



UNIVERSIDAD DE LA PATAGONIA SAN JUAN BOSCO
FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES Y CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TALLER DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

**EXPERIENCIAS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE LAS
NECESIDADES ESPIRITUALES DEL PACIENTE CRÍTICO, EN LA TERAPIA
INTENSIVA DEL HOSPITAL ALVEAR, EN EL 2023**

Presentado por:

GONZÁLEZ, Thelma

Comodoro Rivadavia, diciembre del 2023

AGRADECIMIENTOS

Gracias a las/os colegas enfermeras/os que han participado en este proyecto de investigación, por su predisposición, sinceridad y sensibilidad especial. Gracias por cuidar con tanto amor y dedicación a las personas.

Gracias a las docentes de la carrera, y en especial, a las docentes de Taller de Investigación en Enfermería, por encender la chispa interna que en un comienzo me motivó a elegir esta hermosa profesión.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo al Gran Espíritu, mi gran fuente de inspiración; a mi familia, que me ha dado la oportunidad de estudiar; y a mi compañero de vida, que siempre me ha motivado a continuar.

En especial, dedico el esfuerzo a mi madre, que siempre me aconsejó que hiciera lo que me haga feliz.

ÍNDICE

Introducción	1
Capítulo 1: Dimensión Epistemológica	2
1. Área temática	3
2. Línea de Investigación	4
3. Objeto de investigación	5
4. Preguntas al problema	6
5. Fuentes del objeto –problema	6
6. Estado del arte	7
7. Marco referencial/conceptual/teórico	21
8. Objetivos de la investigación	27
9. Relevancia académica	27
Capítulo 2: Dimensión de la Estrategia General	28
1. Tipo de diseño	29
2. Población en estudio	30
3. Selección de muestra	31
4. Criterios de selectividad	31
5. Aspectos éticos y bioéticos	32
Capítulo 3: Dimensión de las técnicas e instrumentos de recolección de datos	33
1. Mapeo/cartografía social	34
2. Técnicas de recolección de datos	35
2.1. Entrevista	35
2.2. Codificación	36
3. Matriz con análisis de datos	37
4. Categorías y convergencias finales	97
5. Interpretación	98
5.1. Recontextualización	107

Conclusión	109
Bibliografía	110
Anexos	114

Anexo I: Consentimiento informado

Anexo II: Transcripciones de entrevistas

RESUMEN

Introducción: El presente proyecto de investigación en enfermería se centra en las experiencias de los enfermeros/as en la atención de las necesidades espirituales del paciente crítico en la Terapia Intensiva del Hospital Zonal Alvear, en el 2023.

Objetivos: Interpretar las experiencias de enfermería en la atención de necesidades espirituales del paciente crítico, comprender el significado de espiritualidad que surge de estas experiencias y analizar los distintos tipos de práctica ante las necesidades espirituales del paciente.

Métodos: Se utilizó un diseño cualitativo fenomenológico, utilizando la entrevista semi estructurada como técnica de recolección de datos. La muestra seleccionada es de 4 enfermeros/as. Este estudio se enmarca utilizando la teoría transpersonal de Jean Watson y la teoría humanística del cuidado de Paterson y Zderad.

Palabras clave: cuidado humanizado, espiritualidad, enfermería, terapia intensiva.

ABSTRACT

Introduction: This nursing research project focuses on the experiences of nurses in caring for the spiritual needs of critically ill patients in the Intensive Care Unit of the Zonal Alvear Hospital, in 2023.

Objectives: Interpret nursing experiences in caring for the spiritual needs of critical patients, understand the meaning of spirituality that arises from these experiences and analyze the different types of practice regarding the patient's spiritual needs.

Methods: A qualitative phenomenological design was used, using the semi-structured interview as a data collection technique. The selected sample is 4 nurses. This study is framed using Jean Watson's transpersonal theory and Paterson and Zderad's humanistic theory of care.

Keywords: humanized care, spirituality, nursing, intensive therapy.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo consiste en un proyecto de investigación, que fue desarrollado durante el año 2023 y forma parte del Taller de Investigación en Enfermería de la Facultad de Ciencias Naturales y Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco. Se divide en tres grandes capítulos, referidos a las dimensiones: epistemológica, de la estrategia general y de las técnicas e instrumentos de recolección de datos.

En la dimensión epistemológica, se identifica el área temática, se justifica la elección de la línea de investigación, se define el objeto-problema de investigación y las preguntas, y se enuncia la fuente de inspiración que llevó a elegir este tema en especial. Además, se construye el estado del arte, a través de una minuciosa revisión bibliográfica de artículos relacionados con el objeto-problema elegido, junto a la construcción del marco referencial, conceptual, teórico, que dará sustento a la investigación. Finalmente, se definen los objetivos de la investigación y la relevancia de este estudio para la Academia, luego de la lectura de los antecedentes y de su análisis.

El desarrollo de la dimensión anterior da lugar al diseño de la investigación, que se corresponde con la dimensión de estrategia general, y en el que se define la metodología a utilizar, el tipo de diseño, la población en estudio, la selección de la muestra, los criterios de selectividad y los aspectos éticos y bioéticos que se tendrán en cuenta al momento de realizar el trabajo de campo.

En última instancia, la dimensión de las técnicas e instrumentos de recolección de datos, está dirigida a definir la técnica seleccionada para este proyecto, la cartografía social o mapeo de la población en estudio, la construcción de una matriz de datos para su análisis, y la interpretación de las convergencias de categorías obtenidas. Finalmente, se realiza una recontextualización teniendo en cuenta las características de la población seleccionada, con la intención de ampliar el campo de conocimiento enfermero.

CAPÍTULO I:

DIMENSIÓN EPISTEMOLÓGICA

Área temática

El área temática es el cuidado de enfermería a pacientes adultos críticamente enfermos. En este ámbito, enfermería, que se caracteriza por cuidar al ser humano durante las diferentes etapas de la vida, se encuentra brindando cuidados altamente especializados.

Con respecto a la Terapia Intensiva, enuncia Dezorzi (2008)¹ que “se percibió que ese escenario se mantenía arraigado en prácticas que privilegiaban el conocimiento de las realidades exteriores, físicas y mensurables, rechazando las realidades interiores, como la subjetividad y la dimensión espiritual humana”. Parece ser que los profesionales sanitarios en su labor diaria se centran en el plano físico, sobre todo en este servicio donde la tecnología ocupa un papel central, alrededor de la persona internada. Este escenario puede ser una fuente de sufrimiento y tensión, incluso para las propias enfermeras. Dice Dezorzi (2008): “los discursos mostraron la importancia de la espiritualidad frente a la muerte, a fin de buscar significados para las cuestiones existenciales que envolvían lo cotidiano de la terapia intensiva”.

Sumado a esto, desde la formación profesional, se plantea que el ser humano es visto como un ser holístico, y por lo tanto, el cuidado busca ser holístico e integral, para atender las diferentes dimensiones que lo componen. Teoristas tales como “Watson, Ray o Kolcaba incorporan la dimensión espiritual tanto a la salud como al cuidado, en contraposición al modelo biomédico” (Velázquez, 2017)². Este concepto se encuentra inmerso en las bases de la profesión. Dentro de este servicio de enfermería, la espiritualidad suele estar vinculada al cuidado humanizado, en el que se concibe la integralidad del ser humano.

¹ <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421888007>

² <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.13>

Diversos estudios se han focalizado en investigar si se tienen en cuenta en los procesos de atención de enfermería los diagnósticos referidos a las necesidades espirituales, es decir, cómo se valoran, diagnostican, planifican y se llevan a cabo los cuidados y cómo se evalúan. A raíz de estas investigaciones, se ha observado que “existe una necesidad de generar propuestas y estándares de cuidado que contribuyan a cualificar y registrar la práctica de la atención espiritual” (Velásquez, 2017).

Línea de investigación

De la propia práctica, surge la pregunta sobre la forma en que se abordan las necesidades espirituales en este servicio al momento de brindar cuidados, y sobre qué tan preparados nos sentimos los enfermeros, y con qué recursos cuenta cada profesional para afrontar situaciones de dolor físico y emocional de la persona a nuestro cuidado.

Se trata de un problema que se puede investigar desde distintos puntos de vista, poniendo el foco en los distintos actores que participan del cuidado, como se puede evidenciar a través de la búsqueda bibliográfica de artículos científicos. Este proyecto de investigación, estará referido a las experiencias de enfermería. Por lo tanto, seguirá la tercera línea de investigación, referida al profesional y la gestión del cuidado.

Las investigaciones cualitativas que siguen esta línea de investigación, buscan comprender las vivencias de quienes cuidan, abriendo el diálogo al tema de la espiritualidad en la educación y en la práctica de enfermería, desde la búsqueda del significado del concepto de espiritualidad y los métodos de evaluación de necesidades espirituales, hasta las maneras que tiene el profesional de abordarlas.

Enuncia Dezorti (2008) en relación al cuidado: “la historia de la enfermería converge esencialmente para el cuidado de otros, lo que justifica su existencia. Entre tanto, recientemente, se pasó a discutir la cuestión de que para cuidar de otros es necesario tener conciencia de que es primordial cuidar de sí mismo”. El cuidado humanizado, que atraviesa este estudio, implica “humanizar” a todos los involucrados en el acto de cuidado: profesional, enfermero y familia.

Dentro del cuidado humanizado, está contemplada la espiritualidad, que se presenta como una necesidad común a todas las personas. En el caso especial del cuidado intensivo, tanto el paciente (y su familia) como el profesional se enfrentan a situaciones que generan sufrimiento y ansiedad, sobre todo dada la criticidad del paciente, que se encuentra en riesgo inminente de muerte. Tal como se enuncia en la revisión sistemática, realizada por Velázquez y Jiménez (2017) “se observó que en casi la totalidad de los documentos analizados se evidencia la importancia de atender esta dimensión del ser humano como parte fundamental en el proceso final de la vida como garantía de un bienestar espiritual”.

Por otra parte, según la investigación de Castaneda (2019)³, la dimensión espiritual cobra mucha importancia desde el punto de vista de los adultos mayores internados, y plantea que “si el adulto mayor tiene una estancia prolongada es necesario asistir sus necesidades espirituales y religiosas, pues el aferrarse a las creencias en momentos de enfermedad le ayuda a tener un apoyo y confort emocional”. En la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Alvear, que suele recibir adultos mayores, es habitual que los pacientes tengan internaciones prolongadas. Por lo tanto, una investigación al respecto resulta relevante, sobre todo teniendo en cuenta que es la enfermera quien puede, por sus bases teóricas y filosóficas, proporcionar el cuidado incorporando la espiritualidad e integralidad de la persona.

Por eso, resulta interesante comprender cómo vive el enfermero la experiencia de atender las necesidades espirituales de otro ser humano, porque permitirá profundizar sobre la temática en la práctica diaria de enfermería, e identificar acciones específicas de enfermería, que contribuyen a la construcción de un significado de la espiritualidad, influido por sentimientos, creencias y dificultades.

Objeto de Investigación

Experiencias de enfermería en la atención de las necesidades espirituales del paciente crítico, en la terapia intensiva del Hospital Alvear de Comodoro Rivadavia, en el 2023

³ <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359562712010>

Preguntas al objeto de investigación

- 1) ¿Cuáles son las experiencias de enfermería en la atención de las necesidades espirituales del paciente crítico, en terapia intensiva?
- 2) ¿Cuál es el significado de la espiritualidad para los enfermeros de terapia intensiva del Hospital Alvear, construido a partir del cuidado?
- 3) ¿Cómo se evidencian las necesidades espirituales del paciente crítico, desde el cuidado humanizado?
- 4) ¿De qué manera se satisfacen, en la práctica, las necesidades espirituales identificadas en el paciente crítico?
- 5) ¿Cuáles son las dificultades que se presentan a la hora de brindar cuidados espirituales a los pacientes críticos?

Fuentes del objeto- problema

Siguiendo la clasificación de fuentes de investigación de Urbano y Yuni, se puede decir que la fuente de interés de este trabajo es ecológico-contextual, a partir de la observación diaria de la vulnerabilidad del paciente y su familia, e incluso de los propios enfermeros, ante la situación de criticidad y muerte.

La enfermedad y la hospitalización representan quiebres en la rutina familiar. Especialmente en las hospitalizaciones en la unidad de cuidados intensivos se somete al individuo a la fragilidad de la condición humana, que desencadena una desestabilización emocional en el paciente, con aumento de los mecanismos de defensa y una reducción de la tolerancia a la frustración.

El ambiente de UTI tiene características particulares, como los sonidos agudos que provienen del funcionamiento y las alarmas de los dispositivos, la iluminación artificial ininterrumpida, la baja temperatura ambiente y el movimiento frecuente de personas extrañas en la vida de los pacientes, que dependen de estos cuidados”, junto a las rutinas obligatorias y las reglas institucionales referidas a los horarios de visita restringidos y la permanencia de familiares. Todos estos aspectos imponen al paciente un aislamiento personal y lo enfrentan a lo desconocido.

Ante esta situación límite suelen expresarse con más énfasis las necesidades espirituales del paciente y su familia, y es en este contexto que surge la importancia del cuidado ético y humanizado, además del simplemente técnico, que sea posible estar presente, estar con el otro, dispuesto a ayudar y escuchar. En este punto, la inclusión de la familia en el proceso de asistencia, promoviendo la cercanía y participación, es fundamental.

Se observa un predominio de atención de las necesidades físicas por sobre las demás necesidades que puede tener un paciente, entre las que se encuentran las espirituales. No obstante, se observan también ciertas prácticas que quizás están “naturalizadas” en enfermería, y que se corresponden con un cuidado espiritual, en el marco de una atención humanizada. Dado que en la bibliografía consultada, se destaca que no existe una definición clara sobre la espiritualidad y la manera en que ésta se incluye en el cuidado de enfermería, resulta interesante poder preguntar a quienes brindan el cuidado, cuál es su visión y sentir al respecto, y cuáles son sus experiencias, desde las cuales se construye el significado.

Estado del Arte

Las fuentes literarias consultadas asumen que “el cuidado de enfermería debe atender las necesidades espirituales de sus pacientes, en vista de la integralidad del ser humano” (Nascimento, 2016), pero que en la práctica diaria aparecen ciertas dificultades citadas por los propios enfermeros, como la falta de conocimiento, la incomodidad en el abordaje de estos aspectos, y la organización del proceso de trabajo, entre las más importantes.

En varios artículos consultados, se presenta el concepto de espiritualidad como un término complejo, difícil de definir. En el artículo de Lagoueyte Gómez MI, Uribe Velásquez SP (2019) “La espiritualidad como fuente de inspiración para el cuidado de enfermería”, se realizó una revisión bibliográfica en torno a la espiritualidad y religión, la relación entre ellas y su influencia en el cuidado de enfermería. Se revisaron 80 artículos y 6 libros, excluyendo aquellos que referían a investigaciones realizadas a pacientes pediátricos y oncológicos. Se analizó el material a partir de una serie de preguntas

orientadoras y se elaboraron fichas analíticas agrupadas por categorías y mapas mentales, para organizar la información.

Los resultados de dicha revisión son presentados en tres grandes apartados: concepto de espiritualidad, cuidado espiritual en enfermería y necesidades espirituales. Se define la espiritualidad según los distintas fuentes consultadas y se plantea que la espiritualidad es “un término ambiguo, confuso, difícil de definir y que generalmente se equipara a la religiosidad (...) La espiritualidad es una categoría que inevitablemente está influenciada por el contexto social y se construye de manera diferente según diversas tradiciones religiosas, movimientos espirituales, sistemas de creencias, culturas y contextos, y no menos importante por individuos en circunstancias específicas”.

Con respecto al cuidado espiritual, se destaca que las disposiciones legales “comprometen a los profesionales a realizar las acciones de cuidado teniendo en cuenta las múltiples esferas de la vida humana” y se aclara que “existe un consenso en la literatura en afirmar que las enfermeras son las que proveen el cuidado espiritual”. Sin embargo, algunos estudios citados han mostrado la complejidad y los obstáculos para brindar este cuidado, tales como: la falta de formación para proveerlo, la falta de tiempo, de liderazgo, de deseo de hacerlo, las barreras institucionales, la confusión con los términos espiritualidad y religiosidad, la dificultad para valorar y abordar las necesidades espirituales, y la consideración de que la espiritualidad es un asunto privado del paciente. Se destaca que las enfermeras que previamente han tenido experiencias previas de sufrimiento y enfermedad, son más propensas a brindar cuidado espiritual.

Por último, en lo referido a las necesidades espirituales, se afirma que son inherentes al ser humano. De la lista presentada, para el cuidado espiritual se destacan como especialmente importantes: la necesidad de ser reconocido como persona, la necesidad de auténtica esperanza, la necesidad de expresar sentimientos y vivencias religiosas, y la necesidad de amar y ser amado. “Todas las necesidades espirituales las vive la persona en relación con su entorno, con su cultura, con su familia.” Se plantea, por esta razón, la importancia de diagnosticar las necesidades espirituales, a través de la tamización espiritual, la historia clínica espiritual y la evaluación espiritual. La tamización permitiría identificar las emergencias espirituales que requieran intervención inmediata. La historia clínica espiritual, ayudaría a tener claridad sobre las preocupaciones del paciente, integrando su realidad social y familiar, a fin de estructurar

un plan de cuidado acorde al diagnóstico espiritual. La evaluación espiritual busca conocer con mayor profundidad el sufrimiento espiritual del paciente.

<https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/5846>

La espiritualidad se considera un componente inherente al cuidado de enfermería, tal como lo muestra el artículo de Veloza G., M. D. M., y Pérez G., B. (2009), en “La espiritualidad: componente del cuidado de enfermería”. Se trata de una revisión de literatura que incluye los temas de espiritualidad y cuidado de enfermería, incluyendo en total 30 escritos, entre piezas de investigación cualitativa y cuantitativa, tesis doctorales, capítulos de libros y libros. Como eje transversal, se consideró la literatura científica de enfermería.

En este artículo se conceptualiza ampliamente la espiritualidad desde diferentes perspectivas, y el cuidado de enfermería como cuidado espiritual. Vinculado al concepto de espiritualidad, aparece el de bienestar espiritual, “relacionado con ser amado, el reconocimiento del valor de las faltas, amor por los otros, conexión con otras personas, naturaleza, sentimiento de bienestar, disfrute, esperanza y paz, y un sentido de propósito en la vida y en las situaciones que se experimentan”. Se propone a las enfermeras como las encargadas de lo que concierne a lo espiritual a través de la relación de cuidado. Se enumeran distintos resultados obtenidos de estudios cuantitativos y cualitativos, a través de los cuales se identifica la relación de la espiritualidad con la vivencia de situaciones de salud-enfermedad, en los que se evidenciaron: mayores niveles de afrontamiento, en la percepción de la enfermedad, mayor bienestar espiritual, menor depresión, disminución de la ansiedad acerca de la muerte, fortaleza espiritual, mayor sentido a la vida y al sufrimiento. La espiritualidad se presenta entonces como recurso de afrontamiento, mecanismo de adaptación y estrategia personal de manejo ante circunstancias particulares que impactan en los proyectos personales.

El artículo menciona algunas teoristas de enfermería que han trabajado el concepto de espiritualidad en sus teorías, como Jean Watson, Betty Newman, Margaret Newman, Reed y Roy, que aportan elementos como: el autoconocimiento, la capacidad de trascendencia, la armonía entre cuerpo, mente y espíritu, el potencial humano, y la trascendencia del límite físico a la dimensión espiritual. Todas estas perspectivas permiten hacer alusión al cuidado espiritual, que es posible a partir de la concepción

holística, única y trascendente del ser. Surge entonces una relación terapéutica profunda y armoniosa entre seres humanos que comparten experiencias de vida, a través de la generación activa de momentos de cuidado particulares.

“Enfermería, como disciplina profesional, posee recursos propios que le permiten identificar las necesidades espirituales de los recursos evidenciados a través de la creación de relaciones terapéuticas o momentos de cuidado trascendentes, en las cuales la comunicación a través de la entrevista, el lenguaje verbal y no verbal, el contacto visual, el contacto físico, el respeto por momentos de soledad y silencio, la sensibilidad, la capacidad interpretativa de la información, así como la capacidad de observación, escucha e intuición constituyen el bagaje del profesional de enfermería para dinamizar su intervención” (Veloza et al, 2009) .

Por último, menciona la importancia de que el profesional de Enfermería identifique sus propias necesidades espirituales, el conocimiento de su mundo interior existencial para poder brindar un cuidado espiritual.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=413835199009>

Con respecto a las necesidades espirituales del paciente, existe una serie de estudios, como el de Pérez-García, Esteban (2016), “Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal”, en la que el autor realiza un ensayo sobre la práctica de enfermería y el deber ser de la profesión. Fundamenta la importancia de la dimensión espiritual de la persona, basándose en definiciones dadas por teóricos, como Florence Nightingale y Virginia Henderson, y por la investigadora Elizabeth Kübler Ross. Además, menciona la definición de cuidados paliativos dada por la OMS.

El artículo está dividido en tres apartados: la espiritualidad en pacientes con enfermedad en etapa terminal, las necesidades espirituales y la actuación de enfermería.

En primer lugar, se sostiene que la dimensión espiritual tiene un carácter universal y se caracteriza tres arquetipos de personas frente a la espiritualidad: personas que para nada valoran lo espiritual, personas que valoran la espiritualidad y la expresan a través de una religión, y personas que valoran en gran medida la espiritualidad, pero que no la expresan a través de un credo religioso.

En segundo lugar, se realiza un listado (no cerrado) de necesidades espirituales del paciente, como resultado de un trabajo realizado por la GES (Grupo de Espiritualidad) de la SECPAL (Sociedad Española de Cuidados Paliativos) en el año 2008: ser reconocido como persona, releer su vida, encontrar sentido a la existencia y el devenir, liberarse de la culpabilidad, reconciliación, establecer su vida más allá de sí mismo, continuidad, auténtica esperanza, no ilusiones falsas, expresar sentimientos y vivencias religiosos, amar y ser amado.

En tercer lugar, con respecto a la actuación de enfermería, se refiere a la obligatoriedad de la enfermera de considerar la dimensión espiritual de la persona, en contraste con la “falta de definición unificada de la espiritualidad y de un modelo de acción al margen de los propios valores y creencias”. Menciona herramientas de valoración espiritual, que consisten en cuestionarios diseñados más bien para la investigación, y la importancia de la comunicación como terapéutica en sí misma, facilitada por la terapia de counselling. Menciona un modelo de relación diseñado por Henry Nowen, conocido como “sanador herido”, además de las taxonomías NANDA-NIC-NOC con las que cuenta enfermería, que pueden usarse como guía para diagnosticar y atender las necesidades espirituales. A la vez que plantea y lista los principales impedimentos de atención a las necesidades espirituales, destaca la importancia de tratar cada situación, paciente y familia como los casos particulares que son, y la necesidad de brindar cuidados holísticos.

Como conclusión, Pérez García menciona que como punto de partida es necesario que la enfermera tome conciencia de su propia espiritualidad para ser más sensibles a las necesidades espirituales de los demás y ser capaces de comprender el lenguaje de lo sutil, utilizando una comunicación auténtica y congruente en las relaciones con los pacientes.

http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062016000200006&lng=es&tlng=es

Continuando con la temática de las necesidades espirituales, y pese a que este proyecto se focaliza en la línea investigativa del enfermero y la gestión de cuidado, resulta importante tener en cuenta la visión del paciente al respecto, a fin de valorar el impacto que puede tener la atención de las necesidades espirituales en el paciente. A

través de la investigación de Guerrero y colaboradores (2021), titulado “Meaning of Spirituality in the Experience of the Hospitalized Elderly”, se buscó comprender el significado de la espiritualidad en la vivencia del adulto mayor hospitalizado. Se trata de un estudio cualitativo fenomenológico interpretativo, que se llevó a cabo en un hospital de segundo nivel de Guanajuato, México, en el período de marzo del 2019 a febrero del 2020. Se tomó como muestra a 11 adultos mayores, con al menos 48 hs. de hospitalización, con capacidad de comunicarse verbalmente, a quienes se entrevistó. Del análisis de las entrevistas, surgieron cinco temas: el significado de espiritualidad/religiosidad, la espiritualidad en las prácticas religiosa vividas, los impedimentos para la vida religiosa y espiritual, la enfermedad como una prueba y el sentido de la espiritualidad, y lo divino como sentido de vida y sanación.

Al referirse a la espiritualidad y religiosidad, los adultos mayores entrevistados hicieron una diferenciación de ambos conceptos, sosteniendo que la espiritualidad es algo más profundo que cada persona lleva dentro del propio ser y puede involucrar algunos rituales, mientras que la religiosidad está más relacionada con las creencias y las costumbres inculcadas. Cuando se refieren a la espiritualidad en las prácticas religiosas vividas suelen mencionar primordialmente la oración dirigida a Dios, pidiendo cuidado, protección, ayuda, perdón y entrega del rumbo de su enfermedad. Mencionan la hospitalización como un impedimento, por ser la espiritualidad un tema sobre el que no se habla dentro de los hospitales, y por la dificultad de asistir a centros externos para llevar a cabo sus dogmas religiosos y espirituales. Además, la enfermedad es vista por los adultos mayores entrevistados, como un proceso de aprendizaje o con un propósito. Mencionan que la etapa de hospitalización puede utilizarse para la reflexión. Finalmente, la pronta recuperación suele asociarse a una deidad que le otorga alivio, aunque muchas veces suelen despertarse sentimientos de negatividad también.

Como conclusión, este estudio resalta que el adulto mayor utiliza su religiosidad como medio para su bienestar, refiriendo que la oración brinda tranquilidad y paz. Por contrapartida, todos refirieron no recibir apoyo espiritual o religioso por parte de enfermería. Teniendo en cuenta que la espiritualidad va más allá de la religiosidad, se sostiene que “la enfermera puede apoyar en la reflexión sobre el sentido de la enfermedad y la vida, y promover el bienestar”, ya que los pacientes buscan que se muestre interés en sus necesidades espirituales.

Los autores sostienen que “la religiosidad y la espiritualidad forman un factor protector que mejora el estado de salud biopsicosocial” y que “deben tomarse en cuenta en las prácticas sanitarias cotidianas, de modo que puedan ser utilizadas como un método de terapia coadyuvante en beneficiar el curso de la enfermedad”.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000400010&lng=en&tlng=en

Por otro lado, existen estudios específicos realizados en terapia intensiva, unidad que representa un contexto muy particular en el que se brindan cuidados de enfermería especializados. Volpato, R.J. y colaboradores (2020), en su artículo titulado “El cuidado espiritual realizado por la enfermería en la unidad de cuidados intensivos” realizan una revisión integradora de artículos y selección final de 4 de ellos, que describían el cuidado espiritual brindado por el equipo de enfermería de UTI. A raíz del análisis efectuado, enumeraron tres categorías para tratar el tema: proceso de enfermería y cuidado espiritual, bienestar espiritual, y desafíos en la atención espiritual asistencial.

Con respecto a la primera categoría, se analizó que en los estudios seleccionados no se presentaban con detalle todas las fases del proceso de enfermería en la atención espiritual, ya que el foco estaba puesto sobre todo en la recolección de datos y el diagnóstico de enfermería. Se mencionó a la comunicación, verbal y no verbal, como el principal medio para identificar las necesidades espirituales y el sufrimiento de los pacientes en UTI. En cuanto a las acciones de enfermería para brindar alivio espiritual, se mencionaron: grabar oraciones para que los pacientes escuchen en diferentes momentos durante la hospitalización, escuchar a la familia y los pacientes sobre la espiritualidad, estar a su lado, tocar o tomar la mano del paciente y apoyar a las familias. Con respecto a la evaluación, faltan instrumentos para calificar la atención individualizada luego de implementarla.

En relación a la segunda categoría, el bienestar espiritual, “los estudios traen el concepto del bienestar propio para brindar cuidado a los demás”, argumentando que muchas veces el autocuidado entre los profesionales de enfermería no es rutinario. Se enuncia que el bienestar físico y espiritual del profesional de salud le permite brindar una atención más integral al paciente.

Para finalizar, en la tercera categoría de desafíos en la asistencia al cuidado espiritual, se concluye que depende del equipo buscar formas de superar las barreras de comunicación con los pacientes y las familias, mejorar el razonamiento clínico y desarrollar habilidades para comprender la espiritualidad, incluso si es subjetiva, e insertar disciplinas y cursos para perfeccionar la atención de las necesidades espirituales dentro de la UTI.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en;/biblio-1150105>

Siguiendo este tipo de trabajos referidos al cuidado espiritual, en el artículo de Zenevicz L.T. y colaboradores (2020), "Permission for departing: spiritual nursing care in human finitude" se realizó una reflexión y descripción metodológica de lo que denominan "permiso para partir". Éste hace referencia a un tipo de "cuidado espiritual que proporciona una relación terapéutica intencional de confianza y seguridad entre el profesional, el paciente y la familia, que propicia la expresión de sentimientos, de creencias y de rituales religiosos o espirituales que auxilian en la situación de muerte". Parte del hecho empírico de que la muerte puede desencadenar sufrimientos físicos y espirituales, los cuales busca reducir. A su vez, busca "sensibilizar a los profesionales de la salud sobre el sufrimiento espiritual y la necesidad de cuidar en esta dimensión de la salud concebida bajo un pensamiento ampliado de asistencia a la integralidad del ser".

El "permiso para partir" es una acción de enfermería que busca promover la dignidad en el proceso de muerte, y dar tiempo para que el paciente, la familia y el personal puedan experimentar la despedida, mediante el uso de la oración, por ejemplo. Como todo cuidado de enfermería, requiere del consentimiento informado del paciente (y la familia) para realizarse. Utiliza los conceptos de virtudes y fuerzas: gratitud, amor y perdón, de la Psicología Positiva, para sustentar el cuidado espiritual que ofrece y para desarrollar virtudes personales que ayudarán a afrontar las adversidades y superar el duelo.

Hacia el final del artículo, se destaca la necesidad de superar la ortodoxia biomédica para incluir la dimensión espiritual en el cuidado, implementando otras formas de atención en la muerte y el proceso de morir, generando prácticas de salud integradoras. Puede aplicarse en diferentes ámbitos asistenciales, como domiciliario, hospitalario, atención primaria de salud, y en múltiples condiciones de muerte.

En síntesis, “permiso para partir” es un instrumento que busca protocolizar de alguna manera, la muerte digna y el buen morir, desde una visión integradora del ser, mediante acciones específicas que respeten las creencias del paciente y su familia.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1092587>

El tema de la muerte digna se encuentra inmerso dentro del cuidado humanizado en la UTI, porque focaliza en la persona, desde un cuidado ético y bioético, que respeta al ser humano en su integralidad. Lopera B., M. A. (2016) en “Cuidado humanizado de enfermería al final de la vida: el proceso humanizado de muerte” , realiza una investigación cualitativa con enfoque etnográfico, que busca describir el cuidado que brindan las enfermeras en el proceso de morir según el significado que ellas le dan a la forma de morir. Se realizó mediante entrevistas a 23 enfermeras con experiencia en cuidado a la persona en la fase final de la vida, en diferentes áreas, y mediante 100 horas de observación participante en una institución hospitalaria de cuarto nivel de la ciudad de Medellín, Colombia, entre noviembre del 2013 y noviembre del 2014. Los resultados, obtenidos a través de un análisis paralelo a la recolección de datos, mediante un procedimiento inductivo, se reúnen en tres categorías: el proceso de muerte, el proceso humanizado de muerte y acciones de cuidado.

Con respecto a la muerte como proceso, se plantean tres fases: cuando el equipo médico determina que no va a realizar tratamientos para prolongar su vida; cuando el paciente muestra signos de una muerte inminente; y minutos después de la muerte. En cada fase, los cuidados de enfermería cambian, pero continúan y están dirigidos al buen morir del paciente.

Se plantean, en la segunda categoría, los atributos que dan las enfermeras a la muerte humanizada: digna, cuando la persona conserva sus derechos; tranquila, cuando conserva sus preferencias; buena o en paz, cuando es aceptada; y linda, cuando sucede en casa. Para que la muerte sea digna, las enfermeras entrevistadas mencionan que se deben respetar los derechos de los pacientes, entre los que se encuentran: que no sean sometidos a medidas extremas para conservar su vida, que los cuidados de enfermería estén dirigidos a suplir las necesidades, como calmar el dolor y la ansiedad, estar acompañados, cuidar la estética en su presentación, y respetar el pudor y la privacidad del paciente. Para que la muerte sea tranquila, se deben respetar los deseos, deseos,

creencias y preferencias del paciente, y estar atentas a los detalles. Para que la muerte sea buena o en paz, destacan la importancia de que tanto el paciente como su familia conozcan la verdad de la situación. Por último, para que la muerte sea linda, como ideal se plantea la muerte en la casa, protegido de medidas extremas que se puedan tomar en un hospital.

Con respecto a la tercera categoría: las acciones de cuidado, las acciones antes de la muerte se dirigen a las necesidades fisiológicas, emocionales, sociales, espirituales y culturales del paciente. Una de las acciones más importantes para la enfermera es valorar el dolor y controlarlo, al igual que prevenir y controlar la ansiedad ante la muerte. Se intenta que el paciente deje sus asuntos en orden, que esté cómodo y acompañado, y que los familiares puedan despedirse dando tranquilidad a quien está muriendo, limitando las expresiones de dolor emocional, como los gritos.

Por otra parte, las acciones después de la muerte están dirigidas a brindar alivio a los familiares, evaluar el cuidado que ofrecieron, reflexionar sobre la muerte y realizar algunos cuidados al cuerpo del paciente.

Como conclusión, se destaca que, pese a los avances científicos, en la práctica sigue faltando el componente humano que brinde un proceso humanizado de muerte al paciente, como la comunicación, la compañía y la sinceridad como elementos clave de la atención terapéutica. Además, se evidencia que las enfermeras buscan manejar el dolor y la ansiedad con el uso de medicación o medidas médico-delegadas, y no a través de técnicas no farmacológicas que pueden dispensarse de manera autónoma y ser efectivas de igual manera. Se sostiene que la enfermera debe ser líder en la planificación del cuidado del paciente y su familia.

<https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/1898>

Otro estudio realizado en la Terapia Intensiva, que focaliza más bien en el cuidado y ambiente humanizado, es el de Michelan VC de A, Spiri WC. (2018) "Perception of nursing workers humanization under intensive therapy". Esta investigación, cuyo objetivo es comprender la percepción de los trabajadores de enfermería que actúan en la UTI sobre la humanización en el ambiente de trabajo, utilizó como método cualitativo, la fenomenología. Se entrevistó a 25 profesionales de enfermería de una UTI de adultos de

un hospital universitario. Los temas revelados fueron: la humanización en la UTI, la condición de trabajo, la gestión de personas y el proceso de gestión.

En primer lugar, en el tema de la humanización, se reveló la necesidad del trabajador de tener buenas relaciones interpersonales en el equipo, focalizando en el cuidado como objetivo; el ser visto, al igual que el paciente, de forma holística; se presenta al diálogo y la escucha como elementos que permiten una recuperación más rápida. En segundo lugar, en cuanto al tema de las condiciones de trabajo en la UTI, los enfermeros mencionaron la importancia de mejorar la información y comunicación dentro del equipo, y la influencia de la evolución tecnológica de los equipos y de la estructura del espacio físico de la unidad paciente. En tercer lugar, en torno al tema de la gestión de personas, se destaca la necesidad de la cercanía, la participación, la escucha y la motivación externa, por parte de los gerentes. Por último, referido al proceso de gestión, se revela una gestión vertical, centralizada y jerarquizada, con falta de diálogo, valorización profesional y contacto con los superiores.

Como resultado de este estudio, se concluye que la humanización implica el cuidado holístico del paciente, pero está inmerso dentro de un contexto, donde los propios enfermeros necesitan también ser vistos de forma holística. Se plantea, por un lado, la complejidad de la rutina intensivista, que contribuye a la falta de acciones básicas como escuchar y tocar al otro, y el dominio tecnológico que predomina en las acciones individuales, dificultado el proceso de rehabilitación y humanización. Por otro lado, se plantea el tema del clima laboral, la baja remuneración, la sobrecarga laboral, la comunicación deficiente, entre otros factores que afectan el desempeño del enfermero, impactando dicho malestar en el cuidado del paciente.

<https://www.scielo.br/j/reben/a/dFvxZ3XkkhzxJLRGZF3xZyR/?lang=en>

Por otra parte, en la investigación referida al cuidado humanizado en terapia intensiva, Macarena Yáñez-Dabdoub, e Ivonne Vargas-Celis (2018), en “Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: desafíos para enfermería”, se busca describir los factores que pueden llevar a enfermería a deshumanizar sus cuidados en pacientes con Limitación de Esfuerzo Terapéutico (LET) en UCI, a través de la revisión de 23 artículos seleccionados.

En primer lugar, se define el LET como la decisión de “retirada o no instauración de una medida [...] que dado el mal pronóstico de la persona en términos de cantidad y calidad de vida futuras, constituye algo fútil, que solo contribuye a prolongar en el tiempo una situación clínica carente de mejora”.

Los hallazgos fueron agrupados en seis categorías que pueden influir en la deshumanización del cuidado en UCI: la poca participación en la toma de decisiones de LET de los enfermeros, porque no los incluyen en la decisión, o porque deciden no participar; la escasa formación en ética de los profesionales de la salud; el estrés emocional; los factores laborales; y la concepción biomédica del cuidado.

Se destaca que es en estas situaciones en las que enfermería tiene la labor de estar junto al paciente, ofrecerle confort tanto físico como espiritual, y ayudarle a soportar la vivencia del dolor y la angustia. En consecuencia, el cuidado de estos pacientes debe ser integral, y se debe responder de manera personalizada a sus necesidades, para que éste sea humanizado; lo que debería reflejarse en cada una de las acciones de los profesionales de enfermería. Se concluye que en el cuidado humanizado se destacan los roles de enfermería como defensora de los intereses del paciente y como agente comunicador.

Se sugieren, finalmente, algunas mejoras que se podrían implementar. Entre ellas, se encuentra que enfermería aporte su visión profesional y humana de los requerimientos del paciente; que se pueda realizar formación académica acerca de LET, aspectos éticos asociados y cuidados paliativos para la UCI; la importancia de enfatizar en los aspectos curriculares de los futuros profesionales, contenidos relacionados con el paradigma humanista, aspectos bioéticos asociados a la práctica clínica y la visión de la persona desde una perspectiva multidimensional. Asimismo, se recomienda la creación de una instancia de intercambio de experiencias entre los enfermeros, como también gestionar la presencia de profesionales del área psicoemocional por parte de la dirección para apoyar a los profesionales de enfermería y el equipo de salud, al igual que una gestión institucional para los servicios de UCI, con mayor espacio para el encuentro de la familia con el paciente y con el profesional de salud.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-31222018000100056&script=sci_arttext

Con respecto a este tema, Águila Rodríguez, N. y colaboradores (2020) en “Retos actuales de la profesión de enfermería: un enfoque ético y bioético”, realizan una revisión bibliográfica a fin de valorar los rasgos de deshumanización, la injusticia social y el acceso desigual a los servicios de salud. Se revisaron conceptos, tendencias y retos en la profesión y el trabajo de enfermería, y se encontró una estrecha relación entre humanismo, ética, bioética y espiritualidad.

En este artículo, se realiza una revisión del desarrollo histórico de la profesión de enfermería; de la ética y la bioética ante los retos en el mundo actual; y la formación científico-técnica y humanista del profesional.

Se menciona que “los cuidados de la salud son tan antiguos como el propio hombre y han ido evolucionando con este”, junto con las condiciones materiales y espirituales. A su vez, desde el surgimiento de Enfermería como profesión, en la segunda mitad del siglo XIX, ha concedido siempre gran relevancia a las exigencias éticas porque su trabajo ha estado centrado en el cuidado de los otros.

Con respecto a la ética y la bioética, se enuncia que la enfermera es un ser moral, que debe estar continuamente en una reflexión ética, que le permita reevaluar sus compromisos con el cuidado de la vida en las distintas etapas del ciclo vital. Como primera medida, su mayor compromiso es defender la vida, reconociendo a cada persona, su dignidad, individualidad, autonomía, capacidad de autorregulación, entre otros. La enfermera debe buscar el bienestar del paciente, abogando por sus derechos, a fin de que sus necesidades sean atendidas de manera eficiente y humanizada. Además, se plantea que la ética y bioética son herramientas importantes para desarrollar valores espirituales. Por otra parte, dentro de este mismo apartado, se mencionan los problemas éticos más comunes a los que se enfrenta enfermería en distintos ámbitos y contextos sociales, citando diferentes investigaciones al respecto. En el caso particular del cuidado de pacientes en estado crítico, se señalan preocupaciones respecto a la información al paciente, al acompañamiento en el final de la vida, y a la responsabilidad en intervenciones interdependientes. Otros posibles dilemas éticos a los que se enfrenta el profesional de enfermería es la eutanasia, activa o pasiva, y el encarnizamiento terapéutico; al igual que los relacionados con conflictos entre principios y acciones éticas. Para este último punto, se dan ejemplos de cada conflicto.

Por último, en el análisis de la formación científico-técnica y humanista del profesional de enfermería, se enuncia que el progreso tecnológico sanitario no sólo ha impactado en la situación de vida de la humanidad, sino que también ha influido en el trabajo de enfermería. Se mencionan los principales factores de deshumanización del cuidado: aspectos estructurales y de organización, el proceso de ingreso al hospital, por los propios profesionales que se enfocan en los procedimientos y técnicas, por el predominio de los valores técnicos y científicos, y por aspectos socioculturales.

Este estudio se refiere al caso de Cuba, donde según los autores, la formación del profesional tiene en cuenta el enfoque integral de la salud y la espiritualidad; y se alude que los profesionales de enfermería no deben descuidar los valores que los sostienen: salud, libertad, dignidad, y en definitiva, la vida humana.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000200244&lng=es&tlng=es

Marco referencial/ conceptual/ teórico (MRCT)

El **marco referencial** está constituido por la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Hospital Alvear de Comodoro Rivadavia. Este servicio es de nivel 2 y cuenta con 7 camas de internación, para adultos. Se encuentra ubicado en el primer piso del nosocomio. Está conectado con la Unidad Médica de Urgencias (UMU), en planta baja, y con quirófano, en el segundo piso, mediante un ascensor. Cuenta con el apoyo de los servicios de laboratorio, banco de sangre, radiografía y tomografía, kinesiología y cocina.

Se trata de un servicio cerrado, que cuenta con personal de limpieza exclusivo, al igual que el equipo de médicos y enfermeras, además de equipamiento tecnológico necesario para monitorizar y brindar tratamiento intensivo a los pacientes. Los enfermeros hacen turnos de 6 hs, durante 5 días a la semana, y cuentan con dos francos por semana. Cada enfermero está a cargo de 2 pacientes, según la legislatura vigente, por lo que, cuando el servicio está completo se requieren 3 a 4 enfermeros por turno.

En la UTI se brinda a los pacientes críticos cuidados de soporte vital, uso de tecnología avanzada, tratamientos agresivos (sedación, intubación, ventilación mecánica y monitorización invasiva) que tienen como fin que el equipo de salud utilice todas las medidas posibles para la preservación de la vida.

Con respecto a las edades de los pacientes, por lo general, se trata de adultos mayores a 60 años. Según la definición de la OMS, a este grupo etario se lo denomina ancianos, en países en desarrollo.

No cuenta actualmente con auxiliares de enfermería. 17 de los profesionales se formaron en la UNPSJB, y el resto en otras universidades del norte Argentino, con lo cual el 100% de los profesionales son universitarios. Por otro lado, de los 14 enfermeros universitarios, 9 se encuentran estudiando la Licenciatura. Y de los licenciados, uno es especialista en Terapia Intensiva, y 5 se encuentran formándose en esta especialidad, en la SATI.

La antigüedad en la profesión es muy variable, desde 3 hasta 35 años; al igual que la antigüedad en el servicio, que va desde medio año hasta 28 años. Tomando como muestra a 20 enfermeros del servicio, se presenta una media aproximada de 8 años de antigüedad en la profesión y 6 años en el servicio.

Los familiares reciben el parte médico al mediodía, y luego pueden visitar a su familiar al mediodía (1 hora) y a la tarde (1 hora). En un momento se tuvo la intención de implementar la terapia “a puertas abiertas”, pero se suspendió por la pandemia.

La ley 24004, y la ley X-X20 de Chubut rigen el ejercicio de enfermería, mientras que las normativas para el funcionamiento de la planta física de la UTI, que en Argentina están bajo la resolución 748/2014⁴ del Ministerio de Salud de la Nación, como Normas de Organización y Funcionamiento en Terapia Intensiva.

El **marco conceptual** del Objeto-Problema está conformado por los conceptos del metaparadigma de enfermería, que serán desarrollados en la definición del marco teórico, y se suman para este proyecto los conceptos de experiencia, paciente crítico, espiritualidad, necesidades espirituales y cuidado humanizado.

⁴ <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-748-2014-230534>

Se toma el concepto de experiencia de Merleau Ponty⁵, quien considera al cuerpo como la “actitud natural del mundo, a través del cual experimenta el mundo”. Para Merleau-Ponty, recurrir a los fenómenos de la experiencia vivida significa volver a aprender a mirar el mundo por el despertar de la experiencia básica del mundo. Su idea de cuerpo refiere a la presencia del sujeto en el mundo y las relaciones establecidas entre los dos, es decir, la capacidad como modalidad fundamental de la existencia. Para Merleau-Ponty, el cuerpo es el vehículo del ser en el mundo en el cual son almacenadas todas las significaciones vividas por la que el sujeto ve, interactúa, percibe y, simultáneamente, es percibido, transformándose en un espacio expresivo.

La profesión enfermera está relacionada con el cuerpo en todos los aspectos. Utilizamos nuestros propios cuerpos en la tarea de cuidar y nos relacionamos con otros cuerpos en la necesidad de enfermería, tratamiento y cuidado. Nuestros cuerpos y los de nuestros pacientes se expresan a través de acciones, actitudes, palabras, el tono de voz y los gestos. La fenomenología implica los actos de la interpretación, la descripción y el reconocimiento de la vida vivida, la vida cotidiana que las personas viven junto con otras en un mundo natural mutuo, incluido el contexto profesional en que se produce el cuidado.

Para este estudio, se utilizará también el concepto de espiritualidad, que será contemplada bajo la visión de Jean Watson⁶, como la búsqueda del bienestar espiritual, que se refiere a la afirmación de la vida en las distintas facetas en relación con Dios, consigo mismo y con los otros, posibilitando encontrar significado y propósito a la vida.

⁵ Alligood, M. y Tomey, A. (2011). Modelos y Teorías en Enfermería. España. Elsevier.

⁶ Alligood, M. y Tomey, A. (2011). Modelos y Teorías en Enfermería. España. Elsevier.

Por lo tanto, las necesidades espirituales, que forman parte de las necesidades inherentes al ser humano, seguirán la clasificación no acabada del Grupo de Espiritualidad de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos⁷: ser reconocido como persona, releer su vida, encontrar sentido a la existencia y el devenir, liberarse de la culpabilidad, reconciliación, establecer su vida más allá de sí mismo, continuidad, auténtica esperanza, no ilusiones falsas, expresar sentimientos y vivencias religiosos, amar y ser amado.

Por otra parte, el paciente crítico se define como aquel que se encuentra fisiológicamente inestable, que requiere soporte vital avanzado y una evaluación clínica estrecha con ajustes continuos de terapia, según evolución (definición de la Sociedad Americana de Medicina Intensiva). Es aquella persona que “presenta alteraciones vitales de uno o más de sus órganos que ponen en peligro su vida y que ingresa a la UCI para ser objeto de monitorización, reanimación y mantenimiento de constantes vitales y tratamiento definitivo”⁸.

Por último, el cuidado humanizado es un concepto que atraviesa el estudio a realizar, ya que implica que se tiene en cuenta a la persona en su integralidad. Dicho aspecto del cuidado se encuentra inmerso en la ley 26529, de derechos del paciente. Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha motivado la promulgación de la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en búsqueda de la protección de los derechos de las personas.

Jean Watson también se refiere al cuidado humanizado cuando caracteriza la relación transpersonal. El cuidado representa el quehacer de enfermería, basado en valores humanísticos y éticos, con el fin de satisfacer las necesidades de los pacientes y mejorar su calidad de vida.

⁷ http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062016000200006&lng=es&tlng=es

⁸ Viana, R. y Torre, M. (2019). Enfermería en Cuidados Intensivos. Prácticas integradoras. Argentina. Ed. Médica Panamericana.

El **marco teórico** de este proyecto de investigación estará sostenido por la filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson, y la teoría humanística de Paterson y Zderad

La teoría de Jean Watson, existencialista y humanista es un ejemplo que da cuenta de la necesidad de rescatar los elementos fundantes del cuidado. Watson se apoya en gran medida en las ciencias y las humanidades, ofreciendo una orientación fenomenológica, existencial y espiritual. Pide unir la ciencia con las humanidades para que las enfermeras tengan un sólido fondo artístico liberal y entiendan otras culturas como requisito para utilizar la ciencia del cuidado y un marco mente-cuerpo-espiritual.

Watson describe una “relación de cuidado transpersonal” esencial para su teoría, como un tipo especial de relación de cuidado humana como una unión con otra persona, muy respetada para la persona y su estar en el mundo.

Watson define la relación de cuidado transpersonal, con una serie de afirmaciones, referidas al compromiso moral, la intencionalidad, la conciencia y la voluntad consciente de la enfermera para proteger, fomentar y potenciar la dignidad humana, la integridad y la curación. La enfermera busca identificar, detectar con precisión y conectar con la condición interior del espíritu de otro a través de la presencia genuina y centrada en el momento, lo cual se traduce en arte/hechos humanos de enfermería o modalidades deliberadas de cuidado-curación. Watson afirma que en el cuidado transpersonal, la enfermera ayuda al otro en el proceso para acceder al sanador interior; y el desarrollo continuo personal y profesional, el crecimiento espiritual y la práctica espiritual personal ayudan a la enfermera a entrar en este nivel más profundo de la práctica de curación profesional. Afirma, a su vez, que el conocimiento y la conciencia necesarios pueden obtenerse a través del trabajo con otras culturas y el estudio de las humanidades, junto con el examen de los propios valores, las creencias profundas y la relación con el yo, con los otros y con el mundo. Menciona experiencias de crecimiento personal como la psicoterapia, la psicología transpersonal, la meditación, el trabajo bioenergético y otros modelos del despertar espiritual y concibe a los profesionales sanitarios como sanadores heridos que crecen y sienten compasión por el otro.

Watson reconoce que el cuidar es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente llegar a ser, este ser es un ser en relación a otro que lo invoca. Este llamado desde el otro, absolutamente otro, es la base fundadora del cuidado en general y, a la vez, del cuidado profesional propio de la enfermería. Este cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud, ya que si bien todo cuidado responde a una necesidad, el cuidado sanitario tiene metas específicas, se apoya en un contexto epistemológico, y se formaliza y desarrolla por medio de una serie de técnicas aprendidas en la formación profesional de enfermería.

La persona se define como un ser dotado de valor, objetivando el cuidado integral con dignidad y respeto hacia su persona. Watson utiliza indistintamente los términos ser humano, persona, vida, personalidad y yo. Considera a la persona como “una unidad de mente/ cuerpo/espíritu/naturaleza” y describe que la “personalidad va unida a las ideas de que el alma posee un cuerpo que no está confinado por el tiempo y el espacio objetivos...”

La enfermería es una ciencia humana de la persona y de las experiencias de salud- enfermedad, con foco en la promoción, prevención y recuperación de la salud, así como en el cuidado transpersonal humanístico. Su teoría pide a las enfermeras que vayan más allá de los procedimientos, tareas y técnicas utilizados en la práctica, acuñados como el «estado» de la enfermería, en contraposición a la «esencia» de la enfermería, lo que significa que los aspectos de la relación enfermera-paciente se traducen en un resultado terapéutico incluido en el proceso de cuidado transpersonal.

El ambiente es un espacio físico de convivencia entre las personas, en el contexto familiar y social, influenciado por los factores culturales y sociales, pero también es más extenso, ya que considera que el ser humano no puede separarse del universo del que forma parte. Postula que los seres humanos no pueden ser tratados como objetos y no pueden ser separados del yo, de los otros, de la naturaleza y del universo, más extenso.

La salud es considerada para Watson como el equilibrio o armonía entre el cuerpo, la mente y el alma.

Por su parte, la teoría humanística de Paterson y Zderad, desarrollada en 1976 por enfermeras de las áreas de Salud Pública y Salud Mental, fundamentada en la fenomenología y el existencialismo, enfatiza la relación que se establece entre la enfermera y la persona que recibe el cuidado, intentando dar una respuesta fenomenológica vivida por ambos. En términos de la teoría humanística, una enfermera tiene que ir más allá de la competencia técnica y del dominio biológico, el cuidado es un encuentro con el otro.

La enfermería se define como una experiencia existencial vivida entre la enfermera y el paciente. Es un “diálogo vivo, una experiencia existencial vivida entre seres humanos, una búsqueda responsable, una relación transaccional, una forma particular de diálogo humano” (López, 2015).

Los seres humanos dentro de esta visión son considerados como personas capaces de hacer elecciones responsables en la vida.

A la salud se la concibe como un estado de “venir a ser”, donde hasta en condiciones de adversidad el ser humano encuentra significado para vivir.

La enfermería fenomenológica se define como propiciadora de esta respuesta a las necesidades del cliente, auxiliándolo en sus selecciones. La enfermería fenomenológica es una experiencia vivida entre seres humanos. Su objetivo es el de proporcionar el bienestar de las personas, estando comprometida, por lo tanto, en un contexto humano, donde ambos sufren las influencias de este encuentro

En cuanto al ambiente, refiere que es algo concebido de forma subjetiva, trascendente, situado más allá del espacio físico, caracterizado por el proceso de relación entre el enfermero y el paciente dentro de una transacción intersubjetiva. Esta transacción brinda la posibilidad de que ambos participantes se relacionen y se enriquezcan de forma recíproca.

Esta teoría nos muestra a la enfermería como un encuentro entre paciente-enfermero, en que ambos a través de su experiencia en el mundo buscan planificar un cuidado para la búsqueda de un mayor bienestar.

Objetivos de la investigación

- Interpretar las experiencias de enfermería en la atención de necesidades espirituales del paciente crítico.
- Comprender el significado de espiritualidad que surge de las experiencias en la atención de necesidades espirituales de los pacientes.
- Analizar los distintos tipos de práctica ante las necesidades espirituales del paciente.

Relevancia académica

Esta investigación tiene como objetivo contribuir al desarrollo de la profesión de enfermería brindando elementos que sirvan tanto a la práctica asistencial de enfermería, como a la formación académica, en lo que refiere al cuidado humanizado. Conocer las experiencias de los enfermeros en contacto con los pacientes críticos y sus necesidades espirituales, puede servir como punto de partida de nuevas investigaciones, de implementación de mejoras en la gestión del cuidado, de reflexión sobre la propia práctica, de inclusión del concepto de espiritualidad en los currículos de la carrera.

Aportar claridad al concepto de espiritualidad en el cuidado humanizado es importante porque forma parte del deber ser de nuestra profesión. El cuidado de enfermería debe ser humanizado, tanto por cuestiones éticas y profesionales, como por razones legales.

Comprender la importancia de las necesidades espirituales del paciente, puede llevar a plantear prácticas específicas para atenderlas, reflexionando sobre cómo brindamos el cuidado. En los tiempos actuales, en los que la tecnología está tan desarrollada y nos ayuda en el tratamiento a los pacientes, también es importante reconocer si nuestras prácticas están considerando al ser humano que se encuentra detrás de la maquinaria en una Terapia Intensiva, si estamos considerando a su familia, sus preferencias, sus emociones, sus creencias; o si estamos actuando desde una rutina mecanizada y deshumanizada.

Por último, encontrarnos con la espiritualidad, propia y del otro, puede ayudarnos a encontrar un nuevo sentido a nuestra tarea diaria, un elemento motivador en sí mismo.

CAPÍTULO II:
DIMENSIÓN DE LA ESTRATEGIA
GENERAL

Tipo de Diseño

El diseño de esta investigación será de tipo cualitativo, y a su vez, se utilizará la fenomenología como filosofía y como método. Desde esta metodología cualitativa, inductiva y descriptiva, se partirá de experiencias particulares, para buscar puntos en común, a modo de generalizaciones, que permitan ampliar el conocimiento acerca de las experiencias de enfermería en torno a la atención de las necesidades espirituales del paciente crítico. El objetivo es captar la esencia del proceso para interpretar el significado de lo espiritual en el cuidado.

Se buscará, a su vez, realizar una adecuada interpretación del fenómeno, a través de la comprensión del significado que las personas le otorgan, a través de cómo experimentan la realidad. Este tipo de diseño es el más adecuado, dado que tiene una visión holística de las personas y utiliza instrumentos de recolección de datos flexibles. La visión holística es la que contempla que el ser humano es un todo, y lo espiritual forma parte de este ser. Además, se buscará analizar los distintos tipos de práctica que surgen ante las necesidades espirituales del paciente, desde las variadas relaciones terapéuticas que se entablan con los pacientes.

En los estudios revisados previamente en el estado del arte, se ha aplicado el método cualitativo, el cual, tal como enuncia Polit y Hungler (2000) tiene ciertas características, entre las que destacan que “es flexible y elástico, susceptible de adaptarse a lo que se descubre durante la colecta de datos”, “tiende a ser holista en un esfuerzo por comprender la totalidad del fenómeno de interés” y “se concentra en la comprensión de un fenómeno o entorno social”. Este método requiere que el investigador sea “el instrumento de investigación”, ya que es quien realiza la entrevista, observa, analiza los datos, reflexiona sobre las categorías descriptas, y realiza una introspección continua a fin de conocer sus sesgos o prejuicios.

La fenomenología es el método de elección, ya que se focaliza en la experiencia vivida por los individuos involucrados en el fenómeno. Citando a Beatriz Sánchez (1999), “la fenomenología busca hacer un retrato exacto de lo que se experimenta, reconocer la vivencia de estar en el mundo de una manera particular y no sus hechos interiores o exteriores”. Se busca comprender la esencia de este fenómeno según lo experimentan las personas entrevistadas, y las verdades esenciales acerca de la realidad que están

arraigadas en las experiencias vividas por las personas. En el caso de este proyecto de investigación, se busca comprender las experiencias de los enfermeros de terapia intensiva, relacionadas con la atención de necesidades espirituales del paciente crítico.

Población es estudio

Los actores sociales involucrados en este estudio pertenecen al equipo de enfermería de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Alvear. El objetivo de esta investigación es comprender las experiencias que viven los enfermeros en torno a la atención de las necesidades espirituales de los pacientes críticos.

El equipo de enfermería de la Terapia Intensiva del Hospital Alvear está conformado por 23 enfermeros (20 mujeres y 3 hombres), de los cuales 7 son licenciados en enfermería y 12 se encuentran estudiando la licenciatura en enfermería. A su vez, una de las licenciadas es especialista en terapia intensiva, y 5 de las demás licenciadas están formándose en esta especialidad. Se trata de una población entre 24 y 58 años, con variable antigüedad en el ejercicio asistencial de la profesión y en el servicio. Existe un buen ambiente laboral, en el que se observa buena predisposición hacia el trabajo y la capacitación continua, y buenas relaciones interpersonales.

La Terapia Intensiva es un entorno muy particular, en el que la práctica asistencial se desarrolla dentro de un contexto cargado de tecnología, ya que requiere el monitoreo continuo y a su vez, el tratamiento intensivo de los pacientes. Existe, en este servicio, más que en cualquier otro, un riesgo inminente de muerte del paciente, y se observa la vulnerabilidad del paciente, la familia y los mismos profesionales.

La capacitación suele estar centrada, en este servicio en especial, en los aspectos tecnológicos y en las distintas patologías que se observan, poniendo énfasis en los cuidados y tratamientos. El mismo equipo de enfermería ha desarrollado los protocolos que se encuentran en el servicio, los cuales posteriormente han sido evaluados y aprobados por el Comité de Docencia de la institución. Sin embargo, no se impulsan muchas capacitaciones en torno a aspectos legales ni bioéticos. Pese a ello, cuando hay charlas informales al respecto, la mayoría se muestra interesado con la temática, y sobre todo ante los dilemas que surgen en la Terapia Intensiva en torno a la muerte digna, el encarnizamiento terapéutico y la adecuación de esfuerzo terapéutico.

Es en este contexto entonces, que interesa comprender el significado del cuidado humanizado y de la espiritualidad en aquellos que lo brindan, e interpretar a través de qué prácticas o rituales se lleva a cabo esta atención a las necesidades espirituales del paciente.

Selección de muestra

Para este estudio, se realizará la selección de una muestra intencional original, ya que se trata de una muestra que no varía y se busca una interpretación profunda de las experiencias de esta muestra (Yuni, 2010).

Por ser una población conocida, además, se utilizará la técnica por cuota, seleccionando a las personas que cumplan con ciertos atributos en especial: la antigüedad en el ejercicio de la profesión, la confiabilidad, el cuidado humanizado, y el compromiso con el trabajo, manifestado por la asistencia al trabajo, la puntualidad y la referencia de otros compañeros de trabajo. Se tendrá en cuenta, además, que los participantes tengan intención de formar parte, firmando un consentimiento informado con el fin de aportar datos relevantes.

El cierre se realiza por saturación de la muestra, es decir, cuando las respuestas no brindan ninguna información adicional, y/o se repiten los datos obtenidos. (Polit, 2000)

Criterios de selectividad

A fin de reforzar y dar fundamento a la selección de casos, se definen los siguientes criterios.

- Criterios de inclusión: se incluirá al enfermero/a del servicio de terapia intensiva que aceptan participar y firmen el consentimiento informado, y que además cuenten con valores y habilidades, tales como el cuidado humanizado, la confiabilidad, el compromiso con el trabajo y la antigüedad en el servicio mayor a 2 años.
- Criterios de exclusión: se excluirá de este estudio a quienes se encuentren con licencia médica, no deseen participar y/o no aporten información relevante y confiable al presente estudio.

- Criterios temporo- espaciales: se realizará durante el año 2023. Las entrevistas se llevarán a cabo en un lugar a convenir con el entrevistado, cálido y libre de ruidos e interrupciones.
- Criterios de eliminación: fallecimiento, rotación de servicio, decisión de no continuar participando del estudio, o desvinculación laboral.

Aspectos éticos- bioéticos

En el presente proyecto de investigación se garantizará la protección de los derechos de las personas participantes, mediante el respeto de los tres principios éticos postulados en el informe Belmont: beneficencia, respeto a la dignidad humana y justicia.

Se destaca la importancia de respetar el principio de beneficencia y no maleficencia, ya que el estudio no implica daños a quienes participan.

A su vez, se respetará el principio de dignidad humana y autonomía, ya que este estudio promueve la participación voluntaria y la posibilidad de retirarse cuando lo decida. El derecho de autodeterminación incluye el derecho de no sufrir coerción de ningún tipo.

Por último, el principio de justicia incluye el derecho a un trato justo, y el derecho a la privacidad, resguardando la información de quienes decidan participar. Los datos obtenidos serán confidenciales.

A través del consentimiento informado de los participantes, se confirmará su voluntad de ser parte de este estudio. En él, se darán a conocer los objetivos de este proyecto, tal como fueron enunciados en la dimensión epistemológica.

Se documentará por medio de un formulario escrito, el cual será firmado previamente a la entrevista. Se toma como ejemplo el modelo de consentimiento para entrevista desarrollado en el material aportado por la cátedra, de la Lic. Varela Cecilia, al cual se le realizaron pequeñas modificaciones (ver en Anexo I).

CAPÍTULO III:
DIMENSIÓN DE LAS TÉCNICAS E
INSTRUMENTOS DE
RECOLECCIÓN DE DATOS

Mapeo/ Cartografía social

El Hospital Zonal Alvear se encuentra ubicado en el barrio General Mosconi, en la calle Ramón Balcarce 1240. Es un nosocomio que perteneció por casi 60 años a YPF, y luego de ser gestionado por una Sociedad Anónima, entro en un proceso de quiebra, que culminó con la transferencia del hospital al ámbito público en el año 2004.

El Hospital Zonal Alvear se ocupa sobre todo de la atención de adultos con o sin obra social, y en su mayor proporción, adultos mayores afiliados a PAMI. Se reciben pacientes derivados del Hospital Regional, Pico Truncado, Las Heras, Río Mayo, Río Senguer, Sarmiento, entre las localidades más cercanas.

El establecimiento se remodeló en los últimos años y ha ido incorporando personal nuevo desde el 2016 a los distintos servicios con los que cuenta: Unidad Médica de Urgencias (UMU), Sala General, Unidad de Cuidados Intermedios (UCI), Unidad de Terapia Intensiva (UTI), Quirófano y Consultorios.

El servicio de UTI, en particular, está ubicado en el primer piso del Hospital, y cuenta con 7 camas de internación y el equipamiento necesario para la atención de pacientes en estado crítico. En cuanto a recursos humanos, son 4 las mucamas, 12 médicos y 23 enfermeras/os, exclusivos para este servicio, mientras que los 5 kinesiólogos que asisten a los pacientes desempeñan sus funciones en todos los servicios de internación.

Se trata de un grupo de adultos jóvenes, caracterizado por su gran interés en la capacitación. Los protocolos que existen en el servicio fueron realizados por los mismos enfermeros, en conjunto con los médicos, quienes a su vez, brindan capacitaciones sobre temas de interés, en forma regular. Vale mencionar que la mayoría de los enfermeros que hoy son licenciados, retomaron la formación profesional al ingresar a este servicio, hasta recibirse. Incluso hoy, quienes ya son licenciados, motivan a los demás enfermeros a seguir estudiando, y muchos de ellos continúan formándose como especialistas en Terapia Intensiva.

Existe un grupo en particular que defiende y practica el cuidado humanizado, aunque en general, se respetan las distintas concepciones de vida de quienes conforman el equipo, de los pacientes y de sus familias. No se realizan muchas capacitaciones

vinculadas al cuidado humanizado, pero las decisiones en torno al tratamiento y la muerte, son un tema frecuente de conversación.

Técnica de recolección de datos

Se utilizó como instrumento la entrevista semi estructurada, cara a cara, propia del método fenomenológico. Dicha entrevista se realizó en un lugar cómodo, convenido con el entrevistado, con una duración aproximada de 25 min.

Basándose en las preguntas al objeto de investigación, el investigador plantea las siguientes preguntas que conforman la entrevista.

Entrevista

- 1) ¿Considera importante brindar cuidados espirituales al paciente en estado crítico?
- 2) ¿De qué manera tiene en cuenta las necesidades espirituales del paciente en estado crítico?
- 3) ¿Cómo atiende las diferentes creencias o religiones que profesan los pacientes, a la hora de brindar cuidados?
- 4) ¿Qué entiende por espiritualidad?
- 5) ¿Ha tenido contacto con pacientes que necesitaron de un cuidado espiritual?
(Repregunta: ¿qué enseñanza le dejó?)
- 6) ¿Ha tenido experiencias que hayan cambiado sus creencias o valores en relación a la espiritualidad?
- 7) ¿Cree que los pacientes en estado crítico son más susceptibles a tener necesidades espirituales?
- 8) ¿Cuáles son las cualidades como persona de un enfermero brinda un cuidado humanizado?
- 9) ¿Considera que las necesidades espirituales forman parte del cuidado humanizado?
- 10) ¿De qué forma lleva adelante el cuidado ante los requerimientos del paciente crítico?

- 11) ¿Qué motiva a un enfermero a brindar un cuidado que tiene en cuenta las necesidades espirituales?
- 12) ¿Considera que en todos los pacientes es importante atender a necesidades espirituales? (Repregunta: ¿Está atento el enfermero a dichas necesidades y a brindar asesoramiento al respecto?)
- 13) ¿Se ha encontrado con dificultades a la hora de brindar cuidados espirituales a los pacientes críticos? (Repregunta: ¿De qué forma?)
- 14) ¿Se acepta y se permite en el servicio, un cuidado espiritual?
- 15) En lo profesional, ¿considera que es necesario modificar algo?
- 16) ¿Podría mencionar alguna experiencia significativa en torno a este tema?

Codificación

A fin de preservar la identidad de los informantes, se tomarán en cuenta el orden en que se realizó la entrevista (1, 2, 3, 4), el nivel de profesión (enfermero/licenciado), el sexo (femenino/masculino), la edad en años, la antigüedad en la profesión y la antigüedad en el servicio.

Quedan identificados de la siguiente manera: {1 E F 37 4 - 2 E F 58 11 - 3 LE F 39 12 - 4 E M 31 2}

Matriz con análisis de datos

Pregunta 1	¿Considera importante brindar cuidados espirituales al paciente en estado crítico?					
N° COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	REDUCCIÓN 1	REDUCCIÓN 2	REDUCCIÓN 3	REDUCCIÓN 4
1 E F 37 4	Si, sisi. porque eso también entra dentro del cuidado humanitario de enfermería.	Lugar: al aire libre, fuera del hospital. Iniciamos la entrevista a las 12:30 hs y finalizamos a las 12:55 hs. Se observa nerviosismo en la entrevistada al comienzo.	“Cuidado humanitario de enfermería”	Se relaciona el cuidado espiritual con el cuidado humanitario, propio de enfermería.	Los informantes manifiestan la importancia del cuidado espiritual como parte del cuidado humanitario de enfermería, y valorando la importancia de la hablarle al paciente, a pesar de su estado crítico, y la familia. Uno de los informantes refiere	Importancia del cuidado espiritual, como parte del cuidado humanizado, basado en la escucha, atención integral, observación del paciente y contención de la familia.
2 E F 58 11	Para mi sí, así esté entubado, porque viste que el oído es lo último que, dicen, no sé si lo habrán comprobado o no, pero yo pienso que ellos escuchan. Y yo sé que escuchan por una experiencia que tuve hace mucho tiempo en la Española, ¿viste? Así que yo pienso que sí, es muy importante. Vos sabes que una señora estaba entubada, y el turno anterior no se dió cuenta seguramente, y le apretó tanto	Lugar: al aire libre, fuera del ámbito hospitalario, en una confitería con mesas afuera. El día soleado, estamos a la sombra. Iniciamos la entrevista a las 16:30 hs	“Ahí entendí que ellos escuchan, que saben, que entienden todo, y no pueden transmitir el dolor. Por eso es muy importante que vos estés atenta, ya sea a los ojos, la boca, la nariz, si	Paciente como ser holístico, totalmente dependiente del cuidado de enfermería. Sentido de la audición como el último sentido que se pierde.	que lo considera importante, a pesar de no tener claridad sobre cómo brindar este cuidado. Se relaciona el cuidado espiritual con el cuidado humanizado, teniendo en cuenta a la persona como ser holístico, y sus creencias, incluyendo a la familia.	

	<p>el tubo, le anudó tanto, que le apretaba la cara y le presionaba tanto. Y yo vengo a tomar el turno, a tomar los controles, y la veo viste? Y a mi me, bueno, como yo soy re sensible, me largué a llorar. Yo dije “cómo nadie se da cuenta!, le está apretando la cara.” Entonces la nombré por su nombre, ponele Irma, “Irma, no te preocupes, ahora te voy a sacar esto, qué se yo”, y bueno, le masajeeé y bueno. Mi compañero me miraba asustada como diciendo “a esta qué le pasa, porqué llora?” (<i>risas</i>). Pero bueno, y soy así. Entonces bueno, yo le digo “Irma, ya queda poquito para que te saquen el tubo, así que no te preocupes, ahora vamos a hacer más flojito”. Le puse unas gasas, le puse crema, bueno. Cuando ella se despierta, ponele que a las 48 horas, y yo le digo “hola Irma, cómo estás?”, vos sabés que se sentó, ¡de la cama, se sentó! y me abrazó. Y yo ahí entendí que ellos escuchan, que saben, que entienden todo, y no pueden transmitir el dolor. Por eso es muy importante que vos estés</p>	<p>y finalizamos a las 17:10 hs.</p> <p>Desde el primer momento, su actitud es amplia y abierta a compartir anécdotas y reflexiones.</p> <p>Esta experiencia responde, a su vez, a la pregunta 5 de la entrevista.</p>	<p>está mucho tiempo apoyado de un lado... Todo eso es tan importante y aparte hablarle. Y hablarle, que si cree en Dios, que tenga fé, o que rece”</p>			
--	--	--	---	--	--	--

	<p>atenta, ya sea a los ojos, la boca, la nariz, si está mucho tiempo apoyado de un lado... Todo eso es tan importante y aparte hablarle. Y hablarle, que si cree en Dios, que tenga fé, o que rece, viste? Por ahí cada uno tiene su religión. Esa sería, esa fue la experiencia.</p>					
3 LE F 39 12	<p>Em, sí, sí, sí considero importante. A veces, por ejemplo, los pacientes bueno no están lúcidos y también es importante que está ahí la familia igual. O sea incluirla...pero el paciente que está lúcido también... para mí sí, es muy importante.</p>	<p>Lugar: office de médicos, en horario de trabajo. Iniciamos la entrevista a las 15:40 hs y finalizamos a las 15:55 hs.</p>	<p>“A veces, por ejemplo, los pacientes bueno no están lúcidos y también es importante que está ahí la familia igual”</p>	<p>Destaca la importancia de incluir a la familia en el cuidado espiritual.</p>		
4 E M 31 2	<p>Eh, sí lo considero importante, pero no estaría sabiendo cómo llevar a cabo un cuidado espiritual, porque yo no soy una persona muy espirituosa que digamos. Pero sí me gustaría.</p>	<p>Lugar: office de enfermería, en horario de trabajo. Tenemos una interrupción a mitad de la entrevista.</p>	<p>“No estaría sabiendo cómo llevar a cabo un cuidado espiritual, porque yo no soy una persona muy espirituosa”</p>	<p>Comenta que lo considera importante y le gustaría brindarlo, pero refiere que no tiene conocimientos sobre espiritualidad.</p>		

Categoría 1: Importancia del cuidado espiritual basado en la escucha, atención integral, observación del paciente y contención de la familia

Pregunta 2 ¿De qué manera tiene en cuenta las necesidades espirituales del paciente en estado crítico?						
N° COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	REDUCCIÓN 1	REDUCCIÓN 2	REDUCCIÓN 3	REDUCCIÓN 4
1 E F 37 4	Bueno, primero conociendo la historia del paciente, porque hay que respetar cada creencia de cada paciente, no?. Cada paciente es único y cada paciente cree en distintas cosas. Dependiendo de eso sí, ahí puedo yo, ya con solo escucharlo... respetando eso, las creencias del paciente.	Piensa al principio la respuesta. Podría haber repreguntado "¿cómo?"	"hay que respetar cada creencia de cada paciente" "Cada paciente es único y cada paciente cree en distintas cosas" "ya con solo escucharlo... respetando eso, las creencias del paciente"	El paciente es único y cada paciente tiene distintas creencias. Historia de vida de la persona. Importancia de la escucha y el respeto de sus creencias.	Se destaca la importancia de la comunicación, tanto referido a la escucha como a hablarles, y de la observación como instrumentos para identificar las necesidades de los pacientes, focalizando en su bienestar y comodidad.	Importancia de la comunicación, focalizando en el bienestar, tranquilidad y comodidad del paciente, como ser holístico.
2 E F 58 11	Tenés que observar mucho, prestar mucha atención, todo su cuerpito, viste? Si tiene la boca seca, si ves que la lengua...por eso es todo, es su todo.	Me llama la atención el término "es su todo"	"Tenés que observar mucho, prestar mucha atención... es todo, es su todo"	Persona como un todo. Observación detallada del paciente.		
3 LE F 39 12	Primero se habla con la familia o con el paciente, en caso que no esté, digamos, crítico o entubado, que no pueda comunicarse. Y depende de sus necesidades, porque a veces son diferentes a las nuestras, porque tenemos que tener en cuenta lo que ellos piensan, es lo que uno		"Primero se habla con la familia o con el paciente" "Y depende de sus necesidades (...) porque tenemos que tener en cuenta	Inclusión de la familia en primera instancia, como mediadores y como comunicadores. La voz de los pacientes, cuando están entubados.		

	<p>responde. Por ejemplo, no sé, a veces quieren un sacerdote, un pastor, y a pesar que uno no cree, ponele. Ciertas cosas sí y otras no, uno incluye eso y le da también permiso, autorización para que ellos ingresen, respetando también sus necesidades espirituales, con respecto a ese aspecto. Pero, mmm, sí, es importante. Para ellos es importante igual.</p>		<p>lo que ellos piensan, es lo que uno responde. Por ejemplo, no sé, a veces quieren un sacerdote, un pastor, y a pesar que uno no cree”</p>	<p>Saber lo que piensan, necesitan y comunican los pacientes.</p>		
4 E M 31 2	<p>La manera que los tengo en cuenta es hablándoles constantemente, preguntándoles cómo están, tratando de acompañarlos, viste? Tratando de ser buena onda. No quedar pesado igual. Viste que a veces caes haciéndote el buenito, y los viejos están re mal. Y tratar de satisfacerlos en todas las necesidades que ellos tengan, que se sientan cómodos. Si los pacientes en estado crítico tienen alguna creencia o algo, tratar de que esté presente para ellos, para que estén más tranquilos. Como los viejitos que les dejan las estampitas y si ellos están felices con sus cosas ahí, y los representa, y les trae satisfacción, bueno. Estoy de acuerdo con eso. O</p>		<p>“La manera que los tengo en cuenta es hablándoles constantemente , preguntándoles cómo están, tratando de acompañarlos... que se sientan cómodos. Si los pacientes en estado crítico tienen alguna creencia o algo, tratar de que esté presente para ellos, para que estén más tranquilos”.</p>	<p>Importancia de hablarle al paciente, hacerle preguntas, preocuparse por su bienestar y comodidad.</p>		

	que les dejen colgaditos los rosarios y ellos se sientan bien. Estoy de acuerdo en todos los aspectos que le hagan bien al paciente, para un mejor bienestar.					
Categoría 2: Relevancia de la comunicación, focalizando en el bienestar, tranquilidad y comodidad del paciente, como ser holístico.						
Pregunta 3	¿Cómo atiende las diferentes creencias o religiones que profesan los pacientes, a la hora de brindar cuidados?					
N° COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	REDUCCIÓN 1	REDUCCIÓN 2	REDUCCIÓN 3	REDUCCIÓN 4
1 E F 37 4	Y, principalmente respetando, respetando cada creencia de cada paciente. También viendo el entorno del paciente, cada paciente tiene familiares. A veces no se puede hablar con el paciente en estado crítico, se puede hablar con la familia, cosa que ya nosotros nos vamos preparando en el momento que el paciente ponele, es extubado y ya sabemos, ya estudiado que vamos a, con respecto al tema espiritual, qué apoyo darle al paciente. Con el simple hecho de escucharlo, escucharlo y eso, respetando sus creencias.	Faltó la repregunta de ¿cómo respeta cada creencia?	“Respetando cada creencia de cada paciente. También viendo el entorno del paciente” “Nosotros nos vamos preparando en el momento que el paciente es extubado y ya sabemos, con respecto al tema espiritual, qué apoyo darle al paciente. Con el simple hecho de escucharlo”	Familia como fuente de información. Entorno del paciente Entrevista Preparación para la extubación Escucha activa	Se evidencia la escucha activa del paciente, la referencia al religioso como fuente de saber y decisión, permitiendo el ingreso según la situación del paciente, y utilizando la empatía como un modo de considerar sus necesidades espirituales. Se pueden originar conflictos entre las creencias del enfermero y del paciente, pero se busca la empatía.	Importancia de la escucha activa y la atención de las necesidades espirituales, mediada por la situación del paciente y la empatía.
2 E F 58 11	Bueno, en ese sentido, yo este, hay muchas personas	No estoy de acuerdo con	“Hay muchas personas que	Lugar del referente religioso como		

	<p>que no creen en Dios, ¿viste? Bueno, vos respetás su lugar. Pero en caso de que están dormidos, por ejemplo, nos tocó otro caso, de que llegó un cura a dar la unción de los enfermos. No hace falta que estén al borde de la muerte, sino es como para mejorar su estadía o como si tienen...y había uno que no, pero él estaba dormido. Entonces yo le dije al cura, al cura no, al párroco, padre, no sé, le dije que si se le podía dar a él también, porque él no cree. Dice "sí, se le puede dar, si cree o no cree", y después bueno, es como en caso de que pase algo, que se vaya tranquilo. Ese es mi punto de vista. Entonces bueno, el señor no creía y le dimos, y yo me puse al lado.</p>	<p>la decisión tomada por el religioso y la enfermera, porque considero que no se respetó al paciente en su creencia.</p>	<p>no creen en Dios... Bueno, vos respetás su lugar. Pero en caso de que están dormidos, por ejemplo, nos tocó otro caso, de que llegó un cura a dar la unción de los enfermos. Entonces yo le dije al cura, al cura no, al párroco, padre, no sé, le dije que si se le podía dar a él también, porque él no cree. Dice "sí, se le puede dar, si cree o no cree".</p>	<p>fuente de saber y de decisión espiritual.</p>		
<p>3 LE F 39 12</p>	<p>Primero se habla con la familia o con el paciente, en caso que no esté, digamos, crítico o entubado, que no pueda comunicarse. Y depende de sus necesidades, porque a veces son diferentes a las nuestras, porque tenemos que tener en cuenta lo que ellos piensan, es lo que uno responde. Por ejemplo, no sé,</p>	<p>La responde en la pregunta 2</p>	<p>"A veces quieren un sacerdote, un pastor, y a pesar que uno no cree, ponele. Ciertas cosas sí y otras no, uno incluye eso y le da también permiso,</p>	<p>Ingreso irrestricto Flexibilización de horarios</p>		

	a veces quieren un sacerdote, un pastor, y a pesar que uno no cree, ponele. Ciertas cosas sí y otras no, uno incluye eso y le da también permiso, autorización para que ellos ingresen, respetando también sus necesidades espirituales, con respecto a ese aspecto. Pero sí, es importante. Para ellos es importante igual.		autorización para que ellos ingresen, respetando también sus necesidades espirituales”			
4 E M 31 2	He atendido a estos que son...los testigos de Jehová, no son? los que no se pueden transfundir? Y que hay que comprenderlo, y que tienen que pasarse la medicación esa subcutánea, que duele cualquier cantidad. Y si se acepta, pero bueno, también hay que lidiar con el dolor. Yo me acuerdo de esa pobre mujer. El pinchazo que era todos los días en el brazo, ponérselo y sufriendo, tan solo pudiendo hacerse una simple transfusión. Y no sé porqué esa, esas religiones van en contra de esa, de esas maniobras pero para evitar tanto dolor capaz que me pondría y le pasaría una unidad. Mal, sufrís un montón.	Me llama la atención el comentario sobre que le administraría una unidad igual, con tal de evitarle el dolor de la persona. No estoy de acuerdo.	“Los testigos de Jehová, no son? los que no se pueden transfundir? Y que hay que comprenderlo, y que tienen que pasarse la medicación esa subcutánea, que duele cualquier cantidad. Y si se acepta, pero bueno, también hay que lidiar con el dolor”	Búsqueda de empatía		
Categoría 3: La escucha activa y la atención, mediada por la situación del paciente, en torno a la empatía.						

Pregunta 4 ¿Qué entiende por espiritualidad?						
Nº COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	REDUCCIÓN 1	REDUCCIÓN 2	REDUCCIÓN 3	REDUCCIÓN 4
1 E F 37 4	Espiritualidad. Yo no lo entiendo como muchas personas creen, que lo espiritual solo se basa en la religión. La espiritualidad también tiene que ver con cómo se siente uno mismo por dentro... Aah, no me sale. Es complejo. Si, eso, que no solamente se relaciona con la religión, sino todo lo que tiene que ver con la parte interna de cada persona.	Observo la dificultad para colocar en palabras los conceptos abstractos.	“Yo no lo entiendo como muchas personas creen, que lo espiritual solo se basa en la religión. La espiritualidad también tiene que ver con cómo se siente uno mismo por dentro”	Concepto de espiritualidad como un término complejo, más amplio que el de religión. Se refiere a una sensación interna.	Se evidencia cierta dificultad a la hora de conceptualizar la espiritualidad. Se la concibe como un término que abarca a la religión, y se lo relaciona con la sensación de bienestar, tranquilidad y calma, asociada a los valores y creencias de las personas. El rol de enfermería aparece como un apoyo y un nexo entre esas necesidades y la familia o el médico, a fin de poder atenderlas.	Espiritualidad como término amplio y complejo que abarca la religión y se relaciona con una sensación interna de bienestar y diferentes creencias, valores y prácticas, en el que enfermería es un nexo entre el paciente y la familia.
2 E F 58 11	Y que, en ese punto, ellos están indefensos, entonces vos sos el nexo importante de tomarle la mano, de hacerlo sentir bien, de como yo te decía decirle al oído que rece, que ya falta poco para que esté mejor, que tenga fé. Eso, es muy importante la audición. Por eso, yo pienso que mientras están dormidos, sos vos el nexo. De ahí después si cree o no cree, o que sé yo, pero es muy importante que ellos no se sientan solos en ese lapso que están, porque vos no sabés dónde están. Algunos no se acuerdan después del midazolam, o la		“Ellos están indefensos, entonces vos sos el nexo importante de tomarle la mano, de hacerlo sentir bien, de como yo te decía decirle al oído que rece, que ya falta poco para que esté mejor, que tenga fé” “Somos muy importantes nosotras como	Enfermería como un “nexo”, un mediador entre el paciente y la familia, entre el paciente y el médico. Resalta el valor del rol de enfermería. Importancia de la observación.		

	<p>medicación que le pasan, ni se acuerdan. Pero bueno, no importa. Pero vos fijate esta señora cómo se acordó. O sea, se ve que la voz. Así que por eso es muy importante. Somos muy importantes nosotras como enfermeras, en todo sentido. Sí, es muy importante, porque por ahí al familiar se le escapa, o está en su, en su, está cansado, está triste, entonces hay muchos detalles importantes que se le escapan al familiar. Pero estás vos del otro lado, viendo lo que está pasando.</p>		<p>enfermeras, en todo sentido. Porque por ahí al familiar se le escapa, o está cansado, está triste, entonces hay muchos detalles importantes que se le escapan al familiar. Pero estás vos del otro lado, viendo lo que está pasando”</p>			
3 LE F 39 12	<p>Bueno, no solamente lo que es el sacerdote o pastor, no solamente eso la parte espiritual, digamos en ese aspecto. Sino también todo lo que esa persona necesita. No sé cómo decirlo. Espiritual, como lo que para esa persona es importante, para esa persona X, qué es importante para ella. Que a veces nosotros eee, viene la familia en otro horario, en otro turno, y nosotros lo dejamos pasar igual. Si para esa persona es importante pasan a cualquier hora. Si vienen a las doce de la noche, o si vienen a</p>	<p>Busca ampliar el concepto de espiritualidad</p>	<p>“No solamente lo que es el sacerdote o pastor. Sino también todo lo que esa persona necesita. No sé cómo decirlo. Espiritual, como lo que para esa persona es importante”</p>	<p>Espiritualidad vinculada a la religión. Espiritual: lo que es importante para el paciente, lo que tiene valor para esa persona.</p>		

	cualquier hora, nosotros lo dejamos pasar igual.					
4 E M 31 2	<p>Qué entiendo yo por espiritualidad?... yo entiendo ¿cómo puede ser? en el estado de bienestar que se siente una persona ...una persona logra un bienestar teniendo una cierta creencia o, o haciendo alusión, o pensando en algo que le hace bien. Eso es lo que en realidad lo tranquiliza. Calculo que la espiritualidad viene por esa mano.</p> <p>Algo que te hace bien, te... te da contención, que vos decís, bueno, puedo acudir acá, a esto, a esta taza y contemplarla, y me voy a sentir bien. Pero bueno, hay gente que piensa eso...si, si...pienso eso.</p>	<p>Piensa al principio. Luego, utiliza un objeto (una taza) para intentar explicar el concepto en forma gráfica.</p>	<p>“Estado de bienestar que siente una persona ...una persona logra un bienestar teniendo una cierta creencia o haciendo alusión, o pensando en algo que le hace bien. Eso es lo que en realidad lo tranquiliza”</p>	<p>Espiritualidad como aquello que genera bienestar y tranquilidad</p>		
Categoría 4: Espiritualidad como un término amplio y complejo, donde la enfermera es mediadora entre el paciente y la familia.						
Pregunta 5	¿Ha tenido contacto con pacientes que necesitaron de un cuidado espiritual? (Repregunta: ¿qué enseñanza le dejó?)					
N° COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	REDUCCIÓN 1	REDUCCIÓN 2	REDUCCIÓN 3	REDUCCIÓN 4
1 E F 37 4	<p>Por la manera en que escuché que muchos pacientes se expresaban, sí, si si si. Ya con el simple hecho de escucharlo, ya te das cuenta. Que por más que el paciente no te lo pida,</p>	<p>Evoca el recuerdo de una situación con un paciente.</p>	<p>“Ya con el simple hecho de escucharlo, ya te das cuenta” “Me tocó una vez, en un</p>	<p>Importancia de la escucha, de observar y darse cuenta (intuición).</p>	<p>La identificación de la necesidad de cuidado espiritual se realiza a través de la observación, la entrevista, la escucha,</p>	<p>Valor de la intuición, la empatía y la sensibilidad en el reconocimiento y la atención de las</p>

	<p>te das cuenta si necesita algún apoyo espiritual, siempre y cuando respetando la creencia de cada paciente.</p> <p>Me tocó una vez, en un paciente que estaba en su lecho de muerte, que él me pedía que le... porque él me preguntaba si yo creía en Dios. Yo le dije que sí. Ya a su vez, me manifestaba miedo.</p> <p>Me acuerdo de un paciente que estaba internado ahí en cama 3, hace mucho. Me manifestaba miedo y me pidió que yo le hablara de Dios (sonríe) posta. Me pidió que le hablara de Dios, y yo le dije que sí, yo sí creo. Creo y le pregunté qué, si quería que le hable, qué es lo que exactamente quería que le hable. Y él me dijo: no sé, sabés algún versículo de la biblia. Y ahí yo le dije uno, que eran unos salmos que le había dicho. Y que lo leyera y se lo dije en ese momento. Y él como que no podía dormir, y yo se lo dije, y al rato estaba durmiendo. Pero a su vez también necesitaba a los familiares él. Quería estar acompañado de la familia. Pero yo le expliqué, que era</p>	<p>Sonríe al recordarlo.</p> <p>Repregunto: ¿Cómo te das cuenta?</p>	<p>paciente que estaba en su lecho de muerte, me preguntaba si yo creía en Dios. Yo le dije que sí. Ya a su vez, me manifestaba miedo”</p> <p>“Me dijo: no sé, sabés algún versículo de la biblia. Y ahí yo le dije uno, que eran unos salmos que le había dicho. Y él como que no podía dormir, y yo se lo dije, y al rato estaba durmiendo. Pero a su vez también necesitaba a los familiares él. Quería estar acompañado de la familia”</p> <p>“Eso me enseñó también a observar más a las personas, a</p>	<p>Necesidad del paciente de hablar de Dios, de que le lean la biblia, de manifestar emociones (miedo, en este caso), de estar acompañado, de contacto, de ser escuchado.</p> <p>Importancia de realizar una entrevista exhaustiva para conocer más sobre sus creencias y valores.</p>	<p>la sensibilidad y la intuición. El cuidado espiritual abarca la atención de necesidades como: hablar de Dios, leer textos religiosos, expresar emociones, sentirse acompañado, ser escuchado, no sentir dolor, morir dignamente.</p> <p>La atención se realiza humanizando el cuidado, llamando a la persona por su nombre.</p>	<p>necesidades espirituales.</p>
--	---	--	---	--	--	----------------------------------

	<p>un turno en el que no se recibía visitas, que al día siguiente iba a recibir la visita. Es que yo creo que él lo manifestó, que necesitaba ayuda. Hay muchos pacientes que no lo manifiestan. Y bueno, eso me enseñó también a observar más a las personas, a escucharlos más. Ponele, él me manifestó que él necesitaba eso, pero hay pacientes que no, y ahí yo empiezo con las preguntas, preguntarle si necesita algo, qué es lo que le gusta hacer, a qué se dedica en su tiempo libre antes de estar internado. Le hago preguntas, si recurría a algún lugar donde se reunía con personas y qué hacían ahí. Y ahí ya me voy enterando si él hacía, no sé, yoga, o si iba a alguna iglesia o algo. Igual a veces, viste, cuando un paciente está orientado, lúcido, se puede preguntar directamente si él cree en alguna religión.</p>		<p>escucharlos más. “él me manifestó que él necesitaba eso, pero hay pacientes que no, y ahí yo empiezo con las preguntas, preguntarle si necesita algo, qué es lo que le gusta hacer, a qué se dedica en su tiempo libre antes de estar internado”</p>			
2 E F 58 11	<p>Vos sabes que una señora estaba entubada, y el turno anterior no se dió cuenta seguramente, y le apretó tanto el tubo, le anudó tanto, que le apretaba la cara y le</p>	<p>Esta experiencia la cuenta al comienzo de la entrevista, con la</p>	<p>“Una señora estaba entubada, y el turno anterior no se dió cuenta seguramente, y</p>	<p>Empatía con el paciente, ante el dolor.</p> <p>Sensibilidad</p>		

	<p>presionaba tanto. Y yo vengo a tomar el turno, a tomar los controles, y la veo viste? Y a mi me, bueno, como yo soy re sensible, me largué a llorar. Yo dije “cómo nadie se da cuenta!, le está apretando la cara.” Entonces la nombre por su nombre, ponele Irma, “Irma, no te preocupes, ahora te voy a sacar esto, qué se yo”, y bueno, le masajeeé y bueno. Mi compañero me miraba asustada como diciendo “a esta qué le pasa, porqué llora?” (risas). Pero bueno, y soy así. Entonces bueno, yo le digo “Irma, ya queda poquito para que te saquen el tubo, así que no te preocupes, ahora vamos a hacer más flojito”. Le puse unas gasas, le puse crema, bueno. Cuando ella se despierta, ponele que a las 48 horas, y yo le digo “hola Irma, cómo estás?”, vos sabés que se sentó, ¡de la cama, se sentó! y me abrazó. Y yo ahí entendí que ellos escuchan, que saben, que entienden todo, y no pueden transmitir el dolor. Por eso es muy importante que vos estés atenta, ya sea a los ojos, la boca, la nariz, si está mucho</p>	<p>primera pregunta. Se agrega la repregunta. Se emociona mientras recuerda los sucesos, lo cual se evidencia a través de su mirada.</p>	<p>le apretó tanto el tubo, le anudó tanto, que le apretaba la cara y le presionaba tanto. Y yo vengo a tomar el turno, a tomar los controles, y la veo viste? me largué a llorar” “Entonces la nombré por su nombre, ponele Irma, “Irma, no te preocupes, ahora te voy a sacar esto” “Cuando ella se despierta, ponele que a las 48 horas, y yo le digo “hola Irma, cómo estás?”, vos sabés que se sentó, ¡de la cama, se sentó! y me abrazó. Y yo ahí entendí que ellos escuchan, que saben, que entienden todo,</p>	<p>Llamar por el nombre al paciente, hablarle. Cuidar los detalles. Comprensión. Estar alerta, atento, presente. Hablar con el paciente, alentarlo. Satisfacción personal. Deber ser de Enfermería.</p>		
--	---	---	---	---	--	--

	<p>tiempo apoyado de un lado... Todo eso es tan importante y aparte hablarle. Y hablarle, que si cree en Dios, que tenga fé, o que rece, ¿viste? Por ahí cada uno tiene su religión. Esa sería, esa fue la experiencia. La enseñanza sería que bueno, uno tiene que estar más alerta a los cuidados, y por ahí uno anda de mal humor y qué se yo, pero en el trabajo vos tenés que dedicarte pura y exclusivamente a ver en los detalles, ¿viste? Y como experiencia, es como una satisfacción personal. Eso es, una satisfacción linda, que no es pago, no es dinero, no. Es una satisfacción de que vos cumpliste como corresponde. Es mi manera de pensar.</p>		<p>y no pueden transmitir el dolor. “Todo eso es tan importante y aparte hablarle. Y hablarle, que si cree en Dios, que tenga fé, o que rece” “La enseñanza sería que uno tiene que estar más alerta a los cuidados” “en el trabajo vos tenés que dedicarte pura y exclusivamente a ver en los detalles” “Y como experiencia, es como una satisfacción personal. Es una satisfacción de que vos cumpliste como corresponde”.</p>			
3 LE F 39 12	Emmm, bueno, espiritual por ejemplo. Hay personas que vienen y le hacen, que yo veo,		“Hay personas que vienen y le hacen, que yo	Espiritual vinculado a la		

	<p>que le hacen reiki, o le hacen, le tiran esas energías o vibras, no sé cómo decirlo...o que llaman para el sacerdote, eso que te comentaba, o pastor...o... esa persona X que ellos necesitan. Pero si todos, o sea en un momento piden esa, esa parte. Necesitan de esa parte igual. Los familiares más que nada... manifiestan eso. Capaz que el paciente a veces no, pero ellos piden, como que hablan por el paciente, que no puede pedirlo, y nosotros lo respetamos. Pueden pasar igual, esa persona o...</p>		<p>veo, que le hacen reiki, o le hacen, le tiran esas energías o vibras, no sé cómo decirlo...o que llaman para el sacerdote, eso que te comentaba, o pastor...o... esa persona X que ellos necesitan” “Capaz que el paciente a veces no, pero ellos piden, como que hablan por el paciente, que no puede pedirlo, y nosotros lo respetamos”.</p>	<p>energía, las “vibras”.</p> <p>Menciona distintas prácticas que realiza la familia, referidas a las creencias.</p>		
4 E M 31 2	<p>Sí, he hablado con personas que han tenido necesidades espirituales. Ellos te manifiestan como que... siempre hacen alusión a Dios o me aconsejan a mí, como que las cosas que uno tiene que hacer en la vida para para que tengamos un...cómo te lo puedo decir...un mejor...muerte tranquila, no?</p>		<p>“Sí, he hablado con personas que han tenido necesidades espirituales. Ellos te manifiestan como que... siempre hacen alusión a Dios o me aconsejan a</p>	<p>Cuidado recíproco hacia el paciente, donde no solo el paciente es el receptor del cuidado, sino que el enfermero es aconsejado, traspasado por la situación de cuidado.</p>		

<p>se podría decir eso? una mejor muerte. Me han hablado pero no sé si eran pacientes, uno lo interpreta como si están desorientadas o están...me pasó una vez con una señora que era muy viejita que estaba en cama 2. Siempre le hablaba, y le hablaba de mí a la familia, y era re católica la viejita igual. Bueno, yo, en mi familia son todos re católicos igual. Y, después cuando se murió me trajeron una cartita personalizada con mi nombre, todo. Es porque yo la escuchaba no más. Tan solamente el escuchar es como que a ella le hacía bien y... me trajeron una cartita. Me pidieron una foto, la hija...me saqué una foto con la hija. Nada que ver...y no, y eso. Repregunta: No sé qué tipo de enseñanza, eh, no...a comprender y entender los distintos puntos de vista de las personas. Bueno, igual, los pacientes conmigo pueden hablar de todo, porque no tengo drama de hablarles...soy muy accesible en eso.</p>		<p>mí, como que las cosas que uno tiene que hacer en la vida para para que tengamos una muerte tranquila” “Me pasó una vez con una señora que era muy viejita... Siempre le hablaba, y le hablaba de mí a la familia. Y, después cuando se murió me trajeron una cartita personalizada con mi nombre, todo. Es porque yo la escuchaba no más”</p>	<p>Menciona la “muerte tranquila” Reconocimiento por parte de la familia por el cuidado brindado, que se basaba, según el enfermero, en que la escuchaba “no más”.</p>	
--	--	---	---	--

Categoría 5: Valor de la intuición, la empatía y la sensibilidad en el reconocimiento y la atención de las necesidades espirituales del paciente y la familia.

Pregunta 6 ¿Ha tenido experiencias que hayan cambiado sus creencias o valores en relación a la espiritualidad?						
N° COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	REDUCCIÓN 1	REDUCCIÓN 2	REDUCCIÓN 3	REDUCCIÓN 4
1 E F 37 4	Cambiado no tanto, pero incluir sí. Incluir ciertos valores, como te decía antes que lo espiritual no solo se basa en una religión, sino incluir todo lo que estás vos por dentro. Más generalizado, pero cambiado no, lo incluí.	Pide que le repita la pregunta. No aclara qué valores nuevos incluyó ni las experiencias que la llevan a ampliar su concepción de espiritualidad	Cambiado no tanto, pero incluir sí. Incluir ciertos valores.	Inclusión de valores diferentes.	El cambio viene dado por inclusión de valores nuevos, la aceptación y la adaptación en distintas situaciones, a la vez que se identifica a la espiritualidad como algo que ya viene dado, que está incorporado en la persona y que tiene que ver con experiencias personales.	Inclusión de nuevos valores y percepciones, vinculados a la espiritualidad, a través de la aceptación y adaptación en distintas situaciones.
2 E F 58 11	No, yo pienso que no, porque vos ya lo tenés eso incorporado, por ahí te vas adaptando a lo que va pasando. A pesar de la ingratitud o lo que sea, uno sigue igual.		“No, yo pienso que no, porque vos ya lo tenés eso incorporado, por ahí te vas adaptando a lo que va pasando”	Adaptación a las distintas situaciones. Espiritualidad como algo incorporado		
3 LE F 39 12	No, no que haya cambiado sino que uno como que amplía ese campo de...o esa visión de espiritualidad también por ellos, también. Capaz que uno pensaba, yo por ejemplo, soy más de la parte por ejemplo que es catolicismo, todo eso, uno llama al sacerdote, otro		“Uno como que amplía ese campo de...o esa visión de espiritualidad también por ellos”	Asocia espiritualidad con las creencias religiosas (catolicismo, evangelismo) y el cambio vinculado a la aceptación y el		

	por ahí llama al pastor o...pero, no es que me haya cambiado, sino que es respetar a la otra persona.			respeto de las creencias del otro.		
4 E M 31 2	Bueno, el espíritu viene de un ser de que, como que, un ente que no es de... físico pero que existe...eso se refiere el espíritu no? a lo espiritual, viene de ahí... Yo lo que...mmm...he tenido contacto con espíritus, pero no me han cambiado mis creencias y eso. He escuchado cosas, yo...me ha pasado una experiencia que a mí se me murió un amigo en mi casa, al lado mío... y el día, bueno, yo, yo le dije a mi mamá el día que explotó la moto y eso, que yo iba a arreglar el quincho. Yo no quería que venga ningún albañil, yo lo quería arreglar porque yo...nosotros con mi amigo eramos una...yo a él lo conozco de los 2 o 3 años, y hacíamos todo el día cagadas, eramos todo el día, muy maldadosos...y bueno, yo le decía, pensaba por dentro, y le hablaba a él: "mira la cagada que hicimos, no lo puedo creer". Hasta se murió, cobró su vida de él ...me pasaba que	Cuenta una experiencia personal, más que vinculada al ámbito laboral.	"He tenido contacto con espíritus, pero no me han cambiado mis creencias y eso. He escuchado cosas, yo...me ha pasado una experiencia que a mí se me murió un amigo en mi casa"	Concepto de espíritu y espiritualidad desde la propia experiencia. Cuenta cómo sobrellevó la muerte de su amigo, canalizando sus emociones "haciendo ejercicio, andando en bici". Cambio de percepción a partir de un suceso traumático.		

<p>cuando íbamos a...bueno, estaba toda la pared quemada, el techo, y había que sacar la primer capa de pintura, de cemento, así que le mandamos a moladoras, viste? compramos amoladoras con mi tío. Vino mi tío de Chile a hacerme el aguante y la lijamos toda, todo el quincho. Nos pasaba que la moladora andaba, no andaba, andaba, no andaba... yo pensaba por dentro: "este cabezón de mierda, que me está molestando, me viene a joder" y después como que no sé, después de ese momento yo quedé muy asustado. Yo no podía ir a mi casa, y dormía con la luz prendida, igual, no...como 5 meses dormía con la luz prendida a la noche, no podía dormir bien, me iba a la casa de mi tía. Pero no sé, después solo, sin ayuda de nadie...no sé, lo canalizaba todo mi, mis emociones haciendo no sé, andando en bici, haciendo ejercicio y ahí como que calculo que yo ahí encontraba mi relajo... pero nunca acudí ni a la iglesia, ni a ningún tipo de lugar, psicólogo, alguien que me</p>					
--	--	--	--	--	--

	<p>pueda... todos me pedían: “por qué no vas al psicólogo?” “por qué no vas a la iglesia?”, porque vos no debes estar bien, y yo, “no, yo me siento bien”, le digo... por ahí hay momentos que uno quiere estar solo, pero siempre hablo con él, lo siento así a mi amigo. Siempre que veo un aguilucho, así, un halcón, pienso que es él, porque siempre aparece un aguilucho cuando yo estoy haciendo alguna cosa que me gusta, y que me hace recordar a él, y le hablo, así... pero más que eso, espiritual es eso, lo que lo relaciono yo. No, más que eso no.</p>					
--	--	--	--	--	--	--

Categoría 6: Inclusión y aceptación de nuevos valores y percepciones, vinculados a la espiritualidad, a través de la adaptación ante distintas situaciones

Pregunta 7	¿Cree que los pacientes en estado crítico son más susceptibles a tener necesidades espirituales?					
N° COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	REDUCCIÓN 1	REDUCCIÓN 2	REDUCCIÓN 3	REDUCCIÓN 4
1 E F 37 4	<p>Sabés que me queda una duda ahí Thelma, viste que el paciente a veces está entubado. En ese momento bueno, vos podés hacer con... tocarle la mano, hablarle también, obvio que al paciente aunque esté sedado hay que hablarle. Esto con el manejo</p>	<p>Se observa cierta dificultad para pensar en las necesidades espirituales del paciente</p>	<p>“Pueden tener miedo a no despertar nunca más, en ese procedimiento”</p>	<p>Miedo a la desconocido, a la muerte.</p>	<p>El paciente crítico se enfrenta al miedo a lo desconocido, y en particular, al miedo a la muerte. Son pacientes cuyo tratamiento se basa en procedimientos invasivos y dependen</p>	<p>Situación de criticidad como predisponente a una mayor vulnerabilidad, en la que las necesidades espirituales son importantes y están</p>

	<p>del dolor, no sería tanto, sería más técnico no? Porque nosotros también observamos mucho los gestos faciales que hace el paciente. Espiritual, espiritual, yo creo que es cuando, antes de que lo intuben, ponele que el paciente está recibiendo ahí ya la información del médico, que lo va a intubar, nosotros, nuestro apoyo nuestro sería también darle unas palabras de aliento, que va a ser por un cierto tiempo, que va a ser para mejorar su medio interno de él, que descanse un poco. Sino va a estar sufriendo de falta de aire ahí. Emm, a ver, qué te puedo decir. Nada, sería eso más que todo, brindarle apoyo emocional ahí al paciente, porque todo paciente tiene miedo a lo desconocido. Y hay pacientes que nunca se intubaron y peor aún. Tienen miedo a lo desconocido. Pueden tener miedo a no despertar nunca más, en ese procedimiento. Eso, brindarle un apoyo emocional.</p>	<p>entubado, sedado. Menciona formas de llevar a cabo el cuidado espiritual en el paciente despierto, sobre todo, en los momentos previos a la intubación.</p>			<p>completamente del cuidado de enfermería. Esto los vuelve más vulnerables. La atención de las necesidades espirituales está vinculada a una muerte tranquila.</p>	<p>vinculadas a una muerte tranquila.</p>
2 E F 58 11	<p>Yo pienso que sí, porque ellos están como dependiendo el cien por cien de vos.</p>	<p>Explica a través de anécdotas</p>	<p>Yo pienso que sí, porque ellos están como</p>	<p>Dependencia del cuidado de enfermería</p>		

	<p>Totalmente, desde mover un dedo, de cambiarle el dedal, que parece una tontería, este, sienten una presión ahí. Cambiarle el dedal, porque es como que vos, o sea, es como ponerse en el lugar del paciente. Viste? Que vos... yo por ahí me iba a la casa y viste que uno, cuando duerme, te hacés doler las rodillas, al ponerte de costado... vos vas a tu trabajo, y qué hacés? le ponés almohaditas n las rodillas. Osea todas las posiciones que vos por ahí te cansás, entonces vos eso después lo ponés en práctica también, porque ellos no te lo pueden pedir. Es imposible que te lo puedan pedir. Por ahí cuando están despiertos no, porque ellos te demandan, te piden, te dicen “no, este, no, me hace doler”. Así que, bueno. Hasta de pasar una medicación, eh, porque... escucharlo, cuando están lúcidos, porque si le duele es por al... es porque realmente le duele, y bueno, que alguno te escuche no sabés como te satisface eso. Porque a mí me pasó, que yo fui a quirófano, y yo le pedí a</p>	<p>personales, que sirven de ejemplo sobre lo que sienten los pacientes y la importancia de escucharlos y validar sus sensaciones.</p>	<p>dependiendo el cien por cien de vos. Totalmente, desde mover un dedo, de cambiarle el dedal, que parece una tontería, este, sienten una presión ahí. Cambiarle el dedal, porque es como que vos, o sea, es como ponerse en el lugar del paciente.</p>			
--	--	--	--	--	--	--

	<p>la enfermera que me atendió, le pedí al médico, al anestesista, y ninguno me escuchó que me dolía el brazo cuando me...(señala su brazo izquierdo y lo frota) y yo...ninguno... cuando voy a la noche, yo le digo: "vos sabés que cada vez que me pasan medicación, me duele" y una auxiliar que había, que ahora ya no está, falleció esa señora, dice "cuando duele, hay que cambiar". Así, viste, me dijo. No sabés el alivio que sentía después. Me cambió, me rotó la vía, y eso era nada más, que te escuchen, viste? Pero bueno, a veces como, cuando sos enfermera les cuesta más, este, y más si tenés como, que tenés muchos años, piensan que vos, este, vas a hacer algo, "no, que me..." Uno tiene que ser, viste ... somos los pacientes más difíciles.</p>					
3 LE F 39 12	<p>No, yo creo que todos necesitan esa espiritualidad. Nada más que cuando están en un estado crítico, y, como que ellos, se les viene en mente todo lo que es espiritual, pero como que piensan tal vez, como que es su último momento, entonces</p>		<p>Cuando están en un estado crítico, se les viene en mente todo lo que es espiritual, pero como que piensan tal vez, como que es su</p>	<p>Espiritualidad ante la situación de criticidad</p> <p>Enfrentamiento a una posible muerte inminente</p>		

	les viene esa necesidad, de la espiritualidad. Pero todo el mundo necesita, estando crítico o no, esa espiritualidad, para mí.		último momento, entonces les viene esa necesidad, de la espiritualidad. Pero todo el mundo necesita, estando crítico o no.	Necesidad del ser humano, más allá de su estado de salud		
4 E M 31 2	Si, calculo que sí, que hay que cumplir las necesidades, porque, para que estén tranquilos ellos, puedan descansar en paz, que no se vayan con, con nada que le quedó de deuda, que puedan desahogarse, sentirse...suponele viste que hacen la unción de los enfermos los curas, y hay viejitas que son tan religiosas que, por ahí a uno no le importa, pero a ellos le hace tan bien ver al cura que los viene a bendecir o a darse su palabra, o como los pai y eso, que han venido a ver a su esposa y se relajan.	Relaciona continuamente e la espiritualidad con diferentes religiones	Si, calculo que sí, que hay que cumplir las necesidades, porque, para que estén tranquilos ellos, puedan descansar en paz, que no se vayan con, con nada que le quedó de deuda, que puedan desahogarse.	Descansar en paz Muerte tranquila Desahogo Morir sin pendientes		

Categoría 7: Situación de criticidad como predisponente a una mayor vulnerabilidad y necesidad de cuidado espiritual vinculado a una muerte tranquila.

Pregunta 8 ¿Cuáles son las cualidades como persona de un enfermero brinda un cuidado humanizado?						
N° COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	REDUCCIÓN 1	REDUCCIÓN 2	REDUCCIÓN 3	REDUCCIÓN 4
1 E F 37 4	Y, primero, sentir empatía por el otro, el sentir que puede ser un familiar que está ahí. No solamente es administrar medicamentos, sino también eso, sentir que puede ser un familiar de él el que está ahí, pasando por esa situación.		Y, primero, sentir empatía por el otro, el sentir que puede ser un familiar que está ahí.	Empatía	Las cualidades que más se destacan en un enfermera/o que brinda cuidado humanizado, son la empatía, la tranquilidad, paz, confiabilidad, el amor por lo que hace (pasión y motivación), el respeto y las habilidades comunicativas.	Relevancia de la empatía, las habilidades comunicativas y el amor por la profesión en el cuidado humanizado.
2 E F 58 11	Para mí, tranquilidad, mucha paz transmitir, y confianza brindarle que, para que... porque ellos están asustados, porque están con dolores, porque tienen miedo, porque tienen un diagnóstico de un cáncer y ellos lo saben. Así que vos tenés que traer tranquilidad, siempre transmitirle paz, y como que va a mejorar, aunque sea por ahí una mentira piadosa, pero para que ellos puedan sobrellevar el... eso es de parte mía, no? así que, bueno...		Tranquilidad, mucha paz transmitir, y confianza brindarle.	Tranquilidad Paz Confianza		
3 LE F 39 12	Eh, una de las cualidades que tienen para mi es la empatía, es poder entender a la otra persona, ponerse en el lugar de la otra persona, porque sino jamás podrían ver esas necesidades, sino pensás en		Una de las cualidades que tienen para mi es la empatía, es poder entender a la otra persona,	Empatía Amor por lo que uno hace (pasión, motivación) Respeto		

	<p>el otro digamos, pensás solamente en uno. Emmm, pero, eso es bueno, lo más importante, por ejemplo. Y son, y se nota quién sí y quién no, digamos. No sé, es tal vez el amor que le pone uno en lo que hace. Entonces, y, eso hace que respete a la otra persona, con todo, sus necesidades, no solamente espirituales.</p>		<p>ponerse en el lugar de la otra persona. Es tal vez el amor que le pone uno en lo que hace. Eso hace que respete a la otra persona, con todo, sus necesidades, no solamente espirituales.</p>			
4 E M 31 2	<p>Las cualidades de un enfermero que realiza cuidados humanizados? saber escuchar, atender las necesidades de las personas, atender a la familia igual, porque la familia influye mucho en eso, acompañarla, explicarle las cosas, eee y si se sienten bien, suponele la señora de la cama 1 tiene las estampitas esas pegadas y la familia se siente bien viendo las estampitas...el otro día se desapareció una y ya estaban como moto. Y se canalizan a través de eso, así que sí, como que tratar de tener esos cuidados ahí para mayor bienestar del paciente y de la familia.</p>		<p>Saber escuchar, atender las necesidades de las personas, atender a la familia igual, porque la familia influye mucho en eso, acompañarla, explicarle las cosas.</p>	<p>Saber escuchar Habilidades comunicativas</p>		
<p>Categoría 8: Relevancia del cuidado humanizado sostenido en la empatía, las habilidades comunicativas y el amor por la profesión.</p>						

Pregunta 9 ¿Considera que las necesidades espirituales forman parte del cuidado humanizado?						
Nº COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	REDUCCIÓN 1	REDUCCIÓN 2	REDUCCIÓN 3	REDUCCIÓN 4
1 E F 37 4	Si, si, yo lo incluiría ahí. Cuidado humanizado, porque estás respetando igual cada creencia de cada paciente. Y también decir lo que nosotros sabemos, también. Tratar de incluirle también todo lo que nosotros sabemos.		“Cuidado humanizado, porque estás respetando igual cada creencia de cada paciente. Tratar de incluirle también todo lo que nosotros sabemos”	Respeto Transmitir saberes	El cuidado humanizado y las necesidades espirituales se relacionan a través del respeto hacia el otro y sus creencias, la transmisión de saberes, y el acompañamiento, dejando a un lado los prejuicios. Uno de los informantes considera que hay que tener una formación o preparación especial para brindar el cuidado espiritual.	La espiritualidad está incluida dentro del cuidado humanizado, al respetar y acompañamiento hacia la persona, sin prejuicios.
2 E F 58 11	Yo pienso que si, es muy especial eso. Porque a veces nos toca de todo. Nos ha tocado atender hasta a un hombre que después supimos que era violador, y eso no cambió la forma de atenderlo, porque nosotros estamos para eso, para cuidar y atender a las personas, sin juzgarlas.		“Nosotros estamos para eso, para cuidar y atender a las personas, sin juzgarlas”	Cuidar y atender a las personas sin juzgarlas		
3 LE F 39 12	Para mí, están incluidas ambas cosas, porque si o si, uno va a brindar cuidado humanizado, es el respeto hacia la otra persona, también la parte de la espiritualidad. Así que yo creo que uno va de la mano del otro. Si, nunca podrían estar separados, para		“Están incluidas ambas cosas, porque si o si, uno va a brindar cuidado humanizado, es el respeto hacia la otra persona, también la parte	Respeto hacia la persona		

	mí, cuidado humanizado con la espiritualidad.		de la espiritualidad”			
4 E M 31 2	Si...aunque yo calculo que hay que estar preparado para realizar un cuidado espiritual. Yo no podría ir a ...no sabría brindar un cuidado espiritual. Simplemente trato de acompañar a la persona en , en el proceso que está atravesando, a la familia y eso... capaz que habría que...capaz si es un enfermero muy culto que sabe de todo un poco, le podría ayudar y brindar, pero no, yo no podría.	Podría haber repreguntado de qué manera podría prepararse un enfermero para brindar este tipo de cuidado.	“Hay que estar preparado para realizar un cuidado espiritual. Yo no sabría brindar un cuidado espiritual. Simplemente trato de acompañar a la persona en , en el proceso que está atravesando, a la familia y eso... capaz que habría que...capaz si es un enfermero muy culto que sabe de todo un poco, le podría ayudar y brindar”	Preparación especial para brindar un cuidado espiritual Acompañamiento		

Categoría 9: La espiritualidad incluida en el cuidado humanizado, a través del respeto y acompañamiento hacia la persona, sin prejuicios.

Pregunta 10 ¿De qué forma lleva adelante el cuidado ante los requerimientos del paciente crítico?						
N° COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	REDUCCIÓN 1	REDUCCIÓN 2	REDUCCIÓN 3	REDUCCIÓN 4
1 E F 37 4	Primero: escuchándolo. Segundo: respetando lo que dice. y ahí, este, entendiendo, tratando de entender su situación. Nada, con solo escucharlo, ya lo estás ayudando y respetando su creencia o lo que te pida.	Falta información. Repite lo mismo que en otras preguntas.	Primero: escuchándolo Segundo: respetando lo que dice. y ahí, este, entendiendo, tratando de entender su situación.	Escucha Respeto Tratar de entender Tranquilizar Tratar de entender Preguntas simples y concretas Observación de respuestas Diálogo a través de señas/gestos	Se destaca la importancia de la escucha respetuosa y de la búsqueda de la comprensión hacia el otro, a través del diálogo verbal y no verbal, y de la inclusión de la familia en su rol irremplazable. El cuidado humanizado se plantea como un deber ser de la profesión de enfermería y se enmarca dentro de un trabajo multidisciplinario.	Cuidado humanizado como el “deber ser” de enfermería y enmarcado en un trabajo interdisciplinario, que incluye a la familia.
2 E F 58 11	Y, por ejemplo, primero tranquilizarlo y tratar de entender qué es lo que me quiere decir. Y entonces vos entrás con preguntas y, que te vaya respondiendo por un sí o por un no, o que... ya sea que te apriete la mano, que te pestañee...de esa manera comunicarte para poder, este, ver qué es lo que él requiere. Y vos le mostrás, le vas mostrando “necesitás que venga la familia”, “necesitás que, eee...viste, tener el rosario en tu mano”, o “necesitás que venga el		Primero tranquilizarlo y tratar de entender qué es lo que me quiere decir. Y entonces vos entrás con preguntas y, que te vaya respondiendo por un sí o por un no, o que... ya sea que te apriete la mano, que te pestañee...de	Hablar Valor de la familia en el cuidado (rol irremplazable)		

	<p>padre”, todas esas cosas, y ellos te van a ir diciendo “si”, “no”, o si tienen dolor, viste, siempre con gestos, señas. Porque capaz que, la mayoría que están entubados, no se pueden comunicar. Una vez nos pasó que había una abuelita que quería tomar café, viste? porque ella sentía, nosotros preparábamos el café, no nos dábamos cuenta, y ella dice que tomaba todos los días a la tarde su café. Estaba operada, tenía como 90 años la abuelita, y dice “sabés que tengo unas ganas de tomar café”, yo le consultaba a mi compañera. Yo le digo: “sabés que la abuelita quiere tomar café, le podemos dar un poquito?”. “No, estás loca, cómo le vas a dar café!!?”. “Pero yo no le voy a dar una taza de café, le voy a hacer probar, en la (señala la boca)”. Bueno, esperamos que se vaya el médico y le fui a mojar la boca con una jeringuita, viste? ¡Cómo me agradecía, como que había sido el tesoro más grande. “Ay, no sabés, yo extrañaba tanto! “Gracias”, me dijo. Pero el médico nunca se enteró.</p>		<p>esa manera comunicarte para poder, este, ver qué es lo que él requiere”</p>			
--	---	--	--	--	--	--

<p>3 LE F 39 12</p>	<p>Uno, es bueno, lo más importante, es hablar con la persona, o sea estar ahí, y con la familia, incluyéndolos a ellos, porque ellos necesitan a la familia más que a nosotros. Nosotros los cuidamos, pero ellos necesitan del apoyo de ellas, porque nosotros somos desconocidos para ellos, a pesar de que uno haga lo que pueda hacer, con todo el amor o con todo lo que uno es, eh, nunca vamos a darle ese apoyo que le dan ellos, que nosotros queremos brindar pero nunca vamos a llegar a brindarles, digamos. No sé cómo decirlo, pero...para mí es eso. Porque acá están ellos solos, nos tienen a nosotros no más, y nosotros somos unos desconocidos para ellos. Así que lo importante es la familia, por eso es que uno a veces abre la visita a la hora que sea, que se yo, los quieren ver un ratito, nosotros nos hacemos un tiempo. Lo importante que es para ellos eso, una terapia a puertas abiertas, de un cuidado humanizado, de ser personas más empáticas, con ellos, algo que antes no se hacía, pero</p>		<p>Uno, es bueno, lo más importante, es hablar con la persona, o sea estar ahí, y con la familia, incluyéndolos a ellos, porque ellos necesitan a la familia más que a nosotros. Lo importante que es para ellos eso, una terapia a puertas abiertas, de un cuidado humanizado, de ser personas más empáticas, con ellos, algo que antes no se hacía, pero ya, eso se debe hacer siempre en realidad, pero bueno...</p>	<p>Terapia a puertas abiertas</p> <p>Empatía</p> <p>Deber ser de enfermería</p>		
-------------------------	---	--	---	---	--	--

	ya, eso se debe hacer siempre en realidad, pero bueno...					
4 E M 31 2	Y bueno, escuchándolos, a ellos o a los familiares, preguntando, observando qué necesitan... si tienen dolor, ayudarlos a calmarlo, avisar al médico, esas cosas.		Escuchándolos, a ellos, a los familiares, preguntando, observando...si tienen dolor, ayudarlos a calmarlo, avisar al médico.	Escucha Observación Tratamiento del dolor Trabajo interdisciplinario		

Categoría 10: Cuidado humanizado como el “deber ser” de enfermería, enmarcado en un trabajo interdisciplinario, que incluye a la familia.

Pregunta 11	¿Qué motiva a un enfermero a brindar un cuidado que tiene en cuenta las necesidades espirituales?					
N° COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	REDUCCIÓN 1	REDUCCIÓN 2	REDUCCIÓN 3	REDUCCIÓN 4
1 E F 37 4	Y...uno sería el brindar una mejor calidad de vida al paciente. Y hacer que el paciente se sienta bien. Eso me motiva. ¿Y cómo lo haces sentir bien al paciente? por empezar, volvemos a lo mismo, al saber escuchar, el saber respetar, eso, qué se yo, una sonrisa de un paciente, ver que siente más aliviado. Te motiva eso, y también a su vez eso mismo hace que el paciente se sienta bien en el medio interno también. Que se mejora su frecuencia cardíaca, su presión arterial y todo eso, con todo el apoyo que vos le brindás. Hasta puede dormir		“Uno sería el brindar una mejor calidad de vida al paciente. una sonrisa de un paciente, ver que siente más aliviado. a su vez eso mismo hace que el paciente se sienta bien en el medio interno también. el hacerlo sentir bien”	Relación directa del bienestar con la mejoría fisiológica Sonrisa del paciente Alivio Mejor calidad de vida	Los motivos principales del cuidado espiritual se relacionan con aspectos como: bienestar, alegría, mejoría, alivio, consuelo, seguridad, comodidad, confianza y tranquilidad del paciente, con el fin de asegurar los derechos del paciente y la calidad del cuidado.	El bienestar, la comodidad y la seguridad del paciente como principales motivadores del cuidado humanizado, en la defensa de los derechos del paciente.

	mejor. Eso. Te motiva eso: el hacerlo sentir bien.					
2 E F 58 11	Bueno, a nosotros lo que nos motiva es que el paciente al quedar a nuestro cuidado, porque la familia está apenas unos minutos, es este, brindarle la seguridad, acompañarlo y para que, con todos sus miedos que ellos tienen, sus, por todo lo que está pasando...quedan exclusivamente a nuestro cuidado. Así que disponer de todo, es un todo enfermería, no solamente lo que es medicación, si no calmar el dolor, también escucharlos y brindarle si ellos tienen miedo, acompañarlos también a que se sientan cómodos y que se sientan este...¿cómo decirte?, tranquilos y seguros, también, de que quedan solos a nuestra disposición. Que ellos puedan confiar. Entonces uno los ayuda en esa parte también, aparte todo lo que vos escuchás de ellos, que si perdieron un hijo, que si...todas sus situaciones que le llevaron a esa enfermedad y aparte... O si le diagnosticaron un cáncer, acompañarlos con esa parte, que sea más leve.		“Brindarle la seguridad, acompañarlos también a que se sientan cómodos y que se sientan tranquilos y seguros, también, de que quedan solos a nuestra disposición. Que ellos puedan confiar. Yo pienso que te motiva a que ellos en ese momento están como desvalidos y están entregados total y absolutamente. Es que hay muchas cosas prohibidas, que no una radio, que no un...un...pero si ellos por ahí, eee, escuchan	Brindar seguridad, comodidad, confianza y tranquilidad. acompañamiento Motivación extrínseca Vulnerabilidad del paciente crítico. Rol de defensora de los derechos del paciente.		

	<p>Y, porque no solamente, o sea, yo pienso que no tenés que ser tan fría. Este... porque vos tenés que ponerte en el lugar del paciente, y que ellos tienen sus creencias, tienen sus...y a veces con su...y respetar mucho eso...este...y yo pienso que te motiva a que ellos en ese momento están como desvalidos y están entregados total y absolutamente. Y como yo te vuelvo a decir, vos sos el nexo que tenés que estar atenta a esas situaciones, porque a veces uno con la rutina no se da cuenta o viene...no es ser automático, y ver, y medicar, y cambiar el suero, y que...pero también está la otra parte que es pero fundamental en una recuperación, así que bueno, o en la estadía que tienen ahí, que no sea tan monótona. Es que hay muchas cosas prohibidas, que no una radio, que no un...un...pero si ellos por ahí, eee, escuchan música, les hace bien. Se olvidan de sus dolores, de su todo. Y eso te motiva. Por ahí peleás un poco, pero bueno, generalmente con los que son fríos o están en contra. Nos</p>		<p>música, les hace bien. Se olvidan de sus dolores, de su todo. Y eso te motiva. Por ahí peleás un poco, pero bueno, generalmente con los que son fríos o están en contra. Nos tocó una situación con una compañera. Al señor le iban a colocar morfina. Entonces cuando yo le voy a colocar la morfina, el goteo, que se yó, agarra, me agarra la mano, me dice que no, que él quería hablar con su familia. Es como cumplirle un último deseo. Bueno, qué dice el doctor? "No" dice "acá no es lo que dice el</p>			
--	---	--	--	--	--	--

	<p>tocó una situación con E..., peor ahí nos peleamos mal, con el doctor. Al señor le iban a colocar morfina, tenía una insuficiencia cardíaca... en la última fase. No había vuelta, le faltaba el aire, estaba taquicárdico... Entonces lo único que iba a pasar con este hombre: goteo de morfina, y eran como las 12:30, 1, porque estábamos de noche. Entonces cuando yo le voy a colocar la morfina, el goteo, que se yó, agarra, me agarra la mano, me dice que no, que él quería hablar con su familia. La una de la mañana. Y yo le digo: "E..., quiere hablar con su familia. Si le damos morfina, se va a dormir, y no...". Es como cumplirle un último deseo. Y estaba desesperado el hombre, no respiraba bien, había que hacerle... "no, le consultamos al médico a ver si puede llamar a la familia, yo pienso que sí. "Si, si la llamas a mi familia, va a venir", me decía él. A la una, y yo miraba la hora, y yo digo "a esta hora no sé quién nos va a atender. Bueno, capaz que sí". Bueno, qué dice el doctor? "No" dice</p>		<p>paciente. Qué hace mi compañera? con el celular en la mano le dice: "bueno, llama usted o llamo yo?". Se puso adelante del médico.</p>			
--	--	--	---	--	--	--

<p>“acá no es lo que dice el paciente, acá, andá N... y colocale morfina”. Y yo digo: “pero el paciente quiere hablar con su familia”. “Pero son la una de la mañana, no te das cuenta el horario?”. “Pero doctor”, le digo, “el paciente quiere...” Y bueno, lo intentamos. Qué hace E..., con el celular acá (señala la mano derecha), le dice: “bueno, llama usted o llamo yo?”. Se puso adelante del médico. El médico nos iba a hacer una nota entonces, se re calentó. “Bueno, yo ahora llamo”. Pero no nos dijo: “cuando vengan, quiero hablar yo primero con ellos”. Bueno, nosotros dele esperar a la familia preocupadas. Al ratito llegó la familia, vos sabés, llegó la señora y el hijo. Entonces abrimos la puerta, y qué hacemos equivocadamente? Los dejamos pasar y que hablen, y qué se yo. “Él quería hablar con ustedes, y, porque después le van a poder una medicación, y que no puede hablar” No le dijimos todo, no? Eso ya le corresponde al médico. Así que con mucho</p>					
---	--	--	--	--	--

	<p>cuidado, bueno, los hicimos pasar y estaba agotado, y bueno. Se despidieron. Entonces yo le voy a golpear la puerta al médico (risas), yo le digo "doc, llegó la familia, está adentro". "Y quién lo autorizó a entrar?" "Y bueno, ellos querían entrar. Entraron desesperados a ver a su papá y a su esposo" "No, yo dije que yo tenía que hablar con ellos" "A mi, a nosotras, no nos dijo nada" "Con ustedes dos después voy a hablar y les voy a hacer una nota". "Bueno, haga la nota". Porque ya es como que, nos molestaba la frialdad, de que él no podía aflorar, si no iba a pasar nada con que ellos hubiesen pasado. Así que, bueno, estuvieron tranquilos, salieron. Yo le digo: "ya están afuera esperándolo". Dice "acuérdense, con ustedes dos, les voy a hacer una nota" "Hágala, cuando quiera". La dos ahí, viste, enfrentándolo, porque... Y yo le digo (al paciente) "bueno, ahora sí te tenemos que hacer la morfina, colocar el goteo, vos sabés que te vas a dormir". Re tranquilo, nos dio el brazo, le</p>					
--	---	--	--	--	--	--

	pusimos su goteo y se relajó. No costaba nada escucharlo. Siempre yo digo: escucharlo. Así que, está bien que no van a hacerle todos los caprichos, pero hay situaciones que vos te tenés que poner en el lugar.					
3 LE F 39 12	Bueno, con... ¿qué motiva a un enfermero? Digamos, lo que me motiva a mi a brindar un cuidado que tiene en cuenta las necesidades espirituales es más bien una motivación interna, digamos, como intrínseca, porque querer hacer lo mejor posible, o respetar las necesidades del paciente, tanto sea de si cree en algún capellán o algún sacerdote o la familia, o un sostén de la familia, las creencias que tiene, que pueden ser diferentes a la de uno. Brindarle consuelo, en estas etapas, digamos, terminales, incluir a la familia...eso.		“Motivación interna, digamos, como intrínseca, porque querer hacer lo mejor posible, o respetar las necesidades del paciente. Brindarle consuelo	Motivación interna, intrínseca. Hacer lo mejor posible Brindar consuelo		
4 E M 31 2	Lo que motiva es la tranquilidad mental que tiene el paciente porque si los ven tranquilos y eso.,y yo, uno pretende encontrar el bienestar del paciente, ya sea mentalmente o espiritualmente.		“Lo que motiva es la tranquilidad mental que tiene el paciente” “Uno pretende encontrar el	Tranquilidad mental Bienestar mental y espiritual		

			bienestar del paciente, ya sea mentalmente o espiritualmente”			
Categoría 11: El bienestar, la comodidad y la seguridad del paciente como principales motivadores del cuidado humanizado, en la defensa de los derechos del paciente.						
Pregunta 12	¿Considera que en todos los pacientes es importante atender a necesidades espirituales? (Repregunta: ¿Está atento el enfermero a dichas necesidades y a brindar asesoramiento al respecto?)					
N° COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	REDUCCIÓN 1	REDUCCIÓN 2	REDUCCIÓN 3	REDUCCIÓN 4
1 E F 37 4	Yo creo que sí, en todos. Si el paciente no te puede manifestar lo que siente en ese momento porque está intubado, vas y hablás con la familia, escuchás a la familia. Y la misma familia ya está preparada para cuando, ponele, el paciente sea extubado, y nosotros también. Sí, yo creo que todos los pacientes. Igual respetando siempre, porque hay pacientes que no, no te van a querer escuchar, porque hay muchos pacientes que no creen en nada. Bah, no, no muchos, sino su minoría.		Sí, yo creo que todos los pacientes. Igual respetando siempre, porque hay pacientes que no, no te van a querer escuchar, porque hay muchos pacientes que no creen en nada.	Necesidad general Respeto por creencias y por ateos Derecho	Las necesidades espirituales son innatas al ser humano y forma parte de los derechos del paciente. Sin embargo, este cuidado está ligado a las creencias del propio enfermero, a su esencia y personalidad, además de los valores, que permiten priorizan el cuidado espiritual.	Influencia de las creencias y valores del/la enfermero/a, y su personalidad en la atención a las necesidades espirituales, inherentes a todo ser humano. Enfoques filosóficos axiologicos
2 E F 58 11	Yo pienso que sí. Todos tenemos derecho. Todos por igual.		Yo pienso que sí. Todos tenemos derecho. Todos por igual.	Enfermeros ateos		

	<p>Repregunta: No todos. Algunos no más. Pero algunos no tienen creencias. No creen en Dios. Yo pienso que los que más creen en Dios, sí, pero los que son ateos no, porque he escuchado compañeros.</p>		<p>No todos. Algunos no más. Pero algunos no tienen creencias. No creen en Dios. Yo pienso que los que más creen en Dios, sí</p>			
<p>3 LE F 39 12</p>	<p>No, algunos enfermeros si, pero ya, yo creo que son la esencia de ellos igual ese brindar asesoramiento y otros, algunos enfermeros a veces están ocupados, o uno mismo está ocupado en otras cosas o en otros pacientes, entonces no tiene en cuenta nuestros tiempos, los tiempos de ellos. Pero cuando uno se hace un tiempo, o está más tranquilo, en el horario de visita, acercarse y hablar con ellos también. Pero eso está en cada uno, y cada uno es distinto... así que ...por ende no todos vamos a brindar lo mismo.</p>	<p>La primera pregunta la responde anteriormente, por lo que directamente repregunto.</p>	<p>Algunos enfermeros si, pero ya, yo creo que son la esencia de ellos igual ese brindar asesoramiento. Pero cuando uno se hace un tiempo, o está más tranquilo, en el horario de visita, acercarse y hablar con ellos también. Pero eso está en cada uno, y cada uno es distinto... por ende no todos vamos a brindar lo mismo.</p>	<p>Esencia y autenticidad de cada enfermero</p> <p>Prioridad de cuidados</p> <p>Hacerse un tiempo dentro de la rutina de trabajo</p>		

4 E M 31 2	<p>Si, en todos los pacientes, yo calculo que en todos, aunque sean personas que no se comuniquen, o personas que vos decís “este es secote, serio” o con personalidades fuertes, creo que en el fondo lo necesitan. Creo que todos lo necesitan. No lo demuestran, pero creo que sí.</p> <p>Repregunta: Yo lo que he visto que no, muy pocos, muy pocos, los compañeros o personas que le interesa eso... este..pero se trata de estar la mayor, abarcar la mayor...la mayor cantidad de cuidados para el bienestar del paciente</p>		<p>“Si, en todos los pacientes, yo calculo que en todos, aunque sean personas que no se comuniquen, o personas con personalidades fuertes, creo que en el fondo lo necesitan. “Yo lo que he visto que no, muy pocos los compañeros o personas que le interesa eso”</p>	<p>Pacientes con personalidades fuertes</p> <p>Todos lo necesitan</p> <p>Muy pocos enfermeros asesoran sobre esta cuestión</p>		
------------	---	--	--	--	--	--

Categoría 12: Influencia de las creencias y valores del enfermero/a en la atención de las necesidades espirituales del paciente.

Pregunta 13	¿Se ha encontrado con dificultades a la hora de brindar cuidados espirituales a los pacientes críticos? (Repregunta: ¿De qué forma?)					
N° COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	REDUCCIÓN 1	REDUCCIÓN 2	REDUCCIÓN 3	REDUCCIÓN 4
1 E F 37 4	<p>¿Vos decís si choqué con algún paciente? No... no muchas veces, pero si uno que otro. Como te decía, en su minoría, hay personas que no creen en nada directamente, están como ya, están enojados con la vida, no quieren escuchar a nadie. Es más, los entiendo, ya están cansados de tanto sufrimiento,</p>		<p>“Hay personas que no creen en nada directamente, están como ya, están enojados con la vida, no quieren escuchar a nadie. Es más, los entiendo, ya</p>	<p>Enojo con la vida Cansancio del sufrimiento Retraimiento No querer escuchar</p>	<p>Las dificultades están relacionadas con el vínculo con el paciente, con el médico de guardia, con la familia y dentro del equipo de enfermería. El primer obstáculo está dado por la desmotivación, el</p>	<p>Existencia de dificultades comunicativas, vinculadas a aspectos emocionales y psicológicos, normas institucionales y conflictos</p>

	le hacen una cosa, le hacen otra cosa y hay pacientes que ya ni siquiera ya te quieren escuchar. Y eso también hay que entenderlo y eso es parte del cuidado humanitario también. Tener paciencia, quizás en algún momento le va a salir a él solito contarte sus cosas. Tenerle paciencia, no, no, no, no presionar mucho tampoco. Eso.		están cansados de tanto sufrimiento. Y eso también hay que entenderlo y eso es parte del cuidado humanitario también. Tener paciencia.		cansancio o el retraimiento de algunos de ellos, lo cual requiere paciencia. El segundo obstáculo se relaciona con las reglas impuestas a nivel institucional o por parte del médico. Para sortearlo, se requiere	interpersonales e intrafamiliares.
2 E F 58 11	No, porque soy perseverante. Hasta que no me... porque si él hubiese dicho que no, los íbamos a hacer pasar igual...si él iba a dormir Para mi no es dificultad. Igual que un día un abuelo, viste, llegan a verlo sus nietos. El abuelo no iba a salir. Siempre me acuerdo de su apellido. El abuelo Cortés. Con mi compañerito, no podían pasar los nietos, la nietita, una nietita que tenía él que era los ojos de su cara. Entonces él nos comentaba y nos hablaba. En la otra terapia, privada. Entonces nos dice: "viste que hay una ley que los chiquititos no pueden pasar, no pueden pasar". Entonces nosotros decíamos "qué pasa si lo ponemos una silla de ruedas, lo sentamos		No, porque soy perseverante. Hasta que no me... porque si él hubiese dicho que no, los íbamos a hacer pasar igual...si él iba a dormir. Para mi no es dificultad.	Requiere paciencia Perseverancia Convicción personal	perseverancia y convicción de defender los derechos. El tercer obstáculo está relacionado con los conflictos intrafamiliares, y el rol del enfermero como mediador. Es importante conocer a la familia. El cuarto obstáculo se relaciona con el ambiente laboral y la dificultad para reservarse comentarios que pueden afectar o herir a los pacientes que están escuchando. En este sentido, hay que ser cuidadoso en el	

	<p>ahí y lo llevamos hasta el pasillo?”. No hacemos entrar a la nena. 9 años tenía la nena. Quería ver su abuelo, y que se yo. Y... primero hicimos el primer paso: pedirle permiso al doctor, de que si podía pasar la nena. “No, Nelly, cómo se te ocurre, que qué se yo, cómo va a pasar la nena”. “Pero el abuelo la quiere ver” “No, no, no, no se puede, no se qué, no la va a ver más, porque no va a salir de terapia” Tenía un cáncer pulmonar.</p> <p>Bue...entonces...eee...y el abuelo dice: “por qué no quiere que la vea?” “y no, porque es riesgoso para la nena”. “Pero yo voy al pasillo”. Y bueno, eso me dio la idea, cuando él dice: “yo voy”. No hacemos entrar a la nena, pero podemos sacarlo hasta el pasillo. Había todo un pasillo así. Pero teníamos que esperar que sea después de las 8, porque a las 8 el doctor se iba y el otro que venía se iba al dormicentro. Como el dormicentro quedaba lejos, así que bueno. Entonces bueno, dejamos todo preparado, que se yo. La mantita, lo envolvimos, lo sentamos en la</p>				trato y la comunicación.	
--	--	--	--	--	--------------------------	--

<p>silla, nada, le dijimos que se quería sentar el abuelo en la silla, que estaba cansado en la cama, bueno. Y yo me fui a la ventana viste? Yo estaba mirando a qué hora se iba el doctor. Y mira para arriba, viste? El doctor (risas), y yo le hago (gesto de saludo) y me hace así con dudas, viste?, Habrá pensado que...(risas)... diría: "esta está entusiasmada conmigo", vaya a saber que le habrá pasado por...porque era más pícaro. Habrá pensado "ésta está copada conmigo" (risas) y no, era que estábamos esperando que se vaya..."listo, ya se subió al auto y se fue". Claro, se fue al auto y se fue, entonces agarramos al abuelo, lo llevamos para allá, pero para esto le dijimos al hijo, que nos espere con la nena, allá en la, en el fondo donde no la vea el doctor. Así que bueno, y entonces ahí bueno, hicimos ese encuentro. Y vos sabés que la nena lo abrazaba, que sé yo, le decía: "bueno, abuelo, te espero", dice, "cuando...". Así que bueno, un ratito no más, y después ya adentro, viste? porque el</p>					
---	--	--	--	--	--

	<p>abuelo necesitaba oxígeno y un montón de cosas. (toma agua) Y bueno, como yo te digo, son satisfacciones personales, así vas en contra de un montón de cosas. Como yo te digo, la abuela que no podía tomar café, el abuelo que quería ver a su nieta, este hombre que quería ver a su familia y no la, lo iban a dormir, y no la iba a ver más... entonces nosotros tenemos que estar ahí. Y nos arriesgamos un montón, porque si el doctor se enteraba, no sé, me echaban.</p>					
3 LE F 39 12	<p>Emm, no, o sea... A veces uno no sabe por ejemplo muchas cosas internas entre la familia y ellos. Entonces uno piensa que está ayudando y capaz que el familiar no quiere estar con esa, con la familia...por ejemplo, con un paciente que tuvimos en el box 7, con bueno, voy a decir el nombre no más, sin el apellido, con Pablo, uno pensaba que al ingresar la mamá, él iba a estar bien, y él sin embargo no quería ver a la madre. O sea, él quería ver solamente al hermano. No quería ver a la ma...y la madre estaba mal,</p>		<p>A veces uno no sabe por ejemplo muchas cosas internas entre la familia y ellos. Entonces uno piensa que está ayudando y capaz que el familiar no quiere estar con esa, con la familia. Entonces ese respeto a que, a su decisión.</p>	Conflictos intrafamiliares		

	<p>quería verlo y después a la madre la tuvieron que, una doctora la tuvo que retirar de la habitación porque él no la quería ver, lamentablemente, no. Pero son cosas que uno supone que está haciendo bien y pero para él, pero él no quiere, digamos...entonces ese respeto a que, a su decisión. En ese caso, con él, podíamos hablarle, preguntarle, a él, pero con otra persona no podríamos saber, digamos si está entubado. Igual se respetó porque se le preguntó, en realidad, pero la madre entró primero igual, a pesar que nosotros llamamos al hermano, la madre entró igual, un ratito. No quiso no verlo antes de la entubación, pero sabía que después no salga, y fue así, no? Pero, pero eso es, que bueno, uno intenta respetar pero después la familia quiere entrar igual, es como que no se respeta mucho igual, por más que lo intente.</p>					
4 E M 31 2	<p>No, creo que no, ningún tipo de dificultad. Bah, a las personas, a hablar y eso, no creo no, o comunicarme, ya sea con palabras o</p>		<p>Con las personas, acompañarlas en su tristeza...a</p>	<p>Tristeza Angustia Medir las palabras</p>		

	<p>visualmente no más, no creo que no. Procedimientos y eso, sí, es distinto, pero si no, con las personas, acompañarlas en su tristeza y eso...a veces cuando están muy angustiadas y eso, uno trata de, de no ser tan fuerte con las palabras o no decirle nada que lo lastime. Capaz que esas son las dificultades que uno atraviesa, de no pasarse de la raya hablando o a veces, viste que se habla mucho o ... capaz que la dificultad puede ser en el ambiente laboral que se habla mucho y los pacientes están escuchando todo. Capaz que a uno mismo le pasa, estás hablando boludeses y te escucha el paciente y se lo toma distinto. Esas pueden ser capaz los tipos de dificultades exteriores, no interiores.</p>		<p>veces cuando están muy angustiadas, uno trata de no ser tan fuerte con las palabras o no decirle nada que lo lastime. Capaz que la dificultad puede ser en el ambiente laboral que se habla mucho y los pacientes están escuchando todo.</p>	<p>Ambiente laboral Cuidado con los comentarios</p>		
--	--	--	---	---	--	--

Categoría 13: La comunicación como eje de las dificultades o los obstáculos ante las necesidades espirituales.

Pregunta 14 ¿Se acepta y se permite en el servicio, un cuidado espiritual?						
Nº COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	REDUCCIÓN 1	REDUCCIÓN 2	REDUCCIÓN 3	REDUCCIÓN 4
1 E F 37 4	Sí, si, si. He visto que los compañeros, los médicos han dejado pasar a los curas, a dar la extrema unción, se llama no?. Sí, si, si, considero. Es más, creo que todos mis compañeros son creyentes. Creen en algo. Así que...No sé si creyentes. Volvamos a la palabra espiritual, que es más amplia. Yo creo que si todos si, lo que observo es que sí, todos mis compañeros los veo que son espirituales. Yo creo que eso también hace que brindemos un cuidado espiritual.		Creo que todos mis compañeros son creyentes. Creen en algo. Volvamos a la palabra espiritual, que es más amplia. Yo creo que si todos si, lo que observo es que sí, todos mis compañeros los veo que son espirituales. Yo creo que eso también hace que brindemos un cuidado espiritual.	Espiritualidad propia	En el servicio de UTI, se acepta y se permite el cuidado espiritual, aunque no todos lo brindan. Se evidencia esta aceptación mediante la apertura de las puertas de UTI a diferentes referentes religiosos y a prácticas diversas, en diferentes horarios. Quienes brindan cuidado espiritual, tienen la característica de acercamiento a la dimensión espiritual.	Aceptación del cuidado espiritual asociado al desarrollo de la propia espiritualidad y a la priorización de las tareas, flexibilizando los horarios de visitas.
2 E F 58 11	Yo pienso que sí, que se acepta, porque cuando viene el cura, viste que todas le abren la puerta... si es otra religión también, que no necesita ser solamente católico. O... otra religión, como reiki, otras... se aceptan esas cosas. Imposición de manos, algunos que vienen y le... o sea todas esas		Yo pienso que sí, que se acepta, porque cuando viene el cura, viste que todas le abren la puerta... si es otra religión también, que no necesita ser solamente católico. O...	Aceptación Apertura del servicio a distintas prácticas espirituales		

	situaciones, hasta ahora no...ojalá que no, que no haya		otra religión, como reiki, otras... se aceptan esas cosas.			
3 LE F 39 12	Si, yo creo que la mayoría brinda un cuidado humanizado digamos, en lo que podemos, la mayoría, no son...no, son muy poquitos que es porque en realidad porque pasa algo dentro del servicio y uno tiene que separar eso y bueno, después se hablará con la familia, con X persona que este, pero... y con respecto a la espiritualidad, bueno, no todos tampoco...es como, capaz una minoría que no, que no lo ve, pero no, generalmente se brinda un cuidado humanizado, en el servicio.		Con respecto a la espiritualidad, bueno, no todos tampoco...es como, capaz una minoría que no, que no lo ve, pero no, generalmente se brinda un cuidado humanizado, en el servicio.	Excepción de una minoría que no brinda cuidado espiritual		
4 E M 31 2	Si, si calculo que sí, que se acepta. Porque hemos tenido gente de todo tipo y se acepta todo. Se habla, si...		Calculo que sí, que se acepta. Porque hemos tenido gente de todo tipo y se acepta todo.	"Gente de todo tipo" Aceptación de la diversidad		
Categoría 14: Cuidado espiritual como necesidad prioritaria, asociada al desarrollo de la propia espiritualidad						

Pregunta 15 En lo profesional, ¿considera que es necesario modificar algo?						
N° COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	REDUCCIÓN 1	REDUCCIÓN 2	REDUCCIÓN 3	REDUCCIÓN 4
1 E F 37 4	Más comunicación, porque nosotros tenemos que estar unidos para cuidar a un paciente. Si no estamos unidos, no podemos cuidar, y para eso tiene que haber comunicación también. Modificar no sé, porque sería, ¿cómo te puedo decir?, aumentar más la comunicación, reforzar más la comunicación. Eso.	Piensa un largo rato antes de responder.	Más comunicación, porque nosotros tenemos que estar unidos para cuidar a un paciente.	Mejorar la comunicación en el equipo interdisciplinario. Diferentes bases filosóficas entre distintos profesionales.	Todos los informantes coinciden en la necesidad de mejorar la comunicación con la familia y dentro del equipo interdisciplinario, buscando acuerdos entre los profesionales que lo conforman. Es importante, a su vez, considerar las diferencias, dadas por la autenticidad de cada persona y por su historia de vida.	Importancia de mejorar la comunicación como un instrumento para
2 E F 58 11	Y, la comunicación. Entre los médicos y enfermeras, como que ahí veo como un corte, y que ellos tienen otros pensamientos, que por más que...por eso nos chocamos. Porque ellos tampoco escuchan nuestro punto de vista, porqué nosotros hacemos eso. Si ellos lo entendieran, o nos escucharan, por ahí sí se lograría...pero viste que hace tiempo que está eso, que quieren, tienen que comunicarse y...falta mucho eso...No todos, viste que siempre hay un grupo, o una, un punto de vista, que son más fríos. Sí, no todos, y		Y, la comunicación. Entre los médicos y enfermeras, como que ahí veo como un corte, y que ellos tienen otros pensamientos, que por más que...por eso nos chocamos. Porque ellos tampoco escuchan nuestro punto de vista, porqué	Choque con los médicos por distintos pensamientos y puntos de vista.		

	<p>según cómo le hables por ahí te...por ahí como me ven más viejita, no me dan mucha...pero bueno, o me escuchan "bueno N...". Me pasó en el tiempo del covid, te acordás que F.... decía... le sacaba el..el tubo, o sea le desconectaba el respirador del tubo porque ya era un paciente grande, o porque él elegía. Y a mí eso un día me pareció mal, entonces yo le dije "usted no tiene que decidir, Dios es el que decide cuándo se va el paciente" Entonces cuando estaba yo, él se cuidaba, "ah, cierto que está N...", pero es que no tengo que estar yo. Él tenía que considerar que bueno... "Sí, pero tengo otro paciente afuera" Y bueno, pero, para qué, si vos dijeras que al paciente lo ibas a sacar, entonces vos veías...TAC...y después yo cuando por ahí veía hacer eso, trataba de no ver, viste? porque yo me ponía en ese lugar de hija o de nieta, que si vos ves eso, no,.. cuando Dios decida llevárselo, que se lo lleve...o que cada uno tiene su tiempo. No que</p>		<p>nosotros hacemos eso.</p>			
--	--	--	------------------------------	--	--	--

	vos apures la situación. Pero bueno...					
3 LE F 39 12	No, porque, bah, yo no sé, una vez tuve una capacitación de cuidados humanizados pero uno ya brindaba ese cuidado humanizado antes. Es como que está en uno, para mí, no que, porque no, la espiritualidad ya viene de la esencia de uno, de su, tal vez de su vida, digamos, de su historia y no podés hacer una capacitación de espiritualidad, que la persona...la persona no va a cambiar por más que escuche una charla de espiritualidad, o de humanización si esa persona no es humana ya. Para mí no...es como que es la esencia de la persona, es complicado poder cambiar eso.		Es como que está en uno, para mí, porque la espiritualidad ya viene de la esencia de uno, de su vida, de su historia	Espiritualidad como parte de la esencia y de la historia de vida personal		
4 E M 31 2	Emm, no, creo que no. La comunicación un poco más quizás. La familia hay muchas cosas que no cuenta, O...cosas que pueden modificar al paciente para hacerlo sentir mejor.		La comunicación un poco más quizás. La familia hay muchas cosas que no cuenta	Mejorar la comunicación con la familia		
Categoría 15: Importancia de utilizar la comunicación como un instrumento para mejorar el cuidado integral del paciente.						

Pregunta 16 ¿Podría mencionar alguna experiencia significativa en torno a este tema?						
N° COD	RELATO TEXTUAL	COMENTARIOS	REDUCCIÓN 1	REDUCCIÓN 2	REDUCCIÓN 3	REDUCCIÓN 4
1 E F 37 4	<p>Me acuerdo que Atilio me hablaba con los ojos. Yo lo miraba y le preguntaba algo y él, como estaba entubado, me respondía con los ojos. No sé cómo explicarlo, pero sentía que nos conectábamos así, nos entendíamos. Para eso hay que tomarse un tiempo, escuchar, tener paciencia. Y te cuento otra, mirá. Fue una paciente que le estaban poniendo una vía central y la paciente estaba re tensa, tensa. Viste que la doctora C... a veces va y hace. Y vos con el simple hecho de poner tu palma, tu mano, en la frente y tratar de acariciarla un poquito y decirle, explicarle y decirle “tranquila, ya va a pasar”, como que se relajan un poco. Pero si vas y la vas a agarrar como una bolsa de papas, el paciente se pone peor. Con otra abuelita también le hice eso, así en la frente. A mi me sale, no sé, no es que yo lo pienso, en el momento me sale a mí. Ponerle la mano en la frente, y es como que hacen un</p>	<p>En un momento, me dice que está por llorar. Detiene su relato y toma aire. La tranquilizo, diciéndole que es válida su emoción. Lo que expresa a continuación, es como si le hablara a la persona con la que disiente en el trato hacia el paciente. Mira hacia otro lado</p>	<p>“Me acuerdo que Atilio me hablaba con los ojos. Yo lo miraba y le preguntaba algo y él, como estaba entubado, me respondía con los ojos. No sé cómo explicarlo, pero sentía que nos conectábamos así, nos entendíamos. Para eso hay que tomarse un tiempo, escuchar, tener paciencia”. Y te cuento otra, mirá. Fue una paciente que le estaban poniendo una vía central y la paciente estaba re tensa, tensa. Viste que la doctora C... a</p>	<p>Hablar con los ojos</p> <p>Intuición</p> <p>Conexión humana Arte de enfermería Tomarse el tiempo, escuchar, tener paciencia</p>	<p>Las experiencias de enfermería dan cuenta de una relación terapéutica en la que se establece una conexión humana con el paciente, la cual requiere el desarrollo de la intuición, la escucha y la paciencia. El arte de enfermería se manifiesta a través de “tomarse el tiempo”, el acompañamiento, la caricia, el masaje, las palabras de aliento y las palabras que calman, y tener presente al paciente hasta en los sueños. Pero también se evidencia en la sensación de bronca, impotencia e injusticia que se experimenta ante la angustia y desesperación del paciente, y la falta de respeto a sus últimos deseos. Este cuidado humanizado que</p>	<p>El encarnizamiento terapéutico como generador de malestar en los enfermeros que brindan un cuidado humanizado.</p> <p>El arte de enfermería en la relación terapéutica, hace posible el cuidado humanizado, en oposición al encarnizamiento terapéutico.</p>

	<p>(muestra con el cuerpo la relajación o calma), una caricia así suave, tratar de hacerle piojitos (risas) y hablarle, obvio, y ahí como que se calman un poco. Si, había otro paciente también que sentía dolor, y él quería colaborar. Y eso te duele más, cuando el paciente quiere colaborar. Ay no, voy a llorar . Y están: “¡pero quedate quieto!” y él muerto de dolor. No...Eso no (mira hacia otro lado), tené más suavidad en cómo hablas, tratá de entenderlo, por lo que está pasando.</p>		<p>veces va y hace. Y vos con el simple hecho de poner tu palma, tu mano, en la frente y tratar de acariciarla un poquito y decirle, explicarle y decirle “tranquila, ya va a pasar”, como que se relajan un poco”. A mi me sale, no sé, no es que yo lo pienso, en el momento me sale a mí”</p>	<p>Ensañamiento terapéutico</p>	<p>buscan brindar se contraponen al encarnizamiento terapéutico con el que, paradójicamente, convive, en la Unidad de Terapia Intensiva.</p>	
2 E F 58 11	<p>Me pasó con otro paciente, hace poco, que él no quería más nada, y sin embargo querían hacerle hasta un catéter de diálisis. Si no es porque la familia dice que no, basta...pero el antes de dormirse, le dijo a la doctora, “no me hagan más nada, ya está” y nadie lo escuchó. Siguieron como ensañados en ponerle dopa...él murió rígido, porque viste que la nora</p>		<p>“Me pasó con otro paciente, hace poco, que él no quería más nada, y sin embargo querían hacerle hasta un catéter de diálisis. Si no es porque la familia dice que no, basta...pero el antes de</p>	<p>Encarnizamiento terapéutico</p> <p>Bronca ante las decisiones de algunos médicos</p>		

	<p>cuando está muy alta, como que te, no sé que es lo que te produce, te... rígido. Y respetar la voluntad de ellos. Si ellos te dijeron que no querían más nada, es decisión propia del ser humano que...vos dijiste...y vos le podés dar las chances y decirle: "mirá, pero esto te va a ayudar a esto". Bueno, pero el paciente decida. Si dijo que no, "hasta acá llegué", listo. Respetalo, no lo sigas pinchando.</p>		<p>dormirse, le dijo a la doctora, "no me hagan más nada, ya está" y nadie lo escuchó. Siguieron como ensañados"</p>			
<p>3 LE F 39 12</p>	<p>Emm, bueno, uno era este caso de Pablo, y otra de una paciente de posoperatorio que, bueno, yo porque tenía tal vez, era amiga de la familia, bah, conocida de la familia y...pero es algo raro, porque, es como que esa señora estaba bien, en un box 1, por ejemplo, en la terapia vieja y...yo me fui de franco, ella sabía que estaba mal porque tenía un cáncer, y cuando yo la soñé a ella, eee, yo la soñé, por ejemplo en ese box, en el box 1, que estaba entubada. O sea, ella bajó en realidad, había una paciente en ese box 1, pero en mi sueño ella estaba en ese box, y yo digo "qué raro, cómo</p>		<p>"Yo si son pacientes, por ejemplo, terminales, como que yo, yo, mi costumbre, es como despedirme de ellos. Como que les hablo, como que les rezo así un poco, y como que ya, si se tienen que ir en paz, que se vayan, porque tampoco...es feo verlos sufrir o</p>	<p>Sueños Despedida a los pacientes</p>		

	<p>puede estar, si ese box estaba lleno”...sabés que esa persona del box 1 bajó, ella subió y la entubaron, así como yo la soñé. Como que en el sueño me...ella me lo hubiese estado diciendo, no sé, algo así, como que eso me quedó siempre grabado, esa señora. Pero a la vez tenía una paz, de que sabía que se tenía que ir, a los hijos iba a dejar solos, chicos, pero sabía que no le quedaba mucho tiempo. Entonces como que si se hubiese...lo soñé...la soné a ella que estaba ahí, pero que ella se iba en paz digamos. Y después estuvo ahí, justo yo venía del franco y la habían entubado como la soñé..a ella...pero fue como pocas personas que me pasan así esas cosas. O por ejemplo, yo si son pacientes, por ejemplo, terminales, como que yo, yo, mi costumbre, es como despedirme de ellos. Como que les hablo, como que les rezo así un poco, y como que ya, si se tienen que ir en paz, que se vayan, porque tampoco...es feo verlos sufrir o agonizar...agonizar antes de irse porque ese es el dolor</p>		<p>agonizar...agonizar antes de irse porque ese es el dolor tanto del paciente como de la familia, o nuestro, de verlo”</p>			
--	---	--	---	--	--	--

	<p>tanto del paciente como de la familia, o nuestro, de verlo...que nosotros no hacemos nada como para que, para que ellos mejoren...o sea hacemos muchas cosas para que mejoren pero ellos nunca, nunca responden a todo lo que hacemos y, y bueno, ya, como que hay un límite también nuestro, de no seguir ya. Como que ellos se van en paz, digamos, y yo me quedo en paz. Algo así sería. Una sensación extraña pero es como que, es como un grano de arena mío, capaz, consciente, inconsciente, emm...y eso es lo que me da paz, sí, me da paz.</p>					
4 E M 31 2	<p>No, no, experiencias no. Uno igual siempre sí, uno guarda los conocimientos, lo poco que uno adquiere, siempre lo incorporo, pero no. Que yo me acuerde experiencias no, a no ser que yo soy muy de.. no...lo asimilo así no más, muy por encima, y no me guardo nada, como que no me lo llevo a mi casa. Es como que lo que pasa acá en el trabajo, queda acá y trato de no llevarme todo igual, las angustias, y las cosas que veo... suponele</p>	<p>Al principio niega tener experiencias significativas, y menciona un mecanismo de defensa ante situaciones que le generan bronca.</p>	<p>“El paciente de cama 5, que el no quería que le entreguen la carta, que estaba re angustiado, llorando, antes de entubarlo. En ese momento no sabés qué decirle o algo para que el hombre pueda tranquilizarse.</p>	<p>Impotencia ante la angustia y desesperación del paciente</p> <p>Miedo del enfermero de enfrentar al médico por los derechos del paciente.</p> <p>Jerarquías del modelo médico hegemónico</p>		

	<p>como pasó con el paciente de cama 5, que el no quería que le entreguen la carta, que estaba re angustiado, llorando, antes de entubarlo, Y yo estaba ahí al lado de él, y trataba de tranquilizarlo y le decía “tranquilo, no hables”, le decía, como para que pueda oxigenar mejor, y no, en ese momento no sabés qué decirle o algo para que el hombre pueda tranquilizarse. Está en desesperación y angustia... y él simplemente pensaba por dentro en su familia. Creo que la angustia era eso...eso era lo que más lo angustiaba a él, que él no quería que su familia lo vea así. Y ahí en ese caso creo que no se respetó lo del cuidado ya sea espiritual o...del paciente, porque lo entubaron y él no quería que lo entuben, no quería que a la mamá le dieran la carta, y le dieron la carta igual. Así que no, hace rato que me decías si he visto, y eso es algo que no me gustó, y se hace siempre. Viste...y bueno...y yo lo que modificaría sería es capaz hablarle al profesional que hace esas cosas, pero con el miedo de como que ellos</p>		<p>Está en desesperación y angustia... y él simplemente pensaba por dentro en su familia. Creo que la angustia era eso...eso era lo que más lo angustiaba a él, que él no quería que su familia lo vea así. Y ahí en ese caso creo que no se respetó lo del cuidado ya sea espiritual o...del paciente” “Yo lo que modificaría sería es capaz hablarle al profesional que hace esas cosas, pero con el miedo de como que ellos tienen más jerarquía y nosotros, no es que somos, nos tratan como que</p>			
--	--	--	--	--	--	--

	<p>tienen más jerarquía y nosotros, no es que somos, nos tratan como que somos inferiores, te pueden, te podés quedar sin laburo, o cambiarte de servicio. Así que uno se tiene que callar y esas son las cosas que uno no, trato de no llevarlas a la casa, viste? Te guardas la bronca, te la tomás, y ya está.</p>		<p>somos inferiores, te pueden, te podés quedar sin laburo, o cambiarte de servicio. Así que uno se tiene que callar y esas son las cosas que uno no, trato de no llevarlas a la casa, viste? Te guardas la bronca, te la tomás, y ya está”</p>			
--	---	--	---	--	--	--

CATEGORÍAS	CONVERGENCIAS
1: Importancia del cuidado espiritual basado en la escucha, atención integral, observación del paciente y contención de la familia.	CONVERGENCIA 1 El cuidado espiritual forma parte del cuidado humanizado, que se evidencia en la empatía, el respeto, la escucha, la atención integral, el amor por la profesión, la contención familiar y el trabajo interdisciplinario.
2: Relevancia de la comunicación, focalizando en el bienestar, tranquilidad y comodidad del paciente, como ser holístico.	
3: La escucha activa y la atención, mediada por la situación del paciente, en torno a la empatía.	
4: Espiritualidad como un término amplio y complejo, en donde el enfermero es un mediador entre el paciente y la familia.	
5: Valor de la intuición, la empatía y la sensibilidad en el reconocimiento y la atención de las necesidades espirituales del paciente y la familia.	
6: Inclusión y aceptación de nuevos valores y percepciones, vinculados a la espiritualidad, a través de la adaptación ante distintas situaciones	CONVERGENCIA 2 La espiritualidad es una necesidad prioritaria, que prevalece en situación de criticidad, en la que enfermero es el mediador entre el paciente y la familia, a través de la inclusión, aceptación y desarrollo de la propia espiritualidad.
7: Situación de criticidad como predisponente a una mayor vulnerabilidad y necesidad de cuidado espiritual vinculado a una muerte tranquila	
8: Relevancia del cuidado humanizado sostenido en la empatía, las habilidades comunicativas y el amor por la profesión.	
9: La espiritualidad incluida en el cuidado humanizado, a través del respeto y acompañamiento hacia la persona, sin prejuicios.	
10: Cuidado humanizado como el “deber ser” de enfermería, enmarcado en un trabajo interdisciplinario, que incluye a la familia.	
11: El bienestar, la comodidad y la seguridad del paciente como principales motivadores del cuidado humanizado, en la defensa de los derechos del paciente.	CONVERGENCIA 3 La comunicación como dificultad y, a su vez, como instrumento para mejorar el cuidado integral, focalizando en el bienestar, comodidad, seguridad y tranquilidad del paciente, en defensa de sus derechos.
12: Influencia de las creencias y valores del enfermero/a en la atención de las necesidades espirituales del paciente.	
13: La comunicación como eje de las dificultades o los obstáculos ante las necesidades espirituales.	
14: Cuidado espiritual como necesidad prioritaria, asociada al desarrollo de la propia espiritualidad	
15: Importancia de utilizar la comunicación como un instrumento para mejorar el cuidado integral del paciente	

Interpretación

A partir del trabajo de campo, se realizó un análisis de los datos que llevó a diferentes reducciones y categorizaciones para cada pregunta, y se obtuvieron tres categorías finales.

Categoría final 1: El cuidado espiritual forma parte del cuidado humanizado que se evidencia en la empatía, el respeto, la escucha, la atención integral, el amor por la profesión, la contención familiar y el trabajo interdisciplinario.

En esta categoría referida al cuidado espiritual como parte del cuidado humanizado, tanto los informantes como las fuentes bibliográficas consultadas vinculan estos dos términos: “nunca podrían estar separados, para mí, cuidado humanizado con la espiritualidad” (3 LE F 39 12). El cuidado humanizado tiene una visión integral de la persona, por lo cual la espiritualidad no puede quedar fuera. Uno de los entrevistados en particular opina, además, que “hay que estar preparado para realizar un cuidado espiritual” (4 E M 31 2), haciendo alusión a la responsabilidad por parte del/ de la enfermero/a que lo brinda. Esto se relaciona con la teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson, quien define la relación de cuidado transpersonal con el compromiso moral, la intencionalidad, la conciencia y la voluntad consciente de la enfermera para proteger, fomentar y potenciar la dignidad humana, la integridad y la curación.

En las entrevistas se mencionan la empatía, el respeto, la observación y atención integral, el amor por la profesión y la sensibilidad como atributos necesarios en el profesional de enfermería que brinda un cuidado humanizado. Además, se alude a la preocupación por comprender al paciente para satisfacer sus necesidades. Para Watson, la enfermera busca identificar, detectar con precisión y conectar con la condición interior del espíritu de otro a través de la presencia genuina y centrada en el momento, lo cual se traduce en arte/hechos humanos de enfermería o modalidades deliberadas de cuidado-curación. En este sentido, las experiencias de enfermería que mencionan los informantes dan cuenta de esa relación terapéutica en la que se establece una conexión humana con el paciente, la cual requiere el desarrollo de la intuición, la escucha y la paciencia. El arte de enfermería del que habla Watson se evidencia a través de lo que se menciona sobre “tomarse el tiempo”, acompañar y ofrecer una caricia, un masaje, palabras de aliento y palabras que calman.

En términos de la teoría humanística de Paterson y Zderad, una enfermera tiene que ir más allá de la competencia técnica y del dominio biológico, definiendo el cuidado como un encuentro con el otro. Esto cobra un papel importante en la Terapia Intensiva, donde hay un predominio de la tecnología y los tratamientos invasivos. En este sentido, la segunda informante menciona: “es un todo enfermería, no solamente lo que es medicación, si no calmar el dolor, también escucharlos y brindarle si ellos tienen miedo, acompañarlos también a que se sientan cómodos (...) tranquilos y seguros” (2 E F 58 11).

En el artículo de Macarena Yáñez-Dabdoub, e Ivonne Vargas-Celis (2018) se destaca que enfermería tiene la labor de estar junto al paciente, ofrecerle confort tanto físico como espiritual, y ayudarlo a soportar la vivencia del dolor y la angustia. En consecuencia, el cuidado de estos pacientes debe ser integral, y se debe responder de manera personalizada a sus necesidades, para que éste sea humanizado. En ese sentido, también es fundamental tener en cuenta la contención familiar, como parte del cuidado humanizado, tal como lo menciona la informante 3: “Lo importante que es para ellos eso, una terapia a puertas abiertas, de un cuidado humanizado, de ser personas más empáticas, con ellos, algo que antes no se hacía, pero ya, eso se debe hacer siempre en realidad” (3 LE F 39 12). En este último relato, aparece también el “deber ser” de enfermería acerca del cuidado humanizado, que genera satisfacción personal cuando se cumple: “y como experiencia, es como una satisfacción personal. Es una satisfacción de que vos cumpliste como corresponde” (2 E F 58 11).

El trabajo interdisciplinario, por otro lado, se presenta como una necesidad en pos del cuidado humanizado. Sin embargo, en la práctica aún existen barreras que se relacionan con dificultades en la comunicación y la preservación del modelo médico hegemónico y su mirada biologista del ser humano. La informante 2 cuenta acerca de una experiencia en la que ella y su compañera discutieron con el médico de guardia, en torno a su decisión de no permitir el ingreso a la familia antes de sedar al paciente: “Bueno, qué dice el doctor? ‘No’ dice ‘acá no es lo que dice el paciente’. ¿Qué hace mi compañera? con el celular en la mano le dice: ‘bueno, llama usted o llamo yo?’. Se puso adelante del médico” (2 E F 58 11). Se evidencia aquí una situación que genera malestar en los enfermeros, y que se vincula con una estructura jerárquica implícita dentro del equipo, ya que no se hace partícipe a enfermería en la toma de ciertas decisiones. El informante 4 menciona: “Yo lo que modificaría sería es capaz hablarle al profesional que

hace esas cosas, pero con el miedo de como que ellos tienen más jerarquía y nosotros, no es que somos, nos tratan como que somos inferiores, te pueden, te podés quedar sin laburo, o cambiarte de servicio. Así que uno se tiene que callar y esas son las cosas que uno no, trato de no llevarlas a la casa, viste? Te guardas la bronca, te la tomás, y ya está” (4 E M 31 2). En relación a este tema, hacia el final de su artículo, Zenevicz L.T. y colaboradores (2020) destacan la necesidad de superar la ortodoxia biomédica para incluir la dimensión espiritual en el cuidado, implementando otras formas de atención en la muerte y el proceso de morir, generando prácticas de salud integradoras.

Categoría final 2: La espiritualidad es una necesidad prioritaria, que prevalece en situación de criticidad, en la que enfermero es el mediador entre el paciente y la familia, a través de la inclusión, aceptación y desarrollo de la propia espiritualidad.

Entre las fuentes consultadas, se menciona que la espiritualidad es “un término ambiguo, confuso, difícil de definir y que generalmente se equipara a la religiosidad (...) La espiritualidad es una categoría que inevitablemente está influenciada por el contexto social y se construye de manera diferente según diversas tradiciones religiosas, movimientos espirituales, sistemas de creencias, culturas y contextos, y no menos importante por individuos en circunstancias específicas” (Lagoueyte y Uribe, 2019). Las informantes también lo mencionan cuando dicen que la espiritualidad va más allá de la religión, que está vinculada con una sensación interna de bienestar y con diferentes creencias, valores y prácticas para lograr ese bienestar y tranquilidad.

Lo que sí es claro es que la espiritualidad se presenta como una necesidad prioritaria e inherente a todo ser humano, que se evidencia aún más en el caso del paciente crítico y su familia, dada su situación de salud y el riesgo inminente de muerte. La informante 3 dice: “cuando están en un estado crítico, se les viene en mente todo lo que es espiritual, pero como que piensan tal vez, como que es su último momento, entonces les viene esa necesidad, de la espiritualidad. Pero todo el mundo necesita, estando crítico o no” (3 LE F 39 12).

A través de los relatos, se identifican distintas formas de incluir la espiritualidad en el cuidado. Por ejemplo, se destaca la importancia de incluir a la familia, dado que “todas

las necesidades espirituales las vive la persona en relación con su entorno, con su cultura, con su familia.” (Lagoueyte y Uribe, 2019). Sin embargo, ocurre que en muchas ocasiones, la familia está focalizada en otros aspectos y enfermería se presenta como un mediador ante las necesidades espirituales del paciente y la familia: “somos muy importantes nosotras como enfermeras, en todo sentido. Porque por ahí al familiar se le escapa, o está cansado, está triste, entonces hay muchos detalles importantes que se le escapan al familiar. Pero estás vos del otro lado, viendo lo que está pasando” (2 E F 58 11). Aquí, se presenta la relevancia de una enfermera presente, como menciona Watson en uno de los procesos caritas: “estar auténticamente presente y permitir y mantener un sistema de creencias profundo, y apoyar el mundo subjetivo de uno mismo y de aquel de quien se debe cuidar” (Watson, 2008).

Una de las informantes sostiene que la familia tiene un rol irremplazable por la contención emocional y social que le brindan al paciente y porque en general conocen su historia, sus valores y creencias. La informante 3 dice: “ellos necesitan a la familia más que a nosotros. Nosotros somos unos extraños para ellos”. La familia, a la vez, es fuente de información: “capaz que el paciente a veces no, pero ellos piden, como que hablan por el paciente, que no puede pedirlo, y nosotros lo respetamos” (3 LE F 39 12).

De hecho, el cuidado espiritual “proporciona una relación terapéutica intencional de confianza y seguridad entre el profesional, el paciente y la familia, que propicia la expresión de sentimientos, de creencias y de rituales religiosos o espirituales que auxilian en la situación de muerte” (Zenevicz L.T. y colaboradores, 2020). Esto es lo que ocurre, por ejemplo, cuando se incluyen en la entrevista preguntas referidas a sus creencias y valores. El informante 1 dice: “yo empiezo con las preguntas, preguntarle si necesita algo, qué es lo que le gusta hacer, a qué se dedica en su tiempo libre antes de estar internado” (1 E F 37 4). Este aspecto se vincula con el proceso caritas que menciona Jean Watson en su teoría: “desarrollar y apoyar una auténtica relación de cuidado de apoyo-confianza” (Watson, 2008).

Otra manera de llevar a cabo este cuidado es la aceptación de las prácticas espirituales, fuente de calma para los pacientes y sus familias, aun cuando son desconocidas por el profesional. El informante 3 menciona: “hay personas que vienen y le hacen, que yo veo, que le hacen reiki, o le hacen, le tiran esas energías o vibras, no sé cómo decirlo...o que llaman para el sacerdote, eso que te comentaba, o pastor...o...

esa persona X que ellos necesitan” (3 LE F 39 12). A veces, esa aceptación se manifiesta a través del permiso de ingreso y la flexibilización de los horarios de visita: “uno incluye eso y le da también permiso, autorización para que ellos ingresen” (2 E F 58 11). Se tienen en cuenta las creencias y valores del paciente, antes de brindar cuidados espirituales: “primero se habla con la familia o con el paciente (...) Y depende de sus necesidades (...) porque tenemos que tener en cuenta lo que ellos piensan, es lo que uno responde. Por ejemplo, no sé, a veces quieren un sacerdote, un pastor, y a pesar que uno no cree” (3 LE F 39 12). En otras ocasiones, la espiritualidad puede representarse a través de objetos de poder, como pueden ser estampitas o rosarios, y las/los enfermeras/os las aceptan en respeto al paciente.

En algunas ocasiones, las creencias de la persona pueden influir en el tratamiento, y enfermería busca comprender a través de la empatía, aun cuando no están de acuerdo: “Los testigos de Jehová, ¿no son? ¿los que no se pueden transfundir? Y que hay que comprenderlo, y que tienen que pasarse la medicación esa subcutánea, que duele cualquier cantidad. Y si se acepta, pero bueno, también hay que lidiar con el dolor” (4 E M 31 2). Esto se vincula además, con el concepto de relación que plantean Paterson y Zderad, la cual implica un “estar con el otro”, donde el enfermero “va en dirección del otro, ofreciendo y permitiendo la presencia auténtica” (Galvis López, 2015).

Con respecto al rol de enfermería en el cuidado espiritual, “existe un consenso en la literatura en afirmar que las enfermeras son las que proveen el cuidado espiritual” (Lagoueyte y Uribe, 2019) y esto también se evidencia a través de las entrevistas: “ellos están indefensos, entonces vos sos el nexo importante de tomarle la mano, de hacerlo sentir bien, de como yo te decía decirle al oído que rece, que ya falta poco para que esté mejor, que tenga fé” (2 E F 58 11). Las enfermeras como “nexo” se presentan como las encargadas de lo que concierne a lo espiritual a través de la relación de cuidado:

“Enfermería, como disciplina profesional, posee recursos propios que le permiten identificar las necesidades espirituales de los recursos evidenciados a través de la creación de relaciones terapéuticas o momentos de cuidado trascendentes, en las cuales la comunicación a través de la entrevista, el lenguaje verbal y no verbal, el contacto visual, el contacto físico, el respeto por momentos de soledad y silencio, la sensibilidad, la capacidad interpretativa de la información, así como la capacidad de observación,

escucha e intuición constituyen el bagaje del profesional de enfermería para dinamizar su intervención” (Veloza et al, 2009).

En el artículo del que se citó el fragmento anterior, también se menciona la importancia de que el profesional de enfermería identifique sus propias necesidades espirituales, el conocimiento de su mundo interior existencial para poder brindar un cuidado espiritual. Uno de las informantes menciona “lo que observo es que sí, todos mis compañeros los veo que son espirituales. Yo creo que eso también hace que brindemos un cuidado espiritual” (1 E F 37 4). Con respecto a este tema, Watson (2008) afirma que “el desarrollo continuo personal y profesional, el crecimiento espiritual y la práctica espiritual personal ayudan a la enfermera a entrar en este nivel más profundo de la práctica de curación profesional”. Sostiene, a su vez, que “el conocimiento y la conciencia necesarios pueden obtenerse a través del trabajo con otras culturas y el estudio de las humanidades, junto con el examen de los propios valores, las creencias profundas y la relación con el yo, con los otros y con el mundo”. Desde el punto de vista de Paterson y Zderad, la práctica no puede ser aislada de la persona que la realiza, ya que es ella quien se involucra con la persona.

Los informantes sostienen que las experiencias de cuidado les han permitido incluir y aceptar nuevas creencias: “Uno como que amplía ese campo de...o esa visión de espiritualidad también por ellos” (3 LE F 39 12). En este sentido, Jean Watson (2008) plantea la importancia de “el cultivo de las propias prácticas espirituales y del yo transpersonal más allá del ego”, ya que a través de esa sensibilidad se puede comprender al otro. Por su parte, Paterson y Zderad mencionan el concepto de “estar con”, para el cual “es necesario desenvolver la comprensión donde es preciso que el orientador no se limite al papel de observador y sí que se ponga en el lugar del orientado y perciba el mundo y las experiencias como éste las percibe, penetrando en su mundo emocional” (Galvis López, 2015). De esta manera hay un verdadero “encuentro”, que amplía la conciencia de los que están implicados y ofrece la oportunidad de un crecimiento humano.

No obstante, una de las informantes también menciona una situación en la que el que decidió por el paciente fue el sacerdote y ella misma: “entonces yo le dije al cura (...) si se le podía dar a él también [la extrema unción], porque él no cree. Dice ‘sí, se le puede dar, si cree o no cree” (2 E F 58 11). Aquí puede verse reflejado lo que mencionan

Paterson y Zderad sobre que “el profesional trae consigo valores, creencias y actitudes prejuiciosas que pueden interferir en la atención profesional y que se manifiestan más tácitamente en el cuidado a la persona con sufrimiento psíquico” (Galvis López, 2015).

Pérez García (2016) también sostiene que como punto de partida es necesario que la enfermera tome conciencia de su propia espiritualidad para ser más sensibles a las necesidades espirituales de los demás y ser capaces de comprender el lenguaje de lo sutil, utilizando una comunicación auténtica y congruente en las relaciones con los pacientes. En este sentido, una de las informantes cuenta acerca de su experiencia con un paciente: “me acuerdo que Atilio me hablaba con los ojos. Yo lo miraba y le preguntaba algo y él, como estaba entubado, me respondía con los ojos. No sé cómo explicarlo, pero sentía que nos conectábamos así, nos entendíamos. Para eso hay que tomarse un tiempo, escuchar, tener paciencia” (1 E F 37 4). Tal como menciona Watson, “la historia de la propia vida de la enfermera, las experiencias previas, las oportunidades para centrarse en el estudio, haber vivido a través o haber experimentado varias condiciones humanas y haber imaginado los sentimientos de los demás en varias circunstancias son maestros valiosos para este trabajo” (Watson, 2008).

Categoría final 3: La comunicación como dificultad y, a su vez, como instrumento para mejorar el cuidado integral, focalizando en el bienestar, comodidad, seguridad y tranquilidad del paciente, en defensa de sus derechos.

En esta categoría, se pone de manifiesto la importancia de la comunicación como un aspecto clave del cuidado. Se presenta en el relato de los informantes como una gran dificultad, que influye en el cuidado espiritual, sobre todo por la falta de comunicación entre profesionales del equipo de salud y con la familia. En última instancia, se encuentra la dificultad de la comunicación con el paciente.

En primer lugar, referido a la comunicación como dificultad, se encuentra las diferencias dentro del equipo: “entre los médicos y enfermeras, como que ahí veo como un corte, y que ellos tienen otros pensamientos (...) por eso nos chocamos” (2 E F 58 11). Se menciona esta falta de comprensión por los distintos enfoques filosóficos que sostienen a las profesiones en cuestión, que en algunos aspectos se contraponen.

En segundo lugar, se presenta la dificultad en la comunicación con la familia: “A veces uno no sabe por ejemplo muchas cosas internas entre la familia y ellos. Entonces uno piensa que está ayudando y capaz que el familiar no quiere estar con esa...con la familia” (3 LE F 39 12). Esta informante sostiene que el profesional de enfermería puede quedar en el medio de conflictos familiares, por desconocimiento, aun intentando hacer lo mejor para los pacientes.

Por último, aparece la dificultad en la comunicación verbal con el paciente, sobre todo porque en la mayoría de los casos se encuentran entubados. La comunicación unidireccional hacia el paciente (“hablarles”) y la comunicación no verbal cobran una importancia especial en este sentido. Todos los informantes mencionan la importancia de la escucha, y el informante 4 resalta también la importancia de cuidar los comentarios que se realizan: “capaz que la dificultad puede ser en el ambiente laboral que se habla mucho y los pacientes están escuchando todo” (4 E M 31 2). Esto se vincula con lo que dice Watson (2008) acerca de la importancia de crear un entorno de apoyo y protección: “crear un entorno de curación a todos los niveles (delicado entorno físico y no físico de energía y conciencia, allí donde lo saludable, la belleza, la comodidad, la dignidad y la paz se potencien”.

Dadas las dificultades presentadas anteriormente, la comunicación efectiva se plantea como un instrumento a través del cual se puede mejorar el cuidado integral. Un estudio realizado en la Terapia Intensiva, por Michelan VC de A, Spiri WC. (2018) reveló la necesidad de tener buenas relaciones interpersonales en el equipo, focalizando en el cuidado como objetivo. Con respecto a esto, Volpato, R.J. y colaboradores (2020), en su artículo titulado “El cuidado espiritual realizado por la enfermería en la unidad de cuidados intensivos”, mencionan a la comunicación, verbal y no verbal, como el principal medio para identificar las necesidades espirituales y el sufrimiento de los pacientes en UTI.

Dentro de las necesidades del paciente se encuentra la espiritualidad, y vinculado a este concepto, el bienestar espiritual, “relacionado con ser amado, el reconocimiento del valor de las faltas, amor por los otros, conexión con otras personas, naturaleza, sentimiento de bienestar, disfrute, esperanza y paz, y un sentido de propósito en la vida y en las situaciones que se experimentan” (Veloza y Pérez, 2009). Los enfermeros entrevistados mencionan el sentimiento de bienestar, seguridad, comodidad y

tranquilidad del paciente dentro del bienestar espiritual, y la comunicación se presenta como un medio para identificar las necesidades y satisfacerlas, como menciona el informante 4: “la manera que los tengo en cuenta es hablándoles constantemente, preguntándoles cómo están, tratando de acompañarlos...que se sientan cómodos. Si los pacientes en estado crítico tienen alguna creencia o algo, tratar de que esté presente para ellos, para que estén más tranquilos” (4 E M 31 2). La comunicación implica en este caso, tanto la escucha como el hablar con ellos, aún si no pueden responder.

Enfermería cumple un rol fundamental en la comunicación, dentro de la relación terapéutica que establece con el paciente. Macarena Yáñez-Dabdoub, e Ivonne Vargas-Celis (2018) concluyen justamente que en el cuidado humanizado se destacan los roles de enfermería como agente comunicador y como defensora de los intereses del paciente. En el rol de defensor del paciente, se presenta también el tema de la muerte, que requiere de cuidado humanizado para asegurar su dignidad. El tema de la muerte digna se encuentra inmerso dentro del cuidado humanizado en la UTI, porque focaliza en la persona, desde un cuidado ético y bioético, que respeta al ser humano en su integralidad. Lopera B., M. A. (2016) menciona los atributos que dan las enfermeras a la muerte humanizada: digna, cuando la persona conserva sus derechos; tranquila, cuando conserva sus preferencias; buena o en paz, cuando es aceptada; y linda, cuando sucede en casa. El informante 4 destaca la importancia de la muerte tranquila y en paz, en su relato: “para que estén tranquilos ellos, puedan descansar en paz, que no se vayan con, con nada que le quedó de deuda, que puedan desahogarse” (4 E M 31 2).

Retomando la enfermería fenomenológica de Paterson y Zderad, se define como una experiencia vivida entre seres humanos. Su objetivo es el de proporcionar el bienestar a las personas, estando comprometida, por lo tanto, en un contexto humano, donde ambos sufren las influencias de este encuentro. Esto pudo evidenciarse a través de las respuestas dadas a la última pregunta de la entrevista, referida a las experiencias en torno al cuidado espiritual, se pueden destacar dos puntos clave, como caras de una misma moneda: el arte de enfermería en la relación terapéutica, como parte del cuidado humanizado; y el encarnizamiento terapéutico como generador de malestar en los enfermeros entrevistados, que brindan dicho cuidado. Águila Rodríguez, N. y colaboradores (2020) en “Retos actuales de la profesión de enfermería: un enfoque ético y bioético”, mencionan dilemas éticos a los que se enfrenta el profesional de enfermería

es la eutanasia, activa o pasiva, y el encarnizamiento terapéutico; al igual que los relacionados con conflictos entre principios y acciones éticas. En el caso particular del cuidado de pacientes en estado crítico, se señalan preocupaciones respecto a la información al paciente, al acompañamiento en el final de la vida, y a la responsabilidad en intervenciones interdependientes.

En contraposición a la muerte digna, se presenta en la mayoría de los relatos el encarnizamiento terapéutico: “Me pasó con otro paciente, hace poco, que él no quería más nada, y sin embargo querían hacerle hasta un catéter de diálisis. Si no es porque la familia dice que no, basta...pero el antes de dormirse, le dijo a la doctora, “no me hagan más nada, ya está” y nadie lo escuchó. Siguieron como ensañados” (2 E F 58 11). A su vez, la misma informante hace alusión a un médico que practicaba la eutanasia: “Me pasó en el tiempo del covid, F.... le sacaba él..el tubo, o sea le desconectaba el respirador del tubo porque ya era un paciente grande, o porque él elegía. Y a mí eso un día me pareció mal, entonces yo le dije “usted no tiene que decidir, Dios es el que decide cuándo se va el paciente” (2 E F 58 11).

La enfermería, desde la teoría humanística de Paterson y Zderad, es un “diálogo vivo, una experiencia existencial vivida entre seres humanos, una búsqueda responsable, una relación transaccional, una forma particular de diálogo humano” (López, 2015). Este “diálogo vivo” se manifiesta en la escucha, la atención integral del paciente y el respeto de sus necesidades; pero también en la sensación de bronca e impotencia que se experimenta ante la angustia y desesperación del paciente, la injusticia, y la indiferencia a sus últimos deseos. El cuidado humanizado que buscan brindar los enfermeros entrevistados se contrapone al encarnizamiento terapéutico con el que, paradójicamente, convive en la Terapia Intensiva.

Recontextualización

Esta investigación se realizó siguiendo un método cualitativo, y se observó que las personas entrevistadas abordan el cuidado humanizado incluyendo la espiritualidad de una forma más amplia que la religiosidad, desde su propia experiencia e historia personal. Este cuidado se basa en la preocupación por el bienestar del paciente, por

comunicarse con él y comprenderlo, por saber cuáles son sus creencias y valores para adecuar los cuidados. Se busca la inclusión de la familia y el desarrollo de una mayor sensibilidad, intuición y empatía para resguardar los derechos y la dignidad del paciente. La espiritualidad no se limita a creencias y valores, sino que implica distintas formas de ver la vida, de transitar la situación de salud y enfermedad, y de actuar sobre la realidad.

Es llamativo que en todas las entrevistas se presenta la comunicación como eje central de las dificultades, y se plantea también el desacuerdo con ciertas decisiones que toman algunos médicos hacia el final de la vida del paciente. Sin embargo, en el personal entrevistado de reciente ingreso aparece el miedo a ser despedido o rotado de servicio por confrontarlo. Esto cambia en las enfermeras entrevistadas que tienen más antigüedad y que se focalizan en defender los derechos del paciente.

Cabe destacar que el contexto en el que se realizó esta investigación tiene como característica el trabajo con una población de adultos mayores, por lo cual la muerte es valorada de una forma particular: los pacientes críticos generalmente tienen una edad avanzada y se plantea muy a menudo el dilema sobre continuar el tratamiento o limitar los esfuerzos. En última instancia, la decisión la toma la familia, cuando el médico plantea esta opción. Sin embargo, enfermería no suele tener participación, por lo general.

La muerte digna es un tema que se debería abordar de manera interdisciplinaria. Incluso, hay situaciones relatadas que llevan a cuestionarse sobre la legalidad de ciertas prácticas, de las que forma parte enfermería, al callarlas. Tomar el lugar como enfermeras humanistas implicará asumir la responsabilidad del cuidado, y defender a los pacientes en sus derechos, contemplando todas sus necesidades de manera integral.

Es importante continuar investigando en torno a la espiritualidad, que atraviesa nuestra profesión y podría seguir desarrollándose. Sería interesante comprender cómo influye la espiritualidad en el “cuidado de sí” y en el cuidado del otro. Ampliar la mirada sobre esta cuestión, incluyendo diferentes enfoques culturales, puede ayudar a encontrar nuestros sentidos y cuidar mejor de los pacientes en todas las etapas, teniendo en cuenta que la vida no se limita al cuerpo físico. En palabras de Jean Watson (2008), es crucial “abrirse y atender a las dimensiones espiritual-misteriosa y existencial de la propia vida-muerte; cuidar el alma de uno mismo y de quien debe recibir el cuidado”.

CONCLUSIÓN

En primer lugar, con respecto a la dimensión epistemológica, fue difícil encontrar una teoría intermedia que permita interpretar los resultados, aunque la guía teórica de Jean Watson fue clave. Se encontraron muchos estudios respecto a la espiritualidad, sobre todo de corte cuantitativo, y la mayoría eran ensayos, por lo cual la selección de los artículos no fue tarea fácil tampoco. Sin embargo, la lectura de cada investigación, fue complejizando y profundizando el objeto-problema elegido.

Con respecto al diseño del proyecto, ha resultado más sencilla su realización, en comparación con la dimensión epistemológica. En la última dimensión, al finalizar las entrevistas, la investigadora comprendió que podría haber profundizado aún más algunos datos, a través de la repregunta. La transcripción de los datos fue una tarea tediosa, pero luego de la construcción de la matriz de datos, el análisis fue surgiendo paulatinamente. Al tratarse de un tema de interés, fue muy gratificante su realización. Es importante mencionar que las asesorías colaboraron mucho para aclarar las dudas en el desarrollo de cada dimensión del proyecto.

Los distintos puntos de vista de los investigadores, y a su vez la convergencia de los estudios realizados con los datos y las teorías, evidencian la importancia de esta temática en la práctica asistencial, la investigación, la gerencia y la educación. La humanización, que atraviesa este proyecto puede considerarse una necesidad en sí misma, tanto para quienes brindan el cuidado, como para quienes lo reciben. Es valioso conocer cómo se produce esta humanización en la práctica y cómo se incluye a la espiritualidad, sobre todo en la terapia intensiva, dadas las características de la misma.

Aún queda mucho camino por recorrer en relación a la humanización del cuidado, centrado fundamentalmente en la mejora de la comunicación y en el desarrollo de la espiritualidad. Ha sido muy interesante y enriquecedor escuchar los relatos de los/as enfermeros/as en torno al tema de la espiritualidad y la forma en que tienen en cuenta este aspecto en su vida y en la práctica. Si se quiere mejorar la calidad de los cuidados, es fundamental recordar que enfermería trata con seres humanos y que la espiritualidad forma parte de su vida.

BIBLIOGRAFÍA

- Águila-Rodríguez N, Bravo-Polanco E, Montenegro-Calderón T, Herrera-Fragoso L, Duany-Badell L, Rodríguez-Cardoso Y. Retos actuales de la profesión de enfermería: un enfoque ético y bioético. *Medisur* [revista en Internet]. 2020 [citado 2020 May 29]; 18(2):[aprox. 11 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000200244&lng=es&tlng=es
- Alligood, M. y Tomey, A. (2011). *Modelos y Teorías en Enfermería*. España. Elsevier.
- Castañeda-Flores, Teresa, Guerrero-Castañeda Raúl Fernando . Espiritualidad en adultos mayores hospitalizados, oportunidad de cuidado para enfermería: aproximación cuantitativa. *Revista CUIDARTE* [en línea]. 2019, 10(3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359562712010>
- Galvis MA. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Rev Cuid*. 2015; 6(2): 1107-19. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.172>
- Guerrero-Castañeda, Raúl Fernando, García Gallardo, Anallely, Aguilar Villagómez, Pablo, & Albañil Delgado, Sergio. (2021). Meaning of Spirituality in the Experience of the Hospitalized Elderly. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(4), e3981. Epub February 10, 2022. Retrieved June 21, 2023, from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000400010&lng=en&tlng=en
- Lagoueyte Gómez MI, Uribe Velásquez SP, “La espiritualidad como fuente de inspiración para el cuidado de enfermería” (2019) <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/view/5846>
- Lopera, M.A. (2016). Cuidado humanizado de enfermería al final de la vida: el proceso humanizado de muerte. *Revista Colombiana de Enfermería*, 13. 16-25. Recuperado de: <http://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE> o <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/1898>

- Michelan VC de A, Spiri WC. Perception of nursing workers humanization under intensive therapy. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 Apr;71(2):372–8. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/dFvxZ3XkkhzxJLRGZF3xZyR/?lang=en>
- Nascimento, Lucila Castanheira, Oliveira, Fabiane Cristina Santos de, Santos, Tabatha de Freitas Moreira, Pan, Raquel, Santos, Milena Flória-, Alvarenga, Willyane Andrade, & Rocha, Semiramis Melani Melo. (2016). Atención às necessidades espirituais na prática clínica de enfermeiros. *Aquichan*, 16(2), 179-192. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972016000200006&lang=es>
- PérezGarcía, Esteban (2016) en “Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal”. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 5(2), 41-45. Recuperado en 12 de junio de 2023, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062016000200006&lng=es&tlng=es.
- Pinedo Velazquez, M.T., & Jiménez Jiménez, J.C. (2017). Cuidados del personal de enfermería en la dimensión espiritual del paciente. Revisión sistemática. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 21(48). Recuperado de <<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.13>>
- Polit y Hungler (2000) Investigación científica en ciencias de la Salud. 6ta Edición. Editorial MacGraw-Hill Interamericana. México
- Sánchez Beatriz (1999) Fenomenología: un método de indagación para el cuidado de Enfermería. UN. Colombia Facultad de Enfermería.
- Veloza G., M. D. M., & Pérez G., B. (2009). La espiritualidad: componente del cuidado de enfermería. *Hallazgos*, 6(11), 151-162. [fecha de Consulta 12 de Junio de 2023]. ISSN: 1794-3841

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=413835199009>
- Viana, R. y Torre, M. (2019). *Enfermería en Cuidados Intensivos. Prácticas integradoras*. Argentina. Ed. Médica Panamericana.

- Volpato, Rosa Jacinto, Brasileiro, Marislei Espíndula, Gonçalves, Angelica Martins de Souza, Ramirez, Erika Gisseth Leon, Volpato, Gustavo Tadeu, Lemes, Alisseia Guimarães, & Schonholzer, Tatiete Estefani. (2020). O cuidado espiritual realizado pela enfermagem na unidade de terapia intensiva. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (24), 51-58. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/biblio-1150105>
- Winterkorn Dezorzi, Luciana , Oliveira Crossetti Maria da Graça . A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de enfermagem em terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [en línea]. 2008. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421888007>
- Yáñez-Dabdoub M, Vargas-Celis I. Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos: desafíos para enfermería. *pers.bioét.* 2018; 22(1): 56-75. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-31222018000100056&script=sci_arttext
- Yuni, J / Urbano C. (2010) Técnicas para investigar. Recursos metodológicos para la preparación de Proyectos de Investigación. Cap. “El problema de investigación”. 2da Edición. Ibid
- Zenevicz, Leoni Terezinha, Bitencourt, Júlia Valéria de Oliveira Vargas, Léo, Marcela Martins Furlan de, Madureira, Valéria Silvana Faganello, Thofehrn, Maira Buss, & Conceição, Vander Monteiro da. (2020). Permission for departing: spiritual nursing care in human finitude. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(3), e20180622. Epub 09 de abril de 2020. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1092587>

ANEXOS

ANEXO I: Consentimientos informados

Consentimiento para entrevista

Su participación en esta entrevista es totalmente voluntaria y gratuita, y no generará beneficio ni riesgo alguno. No implicará para usted ningún tipo de perjuicio si decide no participar, así como tampoco implicará un perjuicio si usted decide interrumpir su participación en cualquier momento una vez comenzada la actividad si usted así lo desea. La confidencialidad de sus datos está garantizada por la Declaración de Helsinki y todas sus enmiendas, y por la Ley de Habeas Data N° 25326 y sus modificaciones de protección de datos personales, de modo tal que no pueda identificarse lo que usted plantee con su nombre.

La entrevista tiene como objetivo recabar datos con fines educativos, para un proyecto de investigación que busca comprender las experiencias de enfermería en la atención de las necesidades espirituales del paciente crítico, en la Terapia Intensiva del Hospital Alvear, durante el año 2023. Este proyecto es un requisito de la cátedra de Taller de Investigación, correspondiente al quinto año de la Licenciatura en Enfermería.

Si decide participar, debe saber que la información que me dé será procesada y analizada por mí, con la guía y acompañamiento de un equipo profesional docente, sin que su nombre figure en ningún momento. Si hay algo que no le quede claro, o tiene alguna duda, puede preguntarme, ahora o en cualquier momento de la entrevista. En caso de estar de acuerdo, comenzamos.

Para los fines mencionados anteriormente y para evitar que se pierda información relevante, grabaré en audio esta entrevista, para luego transcribirla.

¿Está de acuerdo? SI_____ NO_____ (Marque con una X)

Persona participante:

Firma:

Fecha:

Comodoro Rivadavia

ANEXO II: Transcripciones de entrevistas

INFORMANTE 1 E F 37 4

T: ¿Considera importante brindar cuidados espirituales al paciente en estado crítico?

E1: Si, sisi. porque eso también entra dentro del cuidado humanitario de enfermería.

T: ¿De qué manera tiene en cuenta las necesidades espirituales del paciente en estado crítico?

E1: Eee (*suspira*) bueno, primero conociendo la historia del paciente, porque hay que respetar cada creencia de cada paciente, ¿no?. Cada paciente es único y cada paciente cree en distintas cosas. Dependiendo de eso sí, ahí puedo yo, ya con solo escucharlo... respetando eso: las creencias del paciente.

T: ¿Cómo atiende las diferentes creencias o religiones que profesan los pacientes, a la hora de brindar cuidados?

E1: Y, principalmente respetando, respetando cada creencia de cada paciente. También viendo el entorno del paciente, cada paciente tiene familiares. A veces no se puede hablar con el paciente en estado crítico, se puede hablar con la familia, cosa que ya nosotros nos vamos preparando en el momento que el paciente ponele, es extubado y ya sabemos, ya estudiado que vamos a, con respecto al tema espiritual, qué apoyo darle al paciente. Con el simple hecho de escucharlo, escucharlo y eso, respetando sus creencias.

T: ¿Y ud. qué entiende por espiritualidad?

E1: Espiritualidad. Yo no lo entiendo como muchas personas creen, que lo espiritual sólo se basa en la religión. La espiritualidad también tiene que ver con cómo se siente uno mismo por dentro (*piensa*) Ah, no me sale. Es complejo. Si, eso, que no solamente se relaciona con la religión, sino todo lo que tiene que ver con la parte interna de cada persona.

T: ¿Ha tenido contacto con pacientes que necesitaron de un cuidado espiritual?

E1: Por la manera en que escuché que muchos pacientes se expresaban, sí, si si si. Ya con el simple hecho de escucharlo, ya te das cuenta. Que por más que el paciente no te lo pida, te das cuenta si necesita algún apoyo espiritual, siempre y cuando respetando la creencia de cada paciente.

T: Bien ¿y algún caso puntual que recuerde?

E1: Un caso puntual, mmm. Me tocó una vez, en un paciente que estaba en su lecho de muerte, que él me pedía que le... porque él me preguntaba si yo creía en Dios. Yo le dije que sí. Ya a su vez, me manifestaba miedo. Me acuerdo de un paciente que estaba internado ahí en cama 3, hace mucho. Me manifestaba miedo y me pidió que yo le hablara de Dios (*sonríe*) posta. Me pidió que le hablara de Dios, y yo le dije que sí, yo sí creo. Creo y le pregunté qué, si quería que le hable, qué es lo que exactamente quería que le hable. Y él me dijo: no sé, sabés algún versículo de la biblia. Y ahí yo le dije uno, que eran unos salmos que le había dicho. Y que lo leyera y se lo dije en ese momento. Y él como que no podía dormir, y yo se lo dije, y al rato estaba durmiendo. Pero a su vez también necesitaba a los familiares, él. Quería estar acompañado de la familia. Pero yo le expliqué, que era un turno en el que no se recibía visitas, que al día siguiente iba a recibir la visita.

T: ¿Y qué enseñanza cree que le dejó?

E1: Es que yo creo que él lo manifestó, que necesitaba ayuda. Hay muchos pacientes que no lo manifiestan. Y bueno, eso me enseñó también a observar más a las personas, a escucharlos más. Ponele, él me manifestó que él necesitaba eso, pero hay pacientes que no, y ahí yo empiezo con las preguntas, preguntarle si necesita algo, qué es lo que le gusta hacer, a qué se dedica en su tiempo libre antes de estar internado. Le hago preguntas, si recurría a algún lugar donde se reunía con personas y qué hacían ahí. Y ahí ya me voy enterando si él hacía, no sé, yoga, o si iba a alguna iglesia o algo. Igual a veces, viste, cuando un paciente está orientado, lúcido, se puede preguntar directamente si él cree en alguna religión.

T: ¿Ha tenido experiencias que hayan cambiado tus creencias o valores en relación a la espiritualidad?

E1: Repeteme (...) Cambiado no tanto, pero incluir sí. Incluir ciertos valores, como te decía antes que lo espiritual no solo se basa en una religión, sino incluir todo lo que estás vos por dentro. Más generalizado, pero cambiado no, lo incluí.

T: ¿Cree que los pacientes en estado crítico son más susceptibles a tener necesidades espirituales?

E1: Sabés que me queda una duda ahí Thelma, viste que el paciente a veces está entubado. En ese momento bueno, vos podés hacer con... tocarle la mano, hablarle también, obvio que al paciente aunque esté sedado hay que hablarle. Esto con el manejo del dolor, no sería tanto, sería más técnico no? Porque nosotros también observamos mucho los gestos faciales que hace el paciente. Espiritual, espiritual, yo creo que es cuando, antes de que lo entuben, ponele que el paciente está recibiendo ahí ya la información del médico, que lo va a intubar, nosotros, nuestro apoyo nuestro sería también darle unas palabras de aliento, que va a ser por un cierto tiempo, que va a ser para mejorar su medio interno de él, que descanse un poco. Sino va a estar sufriendo de falta de aire ahí. Emm, a ver, qué te puedo decir (risas). Nada, sería eso más que todo, brindarle apoyo emocional ahí al paciente, porque todo paciente tiene miedo a lo desconocido. Y hay pacientes que nunca se entubaron y peor aún. Tienen miedo a lo desconocido. Pueden tener miedo a no despertar nunca más, en ese procedimiento. Eso, brindarle un apoyo emocional.

T: ¿Considera, entonces, que las necesidades espirituales forman parte del cuidado humanizado?

E1: Si, si, yo lo incluiría ahí. Cuidado humanizado, porque estás respetando igual cada creencia de cada paciente. Y también decir lo que nosotros sabemos, también. Tratar de incluirle también todo lo que nosotros sabemos.

T: ¿Cuáles son las cualidades como persona de un enfermero que brinda un cuidado humanizado?

E1: Y, primero, sentir empatía por el otro, el sentir que puede ser un familiar que está ahí. No solamente es administrar medicamentos, sino también eso, sentir que puede ser un familiar de él el que está ahí, pasando por esa situación. Y, eso.

T: ¿De qué forma lleva adelante el cuidado ante los requerimientos del paciente crítico?

E1: Primero: escuchándolo. Segundo: respetando lo que dice. y ahí, estem, entendiendo, tratando de entender su situación. Nada, con solo escucharlo, ya lo estás ayudando y respetando su creencia o lo que te pida.

T: ¿Qué motiva a un enfermero a brindar un cuidado que tiene en cuenta las necesidades espirituales?

E1: Y...uno sería el brindar una mejor calidad de vida al paciente. Y hacer que el paciente se sienta bien. Eso me motiva. ¿Y cómo lo haces sentir bien al paciente? por empezar, volvemos a lo mismo, al saber escuchar, el saber respetar, eso, qué sé yo, una sonrisa de un paciente, ver que se siente más aliviado. Te motiva eso, y también a su vez eso mismo hace que el paciente se sienta bien en el medio interno también. Que se mejora su frecuencia cardíaca, su presión arterial y todo eso, con todo el apoyo que vos le brindás. Hasta puede dormir mejor. Eso. Te motiva eso: el hacerlo sentir bien.

T: ¿Considera que en todos los pacientes es importante atender a necesidades espirituales?

E1: Yo creo que sí, en todos. Si el paciente no te puede manifestar lo que siente en ese momento porque está intubado, vas y hablás con la familia, escuchás a la familia.

T: ¿Está atento el enfermero a dichas necesidades y a brindar asesoramiento al respecto?

E1: Y la misma familia ya está preparada para cuando, ponele, el paciente sea extubado, y nosotros también. Sí, yo creo que todos los pacientes. Igual respetando siempre, porque hay pacientes que no, no te van a querer escuchar, porque hay muchos pacientes que no creen en nada. Bah, no, no muchos, sino su minoría.

T: ¿Se ha encontrado con dificultades a la hora de brindar cuidados espirituales a los pacientes críticos?

E1: ¿Vos decís si choqué con algún paciente? No... no muchas veces, pero si uno que otro. Como te decía, en su minoría, hay personas que no creen en nada directamente, están como ya, están enojados con la vida, no quieren escuchar a nadie. Es más, los

entendiendo, ya están cansados de tanto sufrimiento, le hacen una cosa, le hacen otra cosa y hay pacientes que ya ni siquiera ya te quieren escuchar. Y eso también hay que entenderlo y eso es parte del cuidado humanitario también. Tener paciencia, quizás en algún momento le va a salir a él solito contarte sus cosas. Tenerle paciencia, no, no, no, no presionar mucho tampoco. Eso.

T: ¿Se acepta y se permite en el servicio, un cuidado espiritual?

E1: Sí, si, si. He visto que los compañeros, los médicos han dejado pasar a los curas, a dar la extrema unción, se llama no?. Sí, si, si, considero. Es más, creo que todos mis compañeros son creyentes. Creen en algo. Así que...No sé si creyentes. Volvamos a la palabra espiritual, que es más amplia. Yo creo que si todos si, lo que observo es que sí, todos mis compañeros los veo que son espirituales. Yo creo que eso también hace que brindemos un cuidado espiritual.

T: En lo profesional, ¿considerás que es necesario modificar algo?

E1: *(piensa un rato)* más comunicación, porque nosotros tenemos que estar unidos para cuidar a un paciente. Si no estamos unidos, no podemos cuidar, y para eso tiene que haber comunicación también. Modificar no sé, porque sería, ¿cómo te puedo decir?, aumentar más la comunicación, reforzar más la comunicación. Eso.

T: ¿Podría mencionar alguna experiencia significativa en torno a este tema?

E1: Yo creo que ya la mencioné, que me pasó con ese paciente. Es raro que los pacientes te pidan eso, directamente, háblame de tal cosa, y te lo diga a vos, ponele.

T: Muchas gracias por compartir!

E1: De nada.

[Luego de la entrevista, ella me preguntó por mis propias experiencias y a medida que le comentaba e intercambiábamos opiniones, ella iba recordando otras experiencias que había tenido. Le pregunté si podía grabarla un momento más a fin de registrar esas experiencias que iba recordando y estuvo de acuerdo]

E1: Ahora que me contás eso, me acuerdo que Atilio me hablaba con los ojos. Yo lo miraba y le preguntaba algo y él, como estaba entubado, me respondía con los ojos. No

sé cómo explicarlo, pero sentía que nos conectábamos así, nos entendíamos. Para eso hay que tomarse un tiempo, escuchar, tener paciencia.

Y te cuento otra, mirá. Fue una paciente que le estaban poniendo una vía central y la paciente estaba re tensa, tensa. Viste que la doctora [*menciona su apellido*]... a veces va y hace. Y vos con el simple hecho de poner tu palma, tu mano, en la frente y tratar de acariciarla un poquito y decirle, explicarle y decirle “tranquila, ya va a pasar”, como que se relajan un poco. Pero si vas y la vas a agarrar como una bolsa de papas, el paciente se pone peor. Con otra abuelita también le hice eso, así en la frente. A mi me sale, no sé, no es que yo lo pienso, en el momento me sale a mí. Ponerle la mano en la frente, y es como que hacen un (*muestra con el cuerpo la relajación o calma*), una caricia así suave, tratar de hacerle piojitos (*risas*) y hablarle, obvio, y ahí como que se calman un poco. Si, había otro paciente también que sentía dolor, y él quería colaborar. Y eso te duele más, cuando el paciente quiere colaborar. Ay no, voy a llorar (*risas...hace silencio un momento*). Y están: “¡pero quedate quieto!” y él cag... de dolor. No...Eso no (*mira hacia otro lado*), tené más suavidad en cómo hablas, tratá de entenderlo, por lo que está pasando.

INFORMANTE: 2 E F 58 11

T: ¿Considera importante brindar cuidados espirituales al paciente en estado crítico?

E2: Para mí sí, así esté entubado, porque viste que el oído es lo último que, dicen, no sé si lo habrán comprobado o no, pero yo pienso que ellos escuchan. Y yo sé que escuchan por una experiencia que tuve hace mucho tiempo en la Española, ¿viste? Así que yo pienso que sí, es muy importante.

T: ¿Qué le pasó esa vez?

E2: Vos sabes que una señora estaba entubada, y el turno anterior no se dio cuenta seguramente, y le apretó tanto el tubo, le anudó tanto, que le apretaba la cara y le presionaba tanto. Y yo vengo a tomar el turno, a tomar los controles, y la veo ¿viste? Y a mi me, bueno, como yo soy re sensible, me largué a llorar. Yo dije “cómo nadie se da cuenta!, le está apretando la cara.” Entonces la nombre por su nombre, ponele Irma,

“Irma, no te preocupes, ahora te voy a sacar esto, qué se yo”, y bueno, le masajeeé y bueno. Mi compañero me miraba asustada como diciendo “a esta qué le pasa, ¿por qué llora?” (*risas*). Pero bueno, y soy así. Entonces bueno, yo le digo “Irma, ya queda poquito para que te saquen el tubo, así que no te preocupes, ahora vamos a hacer más flojito”. Le puse unas gasas, le puse crema, bueno. Cuando ella se despierta, ponele que a las 48 horas, y yo le digo “hola Irma, ¿cómo estás?”, vos sabés que se sentó, ¡de la cama, se sentó! y me abrazó. Y yo ahí entendí que ellos escuchan, que saben, que entienden todo, y no pueden transmitir el dolor. Por eso es muy importante que vos estés atenta, ya sea a los ojos, la boca, la nariz, si está mucho tiempo apoyado de un lado... Todo eso es tan importante y aparte hablarle. Y hablarle, que si cree en Dios, que tenga fé, o que rece, ¿viste? Por ahí cada uno tiene su religión. Esa sería, esa fue la experiencia.

T: ¿De qué manera tiene en cuenta las necesidades espirituales del paciente en estado crítico?

E2: Tenés que observar mucho, prestar mucha atención, todo su cuerpito, ¿viste? Si tiene la boca seca, si ves que la lengua...por eso es todo, es su todo.

T: ¿Cómo atiende las diferentes creencias o religiones que profesan los pacientes, a la hora de brindar cuidados?

E2: Bueno, en ese sentido, yo este, hay muchas personas que no creen en Dios, ¿viste? Bueno, vos respetás su lugar. Pero en caso de que están dormidos, por ejemplo, nos tocó otro caso, de que llegó un cura a dar la unción de los enfermos. No hace falta que estén al borde de la muerte, sino es como para mejorar su estadía o como si tienen...y había uno que no, pero él estaba dormido. Entonces yo le dije al cura, al cura no, al párroco, padre, no sé, le dije que si se le podía dar a él también, porque él no cree. Dice “sí, se le puede dar, si cree o no cree”, y después bueno, es como en caso de que pase algo, que se vaya tranquilo. Ese es mi punto de vista. Entonces bueno, el señor no creía y le dimos, y yo me puse al lado (*risas*).

T: ¿Y ud. qué entiende por espiritualidad?

E2: Y que, en ese punto, ellos están indefensos, entonces vos sos el nexo importante de tomarle la mano, de hacerlo sentir bien, de como yo te decía decirle al oído que rece, que ya falta poco para que esté mejor, que tenga fé. Eso, es muy importante la audición.

Por eso, yo pienso que mientras están dormidos, sos vos el nexo. De ahí después si cree o no cree, o que sé yo, pero es muy importante que ellos no se sientan solos en ese lapso que están, porque vos no sabés dónde están. Algunos no se acuerdan después del midazolam, o la medicación que le pasan, ni se acuerdan. Pero bueno, no importa. Pero vos fijate esta señora cómo se acordó. O sea, se ve que la voz. Así que por eso es muy importante. Somos muy importantes nosotras como enfermeras, en todo sentido. Sí, es muy importante, porque por ahí al familiar se le escapa, o está en su, en su, está cansado, está triste, entonces hay muchos detalles importantes que se le escapan al familiar. Pero estás vos del otro lado, viendo lo que está pasando.

T: ¿Y qué enseñanza cree que le dejaron las experiencias mencionadas?

E2: Igual hablarlo con mis compañeros. La enseñanza sería que bueno, uno tiene que estar más alerta a los cuidados, y por ahí uno anda de mal humor y qué se yo, pero en el trabajo vos tenés que dedicarte pura y exclusivamente a ver en los detalles, ¿viste? Y como experiencia, es como una satisfacción personal. Eso es, una satisfacción linda, que no es pago, no es dinero, no. Es una satisfacción de que vos cumpliste como corresponde. Es mi manera de pensar.

T: ¿Cree que los pacientes en estado crítico son más susceptibles a tener necesidades espirituales?

E2: Yo pienso que sí, yo pienso que sí porque ellos están como, dependiendo el cien por cien de vos. Totalmente, desde mover un dedo, de cambiarle el dedal, que parece una tontería, este, sienten una presión ahí. Cambiarle el dedal, porque es como que vos, o sea, es como ponerse en el lugar del paciente. Viste que vos... yo por ahí me iba a la casa y viste que uno, cuando duerme, te hacés doler las rodillas, al ponerte de costado... vos vas a tu trabajo, y qué hacés? le ponés almohaditas en las rodillas. Osea todas las posiciones que vos por ahí te cansás, entonces vos eso después lo ponés en práctica también, porque ellos no te lo pueden pedir. Es imposible que te lo puedan pedir. Por ahí cuando están despiertos no, porque ellos te demandan, te piden, te dicen "no, este, no, me hace doler". Así que, bueno. Hasta de pasar una medicación, eh, porque...escucharlo, cuando están lúcidos, porque si le duele es por al... es porque realmente le duele, y bueno, que alguno te escuche no sabés como te satisface eso. Porque a mí me pasó, que yo fui a quirófano, y yo le pedí a la enfermera que me atendió,

le pedí al médico, al anestésista, y ninguno me escuchó que me dolía el brazo cuando me...(señala su brazo izquierdo y lo frota) y yo...ninguno... cuando voy a la noche, yo le digo: “vos sabés que cada vez que me pasan medicación, me duele” y una auxiliar que había, que ahora ya no está, falleció esa señora, dice “cuando duele, hay que cambiar”. Así, viste, me dijo. No sabés el alivio que sentía después. Me cambió, me rotó la vía, y eso era nada más, que te escuchen, ¿viste? Pero bueno, a veces como, cuando sos enfermera les cuesta más, este, y más si tenés como, que tenés muchos años, piensan que vos, este, vas a hacer algo, “no, que me...” Uno tiene que ser, viste ... somos los pacientes más difíciles (*risas*).

T: ¿Cuáles son las cualidades como persona de un enfermero que brinda un cuidado humanizado?

E2: Eee, para mí, tranquilidad, mucha paz transmitir, y confianza brindarle que, para que... porque ellos están asustados, porque están con dolores, porque tienen miedo, porque tienen un diagnóstico de un cáncer y ellos lo saben. Así que vos tenés que traer tranquilidad, siempre transmitirle paz, y como que va a mejorar, aunque sea por ahí una mentira piadosa, pero para que ellos puedan sobrellevar el... eso es de parte mía, ¿no? así que, bueno...

T: ¿De qué forma lleva adelante el cuidado ante los requerimientos del paciente crítico?

E2: Y, por ejemplo, primero tranquilizarlo y tratar de entender qué es lo que me quiere decir. Y entonces vos entrás con preguntas y, que te vaya respondiendo por un sí o por un no, o que... ya sea que te apriete la mano, que te pestañee...de esa manera comunicarte para poder, este, ver qué es lo que él requiere. Y vos le mostrás, le vas mostrando “necesitás que venga la familia”, “necesitás que, eee...viste, tener el rosario en tu mano”, o “necesitás que venga el padre”, todas esas cosas, y ellos te van a ir diciendo “sí”, “no”, o si tienen dolor, viste, siempre con gestos, señas. Porque capaz que, la mayoría que están entubados, no se pueden comunicar. Así que bueno

[Interrupción cuando nos traen el pedido]

Una vez nos pasó que había una abuelita que quería tomar café, viste? porque ella sentía, nosotros preparábamos el café, no nos dábamos cuenta, y ella dice que tomaba todos los días a la tarde su café. Estaba operada, tenía como 90 años la abuelita, y dice

“sabés que tengo unas ganas de tomar café”, yo le consultaba a mi compañera. Yo le digo: “sabés que la abuelita quiere tomar café, ¿le podemos dar un poquito?”. “No, estás loca, cómo le vas a dar café!!?”. “Pero yo no le voy a dar una taza de café, le voy a hacer probar, en la (*señala los labios*)”. Bueno, esperamos que se vaya el médico y le fui a mojar la boca con una jeringuita, ¿viste? ¡Cómo me agradecía, como que había sido el tesoro más grande. “Ay, no sabés, ¡yo extrañaba tanto! ¡Gracias!”, me dijo. Pero el médico nunca se enteró. (*risas*)

T: ¿Qué motiva a un enfermero a brindar un cuidado que tiene en cuenta las necesidades espirituales?

E2: Bueno, a nosotros lo que nos motiva es que el paciente al quedar a nuestro cuidado, porque la familia está apenas unos minutos, es este, brindarle la seguridad, acompañarlo y para que, con todos sus miedos que ellos tienen, sus, por todo lo que está pasando...quedan exclusivamente a nuestro cuidado. Así que disponer de todo, es un todo enfermería, no solamente lo que es medicación, si no calmar el dolor, también escucharlos y brindarle si ellos tienen miedo, acompañarlos también a que se sientan cómodos y que se sientan este...¿cómo decirte?, tranquilos y seguros, también, de que quedan solos a nuestra disposición. Que ellos puedan confiar. Entonces uno los ayuda en esa parte también, aparte todo lo que vos escuchás de ellos, que si perdieron un hijo, que si...todas sus situaciones que le llevaron a esa enfermedad y aparte... O si le diagnosticaron un cáncer, acompañarlos con esa parte, que sea más leve.

Y, porque no solamente, o sea, yo pienso que no tenés que ser tan fría. Este... porque vos tenés que ponerte en el lugar del paciente, y que ellos tienen sus creencias, tienen sus...y a veces con su...y respetar mucho eso...este...y yo pienso que te motiva a que ellos en ese momento están como desvalidos y están entregados total y absolutamente. Y como yo te vuelvo a decir, vos sos el nexo que tenés que estar atenta a esas situaciones, porque a veces uno con la rutina no se da cuenta o viene...no es ser automático, y ver, y medicar, y cambiar el suero, y que...pero también está la otra parte que es pero fundamental en una recuperación, así que bueno, o en la estadía que tienen ahí, que no sea tan monótona (*toma líquido*). Es que hay muchas cosas prohibidas, que no una radio, que no un...un...pero si ellos por ahí, eee, escuchan música, les hace bien. Se olvidan de sus dolores, de su todo. Y eso te motiva. Por ahí peleás un poco, pero bueno, generalmente con los que son fríos o están en contra. Nos tocó una situación con

[*menciona a su colega*], pero ahí nos peleamos mal, con el doctor. Al señor le iban a colocar morfina, tenía una insuficiencia cardíaca... en la última fase. No había vuelta, le faltaba el aire, estaba taquicárdico... Entonces lo único que iba a pasar con este hombre: goteo de morfina, y eran como las 12:30, 1, porque estábamos de noche. Entonces cuando yo le voy a colocar la morfina, el goteo, que se yó, agarra, me agarra la mano, me dice que no, que él quería hablar con su familia. La una de la mañana. Y yo le digo: “[*menciona a su colega*], quiere hablar con su familia. Si le damos morfina, se va a dormir, y no...”. Es como cumplirle un último deseo. Y estaba desesperado el hombre, no respiraba bien, había que hacerle... “no, le consultamos al médico a ver si puede llamar a la familia, yo pienso que sí. “Si, si la llamas a mi familia, va a venir”, me decía él. A la una, y yo miraba la hora, y yo digo “a esta hora no sé quién nos va a atender. Bueno, capaz que sí”. Bueno, qué dice el doctor? “No” dice “acá no es lo que dice el paciente, acá, andá [*menciona su propio nombre*] y colocale morfina”. Y yo digo: “pero el paciente quiere hablar con su familia”. “Pero son la una de la mañana, no te das cuenta el horario?”. “Pero doctor”, le digo, “el paciente quiere...” Y bueno, lo intentamos. ¿Qué hace ella?, con el celular acá (*señala la mano derecha*), le dice: “bueno, ¿llama usted o llamo yo?”. Se puso adelante del médico. El médico nos iba a hacer una nota entonces, se re calentó. “Bueno, yo ahora llamo”. Pero no nos dijo: “cuando vengan, quiero hablar yo primero con ellos”. Bueno, nosotros dele esperar a la familia preocupadas. Al ratito llegó la familia, vos sabés, llegó la señora y el hijo. Entonces abrimos la puerta, y qué hacemos equivocadamente? Los dejamos pasar y que hablen, y qué se yo. “Él quería hablar con ustedes, y, porque después le van a poder una medicación, y que no puede hablar” No le dijimos todo, ¿no? Eso ya le corresponde al médico. Así que con mucho cuidado, bueno, los hicimos pasar y estaba agotado, y bueno. Se despidieron. Entonces yo le voy a golpear la puerta al médico (*risas*), yo le digo “doc, llegó la familia, está adentro”. “¿Y quién lo autorizó a entrar?” “Y bueno, ellos querían entrar. Entraron desesperados a ver a su papáy a su esposo” “No, yo dije que yo tenía que hablar con ellos” “A mi, a nosotras, no nos dijo nada” “Con ustedes dos después voy a hablar y les voy a hacer una nota”. “Bueno, haga la nota”. Porque ya es como que, nos molestaba la frialdad, de que él no podía aflorar, si no iba a pasar nada con que ellos hubiesen pasado. Así que, bueno, estuvieron tranquilos, salieron. Yo le digo: “ya están afuera esperándolo”. Dice “acuérdense, con ustedes dos, les voy a hacer una nota” “Hágala, cuando quiera”. La dos ahí, viste, enfrentándolo, porque... Y yo le digo (al paciente) “bueno, ahora sí te

tenemos que hacer la morfina, colocar el goteo, vos sabés que te vas a dormir”. Re tranquilo, nos dio el brazo, le pusimos su goteo y se relajó. No costaba nada escucharlo. Siempre yo digo: escucharlo. Así que, está bien que no van a hacerle todos los caprichos, pero hay situaciones que vos te tenés que poner en el lugar.

T: ¿Considera que en todos los pacientes es importante atender a necesidades espirituales?

E2: Yo pienso que sí. Todos tenemos derecho. Todos por igual.

T: ¿Está atento el enfermero a dichas necesidades y a brindar asesoramiento al respecto?

E2: No todos. Algunos no más. Pero algunos no tienen creencias. No creen en Dios. Yo pienso que los que más creen en Dios, sí, pero los que son ateos no, porque he escuchado compañeros.

T: ¿Se ha encontrado con dificultades a la hora de brindar cuidados espirituales a los pacientes críticos?

E2: No, porque soy perseverante. Hasta que no me... porque si él hubiese dicho que no, los íbamos a hacer pasar igual...si él iba a dormir (*risas*). Para mi no es dificultad. Igual que un día un abuelo, viste, llegan a verlo sus nietos. El abuelo no iba a salir. Siempre me acuerdo de su apellido. El abuelo Cortés. Con mi compañerito, no podían pasar los nietos, la nietita, una nietita que tenía él que era los ojos de su cara. Entonces él nos comentaba y nos hablaba. En la otra terapia, privada. Entonces nos dice: “viste que hay una ley que los chiquititos no pueden pasar, no pueden pasar”. Entonces nosotros decíamos “¿qué pasa si lo ponemos una silla de ruedas, lo sentamos ahí y lo llevamos hasta el pasillo?”. No hacemos entrar a la nena. 9 años tenía la nena. Quería ver su abuelo, y que se yo. Y... primero hicimos el primer paso: pedirle permiso al doctor, de que si podía pasar la nena. “No, Nelly, cómo se te ocurre, que qué se yo, cómo va a pasar la nena”. “Pero el abuelo la quiere ver” “No, no, no, no se puede, no se qué, no la va a ver más, porque no va a salir de terapia” Tenía un cáncer pulmonar. Bue...entonces...eee...y el abuelo dice: “¿por qué no quiere que la vea?” “y no, porque es riesgoso para la nena”. “Pero yo voy al pasillo”. Y bueno, eso me dio la idea, cuando él dice: “yo voy”. No hacemos entrar a la nena, pero podemos sacarlo hasta el pasillo.

Había todo un pasillo así. Pero teníamos que esperar que sea después de las 8, porque a las 8 el doctor se iba y el otro que venía se iba al dormicentro. Como el dormicentro quedaba lejos, así que bueno. Entonces bueno, dejamos todo preparado, que se yo. La mantita, lo envolvimos, lo sentamos en la silla, nada, le dijimos que se quería sentar el abuelo en la silla, que estaba cansado en la cama, bueno. Y yo me fui a la ventana ¿viste? Yo estaba mirando a qué hora se iba el doctor. Y mira para arriba, ¿viste? El doctor (*risas*), y yo le hago (*gesto de saludo*) y me hace así con dudas, viste?, Habrá pensado que... (*risas*)... diría: “esta está entusiasmada conmigo”, vaya a saber que le habrá pasado por... porque era más pícaro. Habrá pensado “ésta está copada conmigo” (*risas*) y no, era que estábamos esperando que se vaya...”listo, ya se subió al auto y se fue”. Claro, se fue al auto y se fue, entonces agarramos al abuelo, lo llevamos para allá, pero para esto le dijimos al hijo, que nos espere con la nena, allá en la, en el fondo donde no la vea el doctor. Así que bueno, y entonces ahí bueno, hicimos ese encuentro. Y vos sabés que la nena lo abrazaba, que sé yo, le decía: “bueno, abuelo, te espero”, dice, “cuando...”. Así que bueno, un ratito no más, y después ya adentro, ¿viste? porque el abuelo necesitaba oxígeno y un montón de cosas. (*toma agua*) Y bueno, como yo te digo, son satisfacciones personales, así vas en contra de un montón de cosas. Como yo te digo, la abuela que no podía tomar café, el abuelo que quería ver a su nieta, este hombre que quería ver a su familia y no la, lo iban a dormir, y no la iba a ver más... entonces nosotros tenemos que estar ahí. Y nos arriesgamos un montón, porque si el doctor se enteraba, no sé, me echaban.

T: ¿Se acepta y se permite en el servicio, un cuidado espiritual?

E2: Yo pienso que sí, que se acepta, porque cuando viene el cura, viste que todas le abren la puerta... si es otra religión también, que no necesita ser solamente católico. O... otra religión, como reiki, otras... se aceptan esas cosas. Imposición de manos, algunos que vienen y le... o sea todas esas situaciones, hasta ahora no...ojalá que no, que no haya.

T: En lo profesional, ¿considerás que es necesario modificar algo?

E2: Y, la comunicación. Entre los médicos y enfermeras, como que ahí veo como un corte, y que ellos tienen otros pensamientos, que por más que...por eso nos chocamos. Porque ellos tampoco escuchan nuestro punto de vista, porqué nosotros hacemos eso.

Si ellos lo entendieran, o nos escucharan, por ahí sí se lograría...pero viste que hace tiempo que está eso, que quieren, tienen que comunicarse y...falta mucho eso...No todos, viste que siempre hay un grupo, o una, un punto de vista, que son más fríos. Sí, no todos, y según cómo le hables por ahí te...por ahí como me ven más viejita, no me dan mucha...pero bueno, o me escuchan “bueno [*menciona su propio nombre*]”. Me pasó en el tiempo del covid, te acordás que [*menciona el apellido de un médico*] decía... le sacaba él el tubo, o sea le desconectaba el respirador del tubo porque ya era un paciente grande, o porque él elegía. Y a mí eso un día me pareció mal, entonces yo le dije “usted no tiene que decidir, Dios es el que decide cuándo se va el paciente” Entonces cuando estaba yo, él se cuidaba, “ah, cierto que está [*menciona su propio nombre*]”, pero es que no tengo que estar yo. Él tenía que considerar que bueno... “Sí, pero tengo otro paciente afuera” Y bueno, pero, para qué, si vos dijeras que al paciente lo ibas a sacar, entonces vos veías...TAC...y después yo cuando por ahí veía hacer eso, trataba de no ver, ¿viste? porque yo me ponía en ese lugar de hija o de nieta, que si vos ves eso, no,.. cuando Dios decida llevarse, que se lo lleve...o que cada uno tiene su tiempo. No que vos apures la situación. Pero bueno...

T: ¿Podría mencionar alguna otra experiencia significativa en torno a este tema?

E2: Me pasó con otro paciente, hace poco, que él no quería más nada, y sin embargo querían hacerle hasta un catéter de diálisis. Si no es porque la familia dice que no, basta...pero el antes de dormirse, le dijo a la doctora, “no me hagan más nada, ya está” y nadie lo escuchó. Siguieron como ensañados en ponerle dopa...él murió re rígido, porque viste que la nora [*noradrenalina*] cuando está muy alta, como que te, no sé que es lo que te produce, te... rígido. Y respetar la voluntad de ellos. Si ellos te dijeron que no querían más nada, es decisión propia del ser humano que...vos dijiste...y vos le podés dar las chances y decirle: “mirá, pero esto te va a ayudar a esto”. Bueno, pero el paciente decida. Si dijo que no, “hasta acá llegué”, listo. Respetalo, no lo sigas pinchando.

INFORMANTE 3 LE F 39 12

T: ¿Considera importante brindar cuidados espirituales al paciente en estado crítico?

E3: Em, sí, sí, sí considero importante. A veces, por ejemplo, los pacientes, bueno, no están lúcidos y también es importante que está ahí la familia igual. O sea incluirla, pero el paciente que no está lúcido también para mí sí, es muy importante.

T: ¿De qué manera tiene en cuenta las necesidades espirituales del paciente en estado crítico?

E3: Eh, primero se habla con la familia o con el paciente, en caso que no esté, digamos, crítico o entubado, que no pueda comunicarse. Y depende de sus necesidades, porque a veces son diferentes a las nuestras, porque tenemos que tener en cuenta lo que ellos piensan, es lo que uno responde. Por ejemplo, no sé, a veces quieren un sacerdote, un pastor, y a pesar que uno no cree, ponele. Ciertas cosas sí y otras no, uno incluye eso y le da también permiso, autorización para que ellos ingresen, respetando también sus necesidades espirituales, con respecto a ese aspecto. Pero, mmm, sí, es importante. Para ellos es importante igual.

T: ¿Y ud. qué entiende por espiritualidad?

E3: Emm (*piensa*) bueno, no solamente lo que es el sacerdote o pastor, no solamente eso la parte espiritual, digamos en ese aspecto. Sino también todo lo que esa persona necesita. No sé cómo decirlo. Espiritual, como lo que para esa persona es importante, para esa persona X, qué es importante para ella. Que a veces nosotros, viene la familia en otro horario, en otro turno, y nosotros lo dejamos pasar igual. Si para esa persona es importante, eem, pasan a cualquier hora. Si vienen a las doce de la noche, o si vienen a cualquier hora, nosotros lo dejamos pasar igual.

T: ¿Ha tenido contacto con pacientes que necesitaron de un cuidado espiritual?

E3: Emmm, bueno, espiritual por ejemplo. Hay personas que vienen y le hacen, que yo veo, que le hacen eee reiki, o le hacen, le tiran esas energías o vibras, no sé cómo decirlo...o que llaman para el sacerdote, eso que te comentaba, o pastor...o... esa persona X que ellos necesitan. Pero si todos, o sea en un momento, piden esa, esa parte. Necesitan de esa parte igual.

T: ¿Y alguien en algún momento se lo manifestó directamente?

E3: Los familiares más que nada... manifiestan eso. Capaz que el paciente a veces no, pero ellos piden, como que hablan con el paciente, que no puede pedirlo, y nosotros lo respetamos. Pueden pasar igual, esa persona o...

T: ¿Ha tenido experiencias que hayan cambiado tus creencias o valores en relación a la espiritualidad?

E3: Emmm, no, no que haya cambiado sino que uno como que amplía ese campo de...o esa visión de espiritualidad también por ellos, también. Capaz que uno pensaba, yo por ejemplo, soy más de la parte por ejemplo que es catolicismo, todo eso, uno llama al sacerdote, otro por ahí llama al pastor o...pero, no es que me haya cambiado, sino que es respetar a la otra persona.

T: ¿Cree que los pacientes en estado crítico son más susceptibles a tener necesidades espirituales?

E3: No, yo creo que todos necesitan esa espiritualidad. Nada más que cuando están en un estado crítico, y, como que ellos eee, se les viene en mente todo lo que es espiritual, pero como que piensan tal vez, como que es su último momento, entonces les viene esa necesidad, de la espiritualidad. Pero todo el mundo necesita, estando crítico o no, esa espiritualidad, para mí.

T: Bien y con respecto al cuidado humanizado, ¿considera que las necesidades espirituales forman parte del cuidado humanizado?

E3: Para mí, están incluidas ambas cosas, porque si o si, uno va a brindar cuidado humanizado, es el respeto hacia la otra persona, también la parte de la espiritualidad. Así que yo creo que uno va de la mano del otro. Si, nunca podrían estar separados, para mí, cuidado humanizado con la espiritualidad.

T: ¿Cuáles son las cualidades como persona de un enfermero que brinda un cuidado humanizado?

E3: Eh, una de las cualidades que tienen para mí es la empatía, es poder entender a la otra persona, ponerse en el lugar de la otra persona, porque sino jamás podrían ver esas necesidades, sino pensás en el otro digamos, pensás solamente en uno. Emmm, pero, eso es bueno, lo más importante, por ejemplo. Y son, y se nota quién sí y quién no,

digamos. No sé, es tal vez el amor que le pone uno en lo que hace. Entonces, y, eso hace que respete a la otra persona, con todo, sus necesidades, no solamente espirituales.

T: ¿De qué forma lleva adelante el cuidado ante los requerimientos del paciente crítico?

E3: Uno, es bueno, lo más importante, es hablar con la persona, o sea estar ahí, y con la familia, incluyéndolos a ellos, porque ellos necesitan a la familia más que a nosotros. Nosotros los cuidamos, pero ellos necesitan del apoyo de ellas, porque nosotros somos desconocidos para ellos, a pesar de que uno haga lo que pueda hacer, con todo el amor o con todo lo que uno es, eh, nunca vamos a darle ese apoyo que le dan ellos, que nosotros queremos brindar pero nunca vamos a llegar a brindarles, digamos. No sé cómo decirlo, pero...para mí es eso. Porque acá están ellos solos, nos tienen a nosotros no más, y nosotros somos unos desconocidos para ellos. Así que lo importante es la familia, por eso es que uno a veces abre la visita a la hora que sea, que se yo, los quieren ver un ratito, nosotros nos hacemos un tiempo. Lo importante que es para ellos eso, una terapia a puertas abiertas, de un cuidado humanizado, de ser personas más empáticas con ellos, algo que antes no se hacía, pero ya, eso se debe hacer siempre en realidad, pero bueno...

T: ¿Está atento el enfermero a dichas necesidades y a brindar asesoramiento al respecto?

E3: No, algunos enfermeros si, pero ya, yo creo que son la esencia de ellos igual ese brindar asesoramiento y otros, algunos enfermeros a veces están ocupados, o uno mismo está ocupado en otras cosas o en otros pacientes, entonces no tiene en cuenta nuestros tiempos, los tiempos de ellos. Pero cuando uno se hace un tiempo, o está más tranquilo, en el horario de visita, acercarse y hablar con ellos también. Pero eso está en cada uno, y cada uno es distinto...así que ...por ende no todos vamos a brindar lo mismo.

T: ¿Qué motiva a un enfermero a brindar un cuidado que tiene en cuenta las necesidades espirituales?

E3: Yo creo que verlo bien nos motiva, que dentro de lo posible, pueda estar mejor de lo que está sin nuestra atención.

T: ¿Se ha encontrado con dificultades a la hora de brindar cuidados espirituales a los pacientes críticos?

E3: Emm, no, o sea... A veces uno no sabe por ejemplo muchas cosas internas entre la familia y ellos. Entonces uno piensa que está ayudando y capaz que el familiar no quiere estar eeem con esa mmm con la familia...por ejemplo, con un paciente que tuvimos en el box 7, con bueno, voy a decir el nombre no más, sin el apellido, con Pablo, uno pensaba que al ingresar la mamá, él iba a estar bien, y él sin embargo no quería ver a la madre. O sea, él quería ver solamente al hermano. No quería ver a la ma...y la madre estaba mal, quería verlo y después a la madre la tuvieron que, una doctora la tuvo que retirar de la habitación porque él no la quería ver, lamentablemente, no. Pero son cosas que uno supone que está haciendo bien y pero para él, pero él no quiere, digamos...entonces ese respeto a que, a su decisión. En ese caso, con él, podíamos hablarle, preguntarle, a él, pero con otra persona no podríamos saber, digamos si está entubado. Igual se respetó porque se le preguntó, en realidad, pero la madre entró primero igual, a pesar que nosotros llamamos al hermano, la madre entró igual, un ratito. No quiso no verlo antes de la entubación, pero sabía que después no salga, y fue así, ¿no? Pero, pero eso es, que bueno, uno intenta respetar pero después la familia quiere entrar igual, es como que no se respeta mucho igual, por más que lo intente.

T: ¿Se acepta y se permite en el servicio, un cuidado espiritual?

E3: Si, yo creo que la mayoría brinda un cuidado humanizado digamos, en lo que podemos, la mayoría, no son...no, son muy poquitos que es porque en realidad porque pasa algo dentro del servicio y uno tiene que separar eso y bueno, después se hablará con la familia, con X persona que este, pero eee... y con respecto a la espiritualidad, bueno, no todos tampoco...es como, capaz una minoría que no, que no lo ve, pero no, generalmente se brinda un cuidado humanizado, en el servicio.

T: En lo profesional, ¿considerás que es necesario modificar algo?

E3: Ay, ¿qué se puede modificar?...No, porque, bah, yo no sé, una vez tuve una capacitación de cuidados humanizados pero uno ya brindaba ese cuidado humanizado antes. Es como que está en uno, para mí, no que, porque no, la espiritualidad ya viene de la esencia de uno, de su, tal vez de su vida, digamos, de su historia y no podés hacer

una capacitación de espiritualidad, que la persona...la persona no va a cambiar por más que escuche una charla de espiritualidad, o de humanización si esa persona no es humana ya. Para mí no...es como que es la esencia de la persona, es complicado poder cambiar eso.

T: ¿Podría mencionar alguna experiencia significativa en torno a este tema?

E3: Emm, bueno, uno era este caso de Pablo, y otra de una paciente de posoperatorio que, bueno, yo porque tenía tal vez, era amiga de la familia, bah, conocida de la familia y...pero es algo raro, porque, es como que esa señora estaba bien, en un box 1, por ejemplo, en la terapia vieja y...yo me fui de franco, ella sabía que estaba mal porque tenía un cáncer, y cuando yo la soñé a ella, eee, yo la soñé, por ejemplo en ese box, en el box 1, que estaba entubada. O sea, ella bajó en realidad, había una paciente en ese box 1, pero en mi sueño ella estaba en ese box, y yo digo "qué raro, cómo puede estar, si ese box estaba lleno"...sabés que esa persona del box 1 bajó, ella subió y la entubaron, así como yo la soñé. Como que en el sueño me...ella me lo hubiese estado diciendo, no sé, algo así, como que eso me quedó siempre grabado, esa señora. Pero a la vez tenía una paz, de que sabía que se tenía que ir, a los hijos iba a dejar solos, chicos, pero sabía que no le quedaba mucho tiempo. Entonces como que si se hubiese ...lo soñé...la soné a ella que estaba ahí, pero que ella se iba en paz digamos. Y después estuvo ahí, justo yo venía del franco y la habían entubado como la soñé..a ella...pero fue como pocas personas que me pasan así esas cosas. O por ejemplo, yo si son pacientes, por ejemplo, terminales, como que yo, yo, mi costumbre, es como despedirme de ellos. Como que les hablo, como que les rezo así un poco, y como que ya, si se tienen que ir en paz, que se vayan, porque tampoco...es feo verlos sufrir o agonizar...agonizar antes de irse porque ese es el dolor tanto del paciente como de la familia, o nuestro, de verlo...que nosotros no hacemos nada como para que, para que ellos mejoren...o sea hacemos muchas cosas para que mejoren pero ellos nunca, nunca responden a todo lo que hacemos y, y bueno, ya, como que hay un límite también nuestro, de no seguir ya. Como que ellos se van en paz, digamos, y yo me quedo en paz. Algo así sería. Una sensación extraña pero es como que, es como un grano de arena mío, capaz, conciente, inconciente, emm...y eso es lo que me da paz, sí, me da paz.

INFORMANTE 4 E M 31 2

T: ¿Considera importante brindar cuidados espirituales al paciente en estado crítico?

E4: Eh, sí lo considero importante, pero no estaría sabiendo cómo llevar a cabo un cuidado espiritual, porque yo no soy una persona muy espirituosa que digamos. Pero sí me gustaría.

T: ¿Ha tenido contacto con pacientes que necesitaron de un cuidado espiritual?

E4: Sí, he hablado con personas que han tenido necesidades espirituales. Ellos te manifiestan como que... siempre hacen alusión a Dios o me aconsejan a mí, como que las cosas que uno tiene que hacer en la vida para para que tengamos un...cómo te lo puedo decir...un mejor...muerte tranquila, ¿no? ¿se podría decir eso? una mejor muerte. Me han hablado pero no sé si eran pacientes, uno lo interpreta como si están desorientadas o están...me pasó una vez con una señora que era muy viejita que estaba en cama 2. Siempre le hablaba, y le hablaba de mí a la familia, y era re católica la viejita igual. Bueno, yo, en mi familia son todos re católicos igual. Y, después cuando se murió me trajeron una cartita personalizada con mi nombre, todo. Es porque yo la escuchaba no más. Tan solamente el escuchar es como que a ella le hacía bien y... me trajeron una cartita. Me pidieron una foto, la hija...me saqué una foto con la hija. Nada que ver...y no, y eso.

T: ¿Y qué enseñanza cree que le dejó?

E4: Eh, no sé. No sé qué tipo de enseñanza, eh, no...a comprender y entender los distintos puntos de vista de las personas. Bueno, igual, los pacientes conmigo pueden hablar de todo, porque no tengo drama de hablarles...soy muy accesible en eso.

T: ¿De qué manera tiene en cuenta las necesidades espirituales del paciente en estado crítico?

E4: La manera que los tengo en cuenta es hablándoles constantemente, preguntándoles cómo están, tratando de acompañarlos, ¿viste? Tratando de ser buena onda. No quedar pesado igual. Viste que a veces caes haciéndote el buenito, y los viejos están re mal. Y tratar de satisfacerlos en todas las necesidades que ellos tengan, que se sientan cómodos. Si los pacientes en estado crítico tienen alguna creencia o algo, tratar de que esté presente para ellos, para que estén más tranquilos. Como los viejitos que les dejan

las estampitas y si ellos están felices con sus cosas ahí, y los representa, y les trae satisfacción, bueno. Estoy de acuerdo con eso. O que les dejen colgaditos los rosarios y ellos se sientan bien. Estoy de acuerdo en todos los aspectos que le hagan bien al paciente, para un mejor bienestar.

T: ¿Cómo atiende las diferentes creencias o religiones que profesan los pacientes, a la hora de brindar cuidados?

E4: Ah...y...eee...he atendido a estos que son...los testigos de Jehová, ¿no son? ¿los que no se pueden transfundir?

T: Sí

E4: Y que hay que comprenderlo, y que tienen que pasarse la medicación esa subcutánea, que duele cualquier cantidad. Y si se acepta, pero bueno, también hay que lidiar con el dolor. Yo me acuerdo de esa pobre mujer. El pinchazo que era todos los días en el brazo, ponérselo y sufriendo, tan solo pudiendo hacerse una simple transfusión. Y no sé porqué esa, esas religiones van en contra de esa, de esas maniobras pero para evitar tanto dolor capaz que me pondría y le pasaría una unidad. Mal, sufrís un montón.

T: ¿Y ud. qué entiende por espiritualidad?

E4: ¿Qué entiendo yo por espiritualidad? (*piensa*)... eee yo entiendo de cómo puede ser...eee...en el estado de bienestar que se siente una persona ...una persona logra un bienestar teniendo una cierta creencia o, o haciendo alusión, o pensando en algo que le hace bien. Eso es lo que en realidad lo tranquiliza. Calculo que la espiritualidad viene por esa mano.

Algo que te hace bien, te... te da contención, que vos decía, bueno, puedo acudir acá, a esto, a esta taza (*toma una taza*) y contemplarla, y me voy a sentir bien. Pero bueno, hay gente que piensa eso...si, si...pienso eso.

T: Bien...y ¿hay alguna experiencia que hayas tenido que haya cambiado tus creencias o valores en relación a la espiritualidad?

E4: Eee...bueno, el espíritu viene de un ser de que, como que, un ente que no es de... físico pero que existe...eso se refiere el espíritu ¿no? a lo espiritual, viene de ahí... Yo lo

que...mmm...he tenido contacto con espíritus, pero no me han cambiado mis creencias y eso. He escuchado cosas, yo...me ha pasado una experiencia que a mí se me murió un amigo en mi casa, al lado mío... y el día, bueno, yo, yo le dije a mi mamá el día que explotó la moto y eso, que yo iba a arreglar el quincho. Yo no quería que venga ningún albañil, yo lo quería arreglar porque yo...nosotros con mi amigo eramos una...yo a él lo conozco de los 2 o 3 años, y hacíamos todo el día cagadas, eramos todo el día, muy maldadosos...y bueno, yo le decía, pensaba por dentro, y le hablaba a él: "mira la cagada que hicimos, no lo puedo creer". Hasta se murió, cobró su vida de él ...me pasaba que cuando íbamos a...bueno, estaba toda la pared quemada, el techo, y había que sacar la primer capa de pintura, de cemento, así que le mandamos amoladoras, ¿viste? compramos amoladoras con mi tío. Vino mi tío de Chile a hacerme el aguante y la lijamos toda, todo el quincho. Nos pasaba que la moladora andaba, no andaba, andaba, no andaba... yo pensaba por dentro: "este cabezón de mierda, que me está molestando, me viene a joder" y después como que no sé, después de ese momento yo quedé muy asustado. Yo no podía ir a mi casa, y dormía con la luz prendida, igual, no...como 5 meses dormía con la luz prendida a la noche, no podía dormir bien, me iba a la casa de mi tía. Pero no sé, después solo, sin ayuda de nadie...no sé, lo canalizaba todo mi, mis emociones haciendo no sé, andando en bici, haciendo ejercicio y ahí como que calculo que yo ahí encontraba mi relajo... pero nunca acudí ni a la iglesia, ni a ningún tipo de lugar, psicólogo, alguien que me pueda...todos me pedían: "¿por qué no vas al psicólogo?" "¿por qué no vas a la iglesia?", porque vos no debes estar bien, y yo, "no, yo me siento bien", le digo...por ahí hay momentos que uno quiere estar solo, pero siempre hablo con él, lo siento así a mi amigo. Siempre que veo un aguilucho, así, un halcón, pienso que es él, porque siempre aparece un aguilucho cuando yo estoy haciendo alguna cosa que me gusta, y que me hace recordar a él, y le hablo, así...pero más que eso, espiritual es eso, lo que lo relaciono yo. No, más que eso no.

T: Y con respecto al paciente, en estado crítico, ¿Cree que son más susceptibles a tener necesidades espirituales?

E4: Si, calculo que sí, que hay que cumplir las necesidades, porque, para que estén tranquilos ellos, puedan descansar en paz, que no se vayan con, con nada que le quedó de deuda, que puedan desahogarse, sentirse...suponete viste que hacen la unción de los enfermos los curas, y hay viejitas que son tan religiosas que, por ahí a uno no le

importa, pero a ellos le hace tan bien ver al cura que los viene a bendecir o a darse su palabra, o como los pai y eso, que han venido a ver a su esposa y se relajan.

T: ¿Cuáles son las cualidades como persona de un enfermero que brinda un cuidado humanizado?

E4: Las cualidades de un enfermero que realiza cuidados humanizados? Eee...saber escuchar, atender las necesidades de las personas, atender a la familia igual, porque la familia influye mucho en eso, acompañarla, explicarle las cosas, eee y si se sienten bien, suponete la señora de la cama 1 tiene las estampitas esas pegadas y la familia se siente bien viendo las estampitas...el otro día se desapareció una y ya estaban como moto. Y se canalizan a través de eso, así que sí, como que tratar de tener esos cuidados ahí para mayor bienestar del paciente y de la familia.

T: ¿Considera, entonces, que las necesidades espirituales forman parte del cuidado humanizado?

E4: Eee...yo calculo que... que hay que estar preparado para realizar un cuidado espiritual. Yo no podría ir a ...no sabría brindar un cuidado espiritual. Simplemente trato de acompañar a la persona en , en el proceso que está atravesando, a la familia y eso... capaz que habría que...capaz si es un enfermero muy culto que sabe de todo un poco, le podría ayudar y brindar, pero no, yo no podría.

T: ¿De qué forma lleva adelante el cuidado ante los requerimientos del paciente crítico?

E4: Y bueno, escuchándolos, a ellos o a los familiares, preguntando, observando qué necesitan... si tienen dolor, ayudarlos a calmarlo, avisar al médico, esas cosas.

T: ¿Qué motiva a un enfermero a brindar un cuidado que tiene en cuenta las necesidades espirituales?

E4: Lo que motiva es eee... la tranquilidad mental que, que tiene el paciente porque si los ven tranquilos y eso, y yo, uno pretende encontrar el bienestar del paciente, ya sea mentalmente o espiritualmente.

T: ¿Considera que en todos los pacientes es importante atender a necesidades espirituales?

E4: Si, en todos los pacientes, yo calculo que en todos, aunque sean personas que no se comuniquen, o personas que vos decís “este es secote, serio” o con personalidades fuertes, creo que en el fondo lo necesitan. Creo que todos lo necesitan. No lo demuestran, pero creo que sí.

T: ¿Está atento el enfermero a dichas necesidades y a brindar asesoramiento al respecto?

E4: Yo lo que he visto que no, muy pocos, muy pocos, los compañeros o personas que le interesa eso... este..pero se trata de estar la mayor, abarcar la mayor...la mayor cantidad de cuidados para el bienestar del paciente

T: ¿Se ha encontrado con dificultades a la hora de brindar cuidados espirituales a los pacientes críticos?

E4: No, creo que no, ningún tipo de dificultad. Bah, a las personas, a hablar y eso, no creo no, o comunicarme, ya sea con palabras o visualmente no más, no creo que no. Procedimientos y eso, sí, es distinto, pero si no, con las personas, acompañarlas en su tristeza y eso...a veces cuando están muy angustiadas y eso, uno trata de, de no ser tan fuerte con las palabras o no decirle nada que lo lastime. Capaz que esas son las dificultades que uno atraviesa, de no pasarse de la raya hablando o a veces, viste que se habla mucho o ... capaz que la dificultad puede ser en el ambiente laboral que se habla mucho y los pacientes están escuchando todo. Capaz que a uno mismo le pasa, estás hablando boludeses y te escucha el paciente y se lo toma distinto. Esas pueden ser capaz los tipos de dificultades exteriores, no interiores.

T: ¿Se acepta y se permite en el servicio, un cuidado espiritual?

E4: Si, si calculo que si, que se acepta. Porque hemos tenido gente de todo tipo y se acepta todo. Se habla, si...

T: En lo profesional, ¿considerás que es necesario modificar algo?

E4: Emm, no, creo que no. La comunicación un poco más quizás. La familia hay muchas cosas que no cuenta, cosas que pueden modificar al paciente para hacerlo sentir mejor.

T: ¿Podría mencionar alguna experiencia significativa en torno a este tema?

E4: No, no, experiencias no. Uno igual siempre si, uno guarda los conocimientos, lo poco que uno adquiere, siempre lo incorporo, pero no. Que yo me acuerde experiencias no, a no ser que yo soy muy de.. no...lo asimilo así no más, muy por encima, y no me guardo nada, como que no me lo llevo a mi casa. Es como que lo que pasa acá en el trabajo, queda acá y trato de no llevarme todo igual, las angustias, y las cosas que veo... suponete como pasó con el paciente de cama 5, que el no quería que le entreguen la carta, que estaba re angustiado, llorando, antes de entubarlo, Y yo estaba ahí al lado de él, y trataba de tranquilizarlo y le decía "tranquilo, no hablés", le decía, como para que pueda oxigenar mejor, y no, en ese momento no sabés qué decirle o algo para que el hombre pueda tranquilizarse. Está en desesperación y angustia... y él simplemente pensaba por dentro en su familia. Creo que la angustia era eso...eso era lo que más lo angustiaba a él, que él no quería que su familia lo vea así. Y ahí en ese caso creo que no se respetó lo del cuidado ya sea espiritual o...del paciente, porque lo entubaron y él no quería que lo entuben, no quería que a la mamá le dieran la carta, y le dieron la carta igual. Así que no, hace rato que me decías si he visto, y eso es algo que no me gustó, y se hace siempre. Viste...y bueno...y yo lo que modificaría sería es capaz hablarle al profesional que hace esas cosas, pero con el miedo de como que ellos tienen más jerarquía y nosotros, no es que somos, nos tratan como que somos inferiores, te pueden, te podés quedar sin laburo, o cambiarte de servicio. Así que uno se tiene que callar y esas son las cosas que uno no, trato de no llevarlas a la casa, ¿viste? Te guardas la bronca, te la tomás, y ya está.