritualidad como algo inherente al ser humano, como una vivencia que proporciona ayuda y sosiego, que tiene un aspecto claramente relacional con los otros y con un ser trascendente, y que colma de sentido la vida; además, la inquietud espiritual aumenta en situaciones especiales, como la enfermedad.

Según Cabestrero (7), se dan cuatro negaciones en relación con la espiritualidad, a saber: no es algo impalpable, invisible y alejado de la vida humana: las personas somos a la vez “todo cuerpo y todo espíritu”; tampoco es la vida únicamente interior y secreta de la persona; el saber mucho sobre el tema no hace a las personas ser espirituales; y por último, las prácticas religiosas no son en sí mismas la espiritualidad, pueden haber prácticas religiosas desviadas o falsas.

Respecto a la religión, ésta representa un conjunto de creencias y prácticas organizadas o un código de conducta. La actividad religiosa consiste en símbolos, libros, rituales, prácticas, clérigos específicos y referencias para establecer las creencias o doctrinas (11). Por otro lado, la religiosidad por lo general se refiere a la pertenencia y a la participación en las estructuras organizativas, las creencias, los rituales y otras actividades relacionadas con la fe religiosa, como el judaísmo, el hinduismo, el islamismo o el cristianismo (12).

La relación de la espiritualidad con el cuidado de enfermería ha estado presente de manera importante desde los inicios de la disciplina. En ese sentido, Delgado (5) Ozbasaran y col. (13) y Burkhart y Hogan (14) señalan que para Florence Nightingale el cuidado de la persona entera, incluyendo la parte espiritual, fue una de sus ideas principales. De igual manera, las enfermeras se han preocupado por dar este tipo de cuidado a sus pacientes, lo que se hace evidente a lo largo de la historia de la enfermería.

Por consiguiente, es necesario intentar una aproximación a la definición de cuidado espiritual, dado que es el tema en el que se ancla esta investigación. Pese a toda la bibliografía, resulta escurridizo y complejo definir qué se entiende por cuidado espiritual, ya que no existe una definición clara, sino una serie de atributos y características particulares que hacen posible decir que se está brindando cuidado espiritual.

Según Sawatzky y Pesut (15), el cuidado espiritual es la expresión integradora, intuitiva, interpersonal y altruista que depende de la conciencia que tenga la enfermera de la dimensión trascendente de la vida. Para estas autoras, las expresiones espirituales como el amor, la esperanza y la compasión constituyen el enfoque más básico y universal de la atención espiritual y pueden integrarse en todos los aspectos del cuidado de enfermería.

Desde la legislación colombiana, la Ley 911 de 2004 afirma en el Artículo 9 que “es deber del profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, asimismo, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica” (16).

De igual manera, la Ley 266 de 1996, al hablar de la integralidad, expresa que ésta “orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual” (17).

Por su parte, el Consejo Internacional de Enfermeras CIE en su declaración de posición sobre pacientes informados, apunta: “La información dada al paciente y al dispensador ha de responder a sus necesidades y circunstancias, inclusive a sus necesidades espirituales, religiosas, étnicas, culturales” (18).

El propósito de este artículo es difundir los hallazgos de la investigación concluida *Significado del cuidado espiritual: la mirada de los profesionales de enfermería*, cuyo objetivo era comprender el significado que tiene el cuidado espiritual para los profesionales de enfermería.

Metodología

Estudio de tipo cualitativo: *Significado del cuidado espiritual: la mirada de los profesionales de enfermería* se realizó en la ciudad de Medellín, Colombia, entre octubre de 2011 y febrero de 2013, con un procedimiento sistemático de recolección y análisis de datos, el cual buscó comprender el significado del cuidado espiritual según la mirada de los profesionales de enfermería.

Se entrevistaron a 14 profesionales de enfermería, 10 mujeres y 4 hombres, con edades entre los 30 y 56 años de edad, algunas con estudios de postgrado; 2 están jubiladas y las demás se encuentran en ejercicio activo. Los criterios de inclusión fueron: ser profesionales de enfermería y haber trabajado en servicios de adultos en unidades de hospitalización que no fueran unidades de cuidado intensivo. Para localizarlas, se hizo un primer contacto con el método *bola de nieve* (19). La conexión fue vía telefónica; las entrevistas semiestructuradas se realizaron en el sitio acordado con los participantes.

Las entrevistas duraron entre 45 y 90 minutos, fueron grabadas y transcritas en su totalidad, con el fin de hacer el análisis con la mayor aproximación al punto de vista de las participantes. Se finalizó el proceso de recolección de datos cuando se llegó a la saturación teórica, que según Strauss y Corbin es el “punto en la construcción de la categoría en el cual ya no emergen propiedades, dimensiones o relaciones nuevas durante el análisis” (20).

Las preguntas que guiaron las entrevistas tuvieron como ejes el concepto de espiritualidad, el de cuidado espiritual, las fortalezas y barreras que se dan en torno al cuidado y las acciones de cuidado espiritual que se realizan en los servicios hospitalarios.

Para el análisis se tuvieron en cuenta las herramientas de la teoría fundamentada (20); se inició una vez se tuvo la transcripción de las seis primeras entrevistas con una lectura textual de los datos, línea por línea, y la delimitación de una frase o varias que tuvieran sentido. Éstas fueron examinadas minuciosamente, comparando similitudes y diferencias; se utilizaron códigos en vivo y sustantivos que dieron origen a las categorías y subcategorías o códigos preliminares, lo que se conoce como *codificación abierta* (21). Una vez realizada esta codificación abierta, se procedió a la edición física de los datos y se pegaron en tarjetas individuales con el fin de leerlos de nuevo.

Luego de concluida esta fase, se pasó a la segunda etapa, llamada *codificación axial*, la cual tiene como propósito “reagrupar los datos que se fracturaron durante la codificación abierta. En la codificación axial, las categorías se

relacionan con sus subcategorías para formar unas explicaciones más precisas y completas sobre los fenómenos” (20).

En cuanto a los criterios de rigor de la investigación cualitativa, hay que decir que en este estudio los datos de cada entrevista fueron confrontados y validados con el siguiente participante con el fin de lograr la credibilidad (22). De igual manera, se llevaron registros de las decisiones que las investigadoras tomaron durante el estudio para permitir que eventualmente otro investigador pudiera examinar los datos. Además, se tuvo coherencia metodológica entre la pregunta, los componentes del método utilizado y el análisis de la información.

Esta investigación contó con el aval del Comité Técnico del Centro de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, el cual dio su concepto favorable para realizarlo.

Respecto a las consideraciones éticas, la investigación respetó la dignidad, el anonimato y la confidencialidad. A todos los participantes se les dio a leer el consentimiento informado previa explicación del objetivo del estudio y su metodología. Se solicitó su autorización para ser grabados y para la divulgación posterior de los resultados. A cada entrevista se le asignó un código específico para resguardar la privacidad de los participantes y se le dio un seudónimo para efectos de la escritura del informe.

Resultados

La categoría central “estar ahí” surgió del análisis de los datos, los cuales se fueron organizando en diagramas, a partir de categorías relacionadas. De manera reiterada y dicho de diversas formas, los participantes se refirieron a “hacer presencia” como forma concreta de brindar cuidado espiritual.

Los hallazgos de la investigación están en relación con los siguientes aspectos: conceptos de espiritualidad y religiosidad, qué se entiende por cuidado espiritual y cómo brindarlo y cuáles acciones de cuidado se ofrecen.

En relación con los términos *religión* y *espiritualidad*, se encontró que para las enfermeras estos conceptos tienen multiplicidad de significados, que van desde considerarlos como algo cultural, como una opción personal, hasta verlos como algo etéreo, difuso.

La religión es algo como muy cultural, pero la espiritualidad es como una convicción, algo como el ser humano trasciende a la religiosidad, porque de pronto la religiosidad está en una imagen, está en una iglesia. En cambio,

la espiritualidad es esa fuerza que siempre está ahí, que se fortalece y que va trascendiendo [Lucía].

Respecto al cuidado espiritual, el estudio halló que las enfermeras brindan un cuidado con unas características particulares, no referidas a lo físico, sin embargo, ignoran si éste es cuidado espiritual o no. Es así como las participantes lo señalan:

Cuidado espiritual, no sé si es eso que uno hace con los pacientes, yo no sé cómo definirlo, si es lo que uno hace cuando le dice a un paciente: “¿Usted cree en Dios? Entonces pídale a Dios que ponga las manos de él en ese doctor que la va a operar [Margarita].

Pudiera ser cuidado espiritual acompañar al otro como desde el ser, en su dolor, en su angustia, en el desconocimiento de su estado por algo que le está generando ansiedad [Alberto].

Para brindar este tipo de cuidado, las enfermeras se apoyan en la observación y en su intuición, lo que les permiten reconocer unas señales de alarma respecto al equilibrio emocional del paciente, que al ser analizadas les dan pistas sobre quién necesita más cuidado:

Las actitudes del paciente, si de pronto está muy callado, si está llorando, si contesta muy simple a alguna observación que yo le haga, si yo le pregunto algo y me contesta en algún tono muy alto o al contrario en un tono muy bajito; entonces uno más o menos sabe si este paciente está deprimido [Elena].

En este contexto, por *acciones de cuidado* se entienden aquellas actividades que desarrolla la enfermera cuando identifica la necesidad de cuidado espiritual con el fin de proveer ayuda, apoyo y cuidado integral mediante la escucha, el hablar, el contacto físico; en este sentido, cabe resaltar una acción que tiene gran importancia, aunque no implique propiamente “hacer algo”, y es lo que las enfermeras nombran como “estar ahí”. Esto se encontró de manera reiterada en este estudio:

Muchas veces los pacientes que llaman al timbre toda la noche no es por el dolor abdominal, sino que a veces cuando la enfermera entra sienten algo de tranquilidad [Margarita].

Entonces yo como que siempre trataba mucho de estar ahí y de escuchar qué era lo que quería y en la medida de todo lo posible poder complacerle [Alejandra].

Otra manera de expresar el “estar ahí” es por medio de la presencia amorosa, que cuida el detalle y procura el sosiego del paciente. Así lo afirma una enfermera:

Si uno ve de pronto a una persona muy desesperada, yo a veces prefiero dejarlos que se desahoguen, que lloren si quieren llorar tranquilos. Le traigo un vasito con agua; “¿Quiere sentarse?, ¿quiere una aromática? Aquí estoy...” Que el paciente sienta que uno está ahí acompañándolo [Elena].

La escucha se convierte en un momento especial de atención, marcado por el respeto y el interés por los sentimientos que expresa el paciente. Esto afirma una enfermera:

Muchas veces con sólo escuchar a esa persona uno ve que realmente se fortalece o deja esos sentimientos de angustia, de temor, de depresión, de ansiedad y se va fortaleciendo..., y sabe que ahí está haciendo una intervención de enfermería solamente con escuchar, eso es muy importante y la enfermería pienso que es la única profesión que lo hace” [Lucía].

El hablar es una habilidad de ayuda valiosa que tiene que ver con conversar, informar, orientar, apoyar, realizada con amabilidad, cortesía, interés, es decir: como escucha activa, no sólo con el paciente sino también con la familia, lo que se convierte en un soporte especial en momentos difíciles:

Inclusive se le puede ayudar a un paciente conversando, dándole un buen trato, teniendo un mejor tono de voz, entendiendo por qué el paciente es tan inquieto, tan cansón, tan demandante, entrando a conversar de eso [Miguel].

Eso de hablar con la gente, de escucharla, de acompañarla, de preguntarle: “¿Qué le duele?”, “¿está triste?”, “¿por qué está angustiada?” “No se angustie, vea que su bebé está en neonatos pero allá va a estar bien”. Ésas son cosas que le salen a uno del alma, que pueden mejorar el estado de salud de los pacientes, lograr ese alivio del dolor [Margarita].

Otra acción de cuidado está relacionada con el contacto físico como expresión de un sentimiento de compasión y compañía. Este contacto que en ocasiones es caricia establece una relación que trae sosiego. Así lo expresa una enfermera:

Nunca se me olvida que una profesora nos enseñó... el contacto con las manos, y siempre lo hago mucho, trato de tocarles el hombro, de expresar un sentimiento con las manos, que ellos sientan que uno está con ellos, que sientan que uno está ahí acompañándolos, entonces la mano en el hombro o palabras de tranquilidad [Elena].

Los hallazgos también mostraron otras prácticas de cuidado relacionadas con el ofrecimiento de servicios religiosos, como llamar al capellán o al pastor —según sea el caso— o situar imágenes religiosas a la cabecera de un paciente en agonía y rezar en momentos difíciles:

Les ofrecemos acompañamiento, el sacerdote de la institución, si el paciente pertenece a otra religión, entonces también le permitimos el acompañamiento del pastor, del que quiera venir [Mónica].

El “romper la norma” fue un hallazgo que de manera reiterada surgió en este estudio. Para las enfermeras, el facilitar tanto a los pacientes como a la familia espacios en los cuales se pueden dar encuentros, llamadas, aún a costa de transgredir una norma de la institución, fue considerado como brindar cuidado y apoyo a quienes están pasando por momentos difíciles. Ante la rigidez de las estructuras administrativas en relación con los horarios, la permanencia de los acompañantes, la posibilidad de recibir llamadas o visitas de personas que no sean familiares, la enfermera opta por permitir lo que en principio está prohibido, sabiendo que con esto contribuye al bienestar del paciente:

No nos debemos pegar de que la visita es restringida o de que con los dos familiares que entraron es suficiente y no puede entrar un tercero que pudiera ser la persona que mandó pedir [Miguel].

Se le permite que venga la familia, si el nieto que no puede entrar por la norma entonces uno hace la manera de que entre; permitir que entre el de la tienda, así no sea el más apropiado, hacer la manera que reciba la llamada de fulano; que no tiene plata para llamarlo. Entonces hacemos la excepción para que eso que le da un poquito de bienestar lo pueda recibir [Mónica].

En general, las enfermeras perciben que su actuar tiene un sentido humano y sensible, en el cual la compasión está siempre presente, manifestada en acciones como pasar ronda, preocuparse si el paciente tiene alguna carencia económica, buscar ayuda a otros profesionales, todo por el bienestar del paciente.

Las acciones de cuidado mencionadas se ven mediadas por unas condiciones que lo favorecen o lo dificultan. En relación con las fortalezas, una de las que tiene mayor peso a la hora de brindar cuidado está referida a la formación humana y a las cualidades de la enfermera, aspectos que según afirman los “trae uno de la casa”:

Usted aprende a adoptar una serie de actitudes frente a la vida, dependiendo de lo que trae desde la casa. Me pare-

ce que la espiritualidad parte de la experiencia propia, de sentir, de vivir y desde lo que la propia vida le ha regalado a uno... La manera como uno trate a los pacientes depende de la formación en casa [Mónica].

Otra fortaleza tiene que ver con las experiencias previas que se han tenido en relación con eventos dolorosos, lo cual hace a las enfermeras sensibles para entender a quienes están en situación de dolor y sufrimiento, y las capacita para brindar un cuidado amoroso y delicado:

Eso lo ayuda a uno a formarse, a entender, a ponerse en los zapatos del otro. Yo pienso que no sería lo que soy si no hubiera tenido las experiencias que he tenido; a mí se me murió una hija... [Mónica].

La primera vez estuve hospitalizada 29 días..., la segunda, 14 días. Fueron experiencias muy difíciles. Yo le digo a los auxiliares: “Solamente uno sabe lo miserable que se siente uno ahí acostado”. Después de eso, yo le digo a la señora que está solita: “Timbre para que venga alguna de las muchachas y le dé vueltecita”, pero porque yo sé qué es esa soledad de los pacientes [Margarita].

Otra fortaleza que tiene relación con el cuidado espiritual es la flexibilidad que tienen las enfermeras para aceptar diferentes puntos de vista, modificar reglamentos y normas, y romper con la rutina, lo que redundo en tomar decisiones para favorecer un cuidado espiritual. Respecto a las barreras, el estudio encontró unas derivadas de la disponibilidad de tiempo: exceso de trabajo y carga administrativa. Los resultados mostraron una tendencia a considerar el exceso de trabajo y de labores administrativas como principal causa que impide tener el tiempo suficiente para atender con cuidado espiritual a los pacientes, ya que éste requiere de momentos prolongados y de sosiego, sin los cuales no puede darse una atención oportuna y de calidad:

Desafortunadamente no hay tiempo, y la Ley 100 sí que nos acabó, hay tiempo para lo físico, no hay tiempo para escuchar su historia, hay tiempo para revisar la presión y “¡váyase!”. Entonces ahí se corta eso de que yo converso con vos y te escucho..., porque el pedido tiene que estar a las 8:30 en Farmacia; entonces se acabó eso de ir a saludarlos, cantar con ellos [Rocío].

Yo digo que el tiempo sí lo limita a uno... Esas conversadas con los pacientes..., impresionante, y más que son mil cosas para hacer, porque lo que nadie hace lo tiene que hacer la enfermera en todas partes [Margarita].

Aunque el tiempo se presenta como la principal barrera para brindar cuidado espiritual, también se dan otras circunstancias que afectan la intención de dar cuidado

espiritual y que están relacionadas con distintos factores, como la formación de la enfermera, la disposición para hacerlo, el no ser espirituales y la preponderancia de la atención a partir de lo físico. En relación con la formación desde la academia, las enfermeras afirman haber recibido poco respecto a este tema:

De pronto en Pregrado nos metemos mucho en la patología del paciente, en el plan de cuidados, pero esa parte de la espiritualidad de la persona casi no la tocamos, ni en la práctica. Tampoco a uno le enseñan habilidades para enfrentarse a la muerte [Lucía].

En cuanto a la disposición para brindar cuidado espiritual, este estudio encontró que para las enfermeras el trabajo es sobrecargado y tan rutinario que aun cuando se tenga tiempo no se piensa en la necesidad de hacerlo:

Yo no puedo justificar la carga laboral porque le puedo asegurar que el día que usted tenga el tiempo y que el turno esté calmado y no sea tan pesado, tampoco se va a enfocar en eso. No es que sea mentira, la carga laboral a uno le quita mucho contacto con el paciente, pero muchas veces nos acostumbramos y cuando tenemos el tiempo tampoco lo hacemos [Isabel].

Otro aspecto a destacar es el que tiene que ver con el hecho de que según los participantes no se puede dar cuidado espiritual si uno mismo no tiene esa cualidad desarrollada:

Pero la excusa para no ser espirituales es que nosotros mismos no lo somos, entonces creemos que eso no le hace falta a los pacientes [Alejandra].

En cuanto a la atención en la que prima lo físico, algunos participantes expresaron:

Uno le corre al paciente desangrado, pero no le corre al paciente deprimido; yo creo que es eso también, uno piensa que el paciente triste puede esperar a que yo haga el procedimiento, y como tenemos tanta carga laboral, que es otra cosa, nosotros siempre tenemos que terminar de cuadrar las historias, tenemos que hacer las curaciones, pero no tenemos el tiempo para hablar con los pacientes [Isabel].

La investigación también encontró que para algunas enfermeras no existe ninguna barrera, pues expresan que dar cuidado espiritual es una decisión personal en la que no interfiere nadie.

Yo digo que no hay barreras, eso es algo personal que usted puede hacer con los pacientes sin que nadie se lo

limite; porque igual yo paso ronda, por la mañana recibo turno, y lo que hablo con mis pacientes soy libre de hacerlo [Margarita].

Para otras, ni siquiera el tiempo se convierte en un obstáculo, pues afirman que bastan unos minutos para establecer contacto con el usuario y brindar cuidado, ya que unos instantes de calidad e interés por el otro en ocasiones suplen la falta de tiempo.

Puede ser un día muy duro pero unas buenas palabras sólo requieren dos o tres segundos y hasta quien las recibe sabe con qué afán y con qué prisa se la estamos dando. Siempre hay que sacar un tiempo para ellos, eso es inherente al cuidado, hablar con el paciente, brindar cuidado sin atender esa parte que inquieta al paciente y sin responder a preguntas no es cuidar, creo yo [Miguel].

Discusión

La literatura es clara en definir *espiritualidad* y *religiosidad*, sin embargo, a la hora de la práctica, para las enfermeras resulta confuso establecer los límites entre una y otra. Así, en ocasiones se dan ayudas que bien podrían ser de tipo religioso, como espiritual, situación que se hizo evidente en esta investigación. Este hecho también fue constatado en algunas investigaciones, como la de Haugaard y de Sales (23) y McSherry y Jamieson (24), quienes afirman que los términos *espiritualidad*, *religión* y *religiosidad* a menudo se utilizan como sinónimos, y esta tendencia ha dado lugar a una falta de claridad conceptual, que se ve reflejada en las acciones de cuidado de la enfermería.

En cuanto al cuidado espiritual, los hallazgos mostraron que para brindarlo la enfermera observa en los pacientes expresiones que manifiestan abandono, angustia, tristeza, y a partir de esto decide dar cuidado espiritual. Este hecho se ve corroborado en los estudios de Sawatzky y Pesut (15), Beca (10), Caro (25), Lemmer (26) y Kociszewski (27), quienes indican que la atención espiritual depende en gran medida de las habilidades de la enfermera que debe ser capaz de discernir un problema espiritual, de valorarlo y definir las intervenciones apropiadas y evaluar los resultados.

En relación con el cuidado espiritual, se han descrito algunas barreras a la hora de proveerlo. En este sentido, Ferda Ozbasaran y col. (13), Lemmer (26) y Beca (10) afirman que éstas tienen que ver con la ambigüedad del término, la carencia de formación en temas espirituales, la timidez en abordar este tipo de cuidado, el pensar que esta atención es demasiado personal, la gran carga

de trabajo, la falta de tiempo y de conocimientos y la insuficiencia de recursos, circunstancias que se hicieron manifiestas en el presente estudio.

En relación con las fortalezas para dar cuidado espiritual, éstas se ven manifiestas de manera especial en el “estar ahí”, no como presencia inoperante sino como compañía en la que la enfermera debe ejercer toda una serie de virtudes, con el fin de que el cuidado sea espiritual. En este sentido, se destacan la benevolencia, la compasión, el amor y el altruismo, los cuales son parte integral de los cuidados de la enfermería espiritual. De igual manera, las habilidades de comunicación verbal y no verbal, una actitud de cordialidad, respeto o escucha atenta resultan importantes, especialmente cuando la enfermera está al lado del paciente y de su familia. Estas situaciones que fueron encontradas en el presente estudio se ven corroboradas en las investigaciones de Haugeard y de Sales (23) y Alpert (8), así como en Tirgari, B y col. (28), quienes sostienen que para los participantes de su estudio, la atención espiritual exige una relación caracterizada por la reciprocidad, la confianza, el diálogo permanente —hablar y escuchar— y una “perdurable” presencia. La relación se expresa como un proceso mutuo entre enfermera y paciente; las enfermeras definen esto como “estar con”, es decir: *estar en relación*.

Watson (29) plantea algunas afirmaciones en relación con el cuidado transpersonal que se vieron presentes en este estudio, una de las cuales tiene que ver con la conexión espiritual que la enfermera hace con el paciente, lo cual se pone de manifiesto a través de la comunicación no verbal, como los gestos, el tacto, las caricias, las expresiones faciales, además de expresiones verbales de apoyo, como dar información. Otro de los aportes de Watson (29) está relacionado con las experiencias previas de la enfermera. Este estudio encontró que quienes han sufrido situaciones de dolor y muerte adquieren una sensibilidad para brindar un cuidado espiritual más cercano y cálido.

Como un hallazgo propio de esta investigación, el “romper la norma” se constituye en una apertura para brindar cuidado espiritual; tiene que ver con trasgredir horarios y reglamentos en relación con visitas y acompañantes, circunstancia que en su momento facilita un cuidado más humanizado y provee al paciente alivio, comodidad, bienestar y tranquilidad. Este hallazgo se ha encontrado en la literatura con mayor relevancia, en relación con la atención de enfermería a pacientes al final de la vida (30).

Es preciso anotar que de forma particular en las unidades de cuidado intensivo las enfermeras toman la decisión

de quebrantar las normas con el fin de permitir a familiares y amigos tener contacto con el paciente, lo que no ocurre en los servicios de hospitalización. Este estudio encontró que las enfermeras en un acto de valentía y consideración con el paciente transgreden la norma para proporcionarle una atención más humanizada que haga más soportable la enfermedad.

Conclusiones

El “estar ahí” emergió como una estrategia de cuidado espiritual en la presente investigación, pues para los profesionales de enfermería el escuchar, el hablar y el contacto físico con las personas enfermas significó una forma de dar cuidado que marca la diferencia en el transcurso de la enfermedad. Una vez que se entienda el sufrimiento por el otro puede ser más fácil brindar ayuda y cuidado.

Se evidenció que más allá de la detección, tratamiento y cuidados de la enfermedad, los pacientes requieren momentos en los cuales puedan expresar sus sentimientos, les permitan ser escuchados, sentirse acompañados e importantes para las enfermeras. Los espacios de encuentro y comunicación con las enfermeras se convierten en un soporte especial en momentos difíciles durante el proceso de hospitalización, situación en la que se encuentran lejos de su familia y amigos.

Teniendo en cuenta que el cuidado espiritual es tan importante para los enfermos, las enfermeras deben proveerlo de una manera amplia, al tiempo que deben identificar el significado que los pacientes le atribuyen.

El cuidado espiritual es una práctica de cuidado trascendental para los profesionales de enfermería, sin embargo, no hay un consenso sobre su significado, es decir: falta capacitación que provea elementos para poder brindarlo de una manera adecuada y oportuna. Las acciones de cuidado deben estar caracterizadas por cualidades como la cortesía, la amabilidad, la compasión, el amor y el respeto.

La barrera del tiempo se presenta como un obstáculo a veces insalvable en el cuidado espiritual de la enfermería. Se debe rescatar el liderazgo y protagonismo en el equipo de salud, desde lo asistencial, de manera que el cuidado que se brinde tenga la integralidad que requiere.

Se hace evidente la importancia que tiene el cuidado espiritual para la investigación y la docencia, ya que los hallazgos y reflexiones en torno a este tema pueden generar una atención humanizada. Este tipo de estudios abre la

posibilidad de continuar investigando en este tema desde distintas miradas de los profesionales de enfermería y diferentes campos de acción laboral, así como a partir de la experiencia vivida por los pacientes y usuarios.

Referencias

- (1) Erikson K. Filosofía y teoría del cuidado transpersonal. En: Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
- (2) Torralba RF. Antropología del cuidar. Barcelona: Institut Borja de Bioética; 1998.
- (3) Boff L. El cuidado esencial. Ética de lo humano, compasión por la tierra. Madrid: Ed. Trotta; 2002.
- (4) Stoll R. The essence of spirituality. Spiritual dimensions nursing practice. Philadelphia (w.B.): Saunders; 1989.
- (5) Delgado Ch. A discussion of the concept of spirituality. Nurs Sci Q [serial on the Internet]. 2005 [access: 2011 10 Nov];18(2):[about 5 p.]. Available from: <http://nsg.sagepub.com/>
- (6) Vachon ML. Meaning, spirituality and wellness in cancer survivors. Semin Oncol Nurs. 2008;24(3):218-225.
- (7) Cabestrero T. Espiritualidad y vida humana [artículo en Internet]. Roma: Misioneros Claretianos; s/f [acceso: 18 feb 2009]. Disponible en: http://www.cafaalfonso.com.ar/descargas/que_es_espiritualidad.pdf
- (8) Alpert P. Spirituality goes beyond religiosity: a much needed practice in nursing. Home Health Care Manag Pract. 2010;22(2):140-143.
- (9) Speck BW. What is spirituality? New Directions for Teaching and Learning [serial on the Internet]. 2005 [access: 2012 Feb 21];2005(104):[about 10 p.]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/tl.207/abstract>
- (10) Beca IJ. El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud. Ética de los Cuidados [serie en Internet]. 2008 [acceso: 21 ene 2011];1(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.bizkeliza.org/fileadmin/bizkeliza/web/doc_sal/articulos/080607_cuidadoespirit.pdf
- (11) Lackey SA. Apertura a la espiritualidad: cuidados de enfermería sensitivos. Nursing [revista en Internet]. 2009 [acceso: 25 feb 2012];27(10):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212538209706399>
- (12) Cohen MZ, Holley LM, Wengel SP, Mendel KR. A platform for nursing research on spirituality and religiosity: definitions and measures. West J Nurs Res. 2012;34(6):795-817.
- (13) Ozbasaran F, Ergul S, Temel AB, Aslam CG, Coban A. Turkish nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. J Clin Nurs. 2011;20(21-22):3102-3110.
- (14) Burkhart L, Hogan N. An experiential theory of spiritual care in nursing practice. Qual Health Res. 2008;18(7):928-938.
- (15) Sawatzky R, Pesut B. Attributes of spiritual care in nursing practice. J Holist Nurs. 2005;23(1):19-33.
- (16) República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial N° 45.693 (06/10/2004).
- (17) República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 266 de 1996, por la cual se reglamenta la profesión de enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial N° 42.710 (05/02/1996).
- (18) International Council of Nurses. Declaración de posición del CIE. Pacientes Informados [artículo en Internet]. 2003 [acceso: 15 sep 2012]. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/E06_Pacientes_informados-Sp.pdf
- (19) Taylor S, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. 2ª Ed. España: Paidós; 1987.
- (20) Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2003.
- (21) Carvalho DC, Luzia LJ, Soares LS, Conceição SM. Teoría fundamentada en los datos-aspectos conceptuales y operacionales: metodología posible de ser aplicada en la investigación en enfermería. Rev Latino-am Enfermagem [revista en Internet]. 2009 [acceso: 25 feb 2014];17(4):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/es_21.pdf
- (22) Castillo E. Vásquez M. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. Colomb Med [revista en Internet]. 2003 [acceso: 25 feb 2014];34(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/pdf/rc03025>
- (23) Haugaard K, Sales T. Spiritual care perspectives of Danish registered nurses. J Holist Nurs. 2008;26(7):7-14.
- (24) McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. J Clin Nurs. 2011;20(11-12):1757-1767.

- (25) Caro ps. Abordaje de la necesidad espiritual en la relación de ayuda. *Salud Uninorte*. 2004;18:3-7.
- (26) Lemmer cm. Recognizing and caring for spiritual needs of clients. *J Holist Nurs*. 2005;23(3):310-322.
- (27) Kociszewski C. A phenomenological pilot study of the nurses' experience providing spiritual care. *J Holist Nurs*. 2003;21(2):131-148.
- (28) Tirgari B, Iranmanesh S, I. Cheraghi, M. Arefi A. Meaning of spiritual care: Iranian nurses' experiences. *Holist Nurs Pract*. 2013; 27(4):199-206.
- (29) Marriner TA, Alligood MR. Filosofía y teoría del cuidado transpersonal. En: *Modelos y teorías en enfermería 7ª ed.* Barcelona: Mpsby Eslevier; 2011.
- (30) Míguez BA, Muñoz S, Muñoz D. Enfermería y el paciente en situación terminal. *Enferm Glob*. 2009;8(2):1-9.