

**PERCEPCIÓN DE LA ESPIRITUALIDAD Y EL CUIDADO ESPIRITUAL
EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN LA UNIVERSIDAD EL
BOSQUE DE BOGOTÁ**

**Diego Alexander Forero Hernández, Lina Marcela Ortiz Gutiérrez, Lina Marcela Pico
Sánchez, Heidy Lorelly Rodríguez Toro, Claudia Lorena Sánchez Latorre**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE ENFERMERÍA BOGOTÁ
D.C.
2019**

**PERCEPCIÓN DE LA ESPIRITUALIDAD Y EL CUIDADO ESPIRITUAL EN
ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE DE BOGOTÁ**

En el marco de la investigación docente titulada:

“Efecto de una intervención educativa aplicada a estudiantes de enfermería de último año para fortalecer el cuidado espiritual a personas con enfermedad crónica”

Investigadoras principales:

Lina María Vargas-Escobar

Mildred Guarnizo-Tole

Presentado como requisito parcial de grado por los estudiantes:

Diego Alexander Forero Hernández , Lina Marcela Ortiz Gutiérrez , Lina Marcela Pico Sánchez , Heidy Lorelly Rodríguez Toro, Claudia Lorena Sánchez Latorre

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

BOGOTÁ D.C.

2019

CONTENIDO

RESUMEN	5
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
2. ESTADO DE LA CUESTIÓN	12
2.1. Percepción espiritual o percepción de la espiritualidad	12
2.2. Espiritualidad	14
2.3. Beneficios de la espiritualidad para la salud	16
2.4. Percepciones de la espiritualidad por parte de los pacientes	18
2.5. Cuidado espiritual	21
2.6. Teorías de enfermería que abordan la dimensión espiritual	22
2.9. Conclusiones derivadas del estado de la cuestión	27
3. OBJETIVOS	28
3.1. Objetivo general	28
3.2. Objetivos específicos	28
4. PROPÓSITO	29
5. METODOLOGÍA	30
5.1. Descripción del diseño	30
5.2. Riesgos del estudio	31
5.2.2. Validez externa	33
5.3. Población y muestra	33
5.3.1. Criterios de inclusión	34
5.4. Procedimiento de recolección de los datos	34
5.4.1. Instrumento de recolección de los datos	35
5.5. Plan de análisis de los datos	36
5.6. Consideraciones éticas	36
6. RESULTADOS	38
7. DISCUSIÓN	50
8. CONCLUSIONES	56
10. BIBLIOGRAFÍA	58
11. ANEXOS	64

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de los estudiantes según el semestre	35
Tabla 2. Estructura general del SSCRS	37
Tabla 3. Caracterización sociodemográfica de la muestra	40
Tabla 4. Distribución de los datos relacionados con el cuidado espiritual IV a X semestre	42
Tabla 5. Resultados totales de las subescalas del SSCRS.....	44
Tabla 6. Resumen de contraste de las hipótesis	46

LISTADO DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Percepción total de la espiritualidad y el cuidado espiritual	43
Gráfica 2. Comparación del total de la Escala SSCRS	45
Gráfica 3. Comparación de la sub-escala cuidado espiritual por semestre	48
Gráfica 4. Comparación de la sub-escala religiosidad por semestre	49
Gráfica 5. Comparación de la sub-escala espiritualidad por semestre.....	50
Gráfica 6. Comparación de la sub-escala cuidado personalizado por semestre	51

LISTADO DE ANEXOS

Anexo 1. Ficha de caracterización de los estudiantes de enfermería.....	66
Anexo 2. Escala de medición de espiritualidad y cuidado espiritual (Versión en Español)	78
Anexo 3. Consentimiento informado.....	81

RESUMEN

Objetivo: Describir y comparar la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual de los estudiantes de enfermería de cuarto a décimo semestre de la Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque.

Métodos: El diseño del estudio fue descriptivo, comparativo y de corte transversal. El tamaño de muestra correspondió a 253 estudiantes de Facultad de Enfermería de IV a X durante el año 2018-2. El tipo de muestreo fue por criterio, y participaron de forma voluntaria los estudiantes que cumplieron los criterios de inclusión, que para este caso indicaron que los participantes debían encontrarse matriculados, pertenecer a los semestres IV a X del Programa de Enfermería en el momento de realizar la medición. Los datos se recolectaron a través de autodiligenciamiento de una ficha de caracterización sociodemográfica y de la Escala de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual (SSCRS). El estudio fue catalogado como “sin riesgo”, se diseñó un consentimiento informado y se asignó un código a cada uno de los participantes que garantizó la confidencialidad.

Conclusiones: Es reconocida la necesidad de recibir una formación que propenda por la adquisición de competencias y habilidades que abarquen la espiritualidad y cuidado espiritual en los estudiantes de enfermería. Esto no solo para ser llevado a su vida propia, sino para que en la vida profesional provea un cuidado integral que contempla todas las dimensiones de la vida, y que sea reconocido por sus altos estándares de calidad.

Limitaciones: La medición se realizó en una única institución de naturaleza privada.

PALABRAS CLAVE: Atención de enfermería, espiritualidad, estudiantes de Enfermería

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el presente estudio se planteó la necesidad de investigar sobre la percepción que tienen los estudiantes de pregrado del Programa de Enfermería de cuarto a décimo semestre de la Universidad El Bosque sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual.

Es importante considerar que en el Programa de Enfermería, se inician prácticas desde primer semestre; sin embargo, las prácticas clínicas formativas se dan a partir de cuarto semestre, por esta razón se considera que los estudiantes en este momento han avanzado en sus conocimientos y formación alrededor del cuidado y han dado paso a las primeras interrelaciones entre estudiante-paciente, lo cual fundamenta la interacción real entre ambos y la consciencia de una valoración, y abordaje integral que no solo incluye el componente biopsicosocial, sino también espiritual.

Según Nascimento y colaboradores, los requisitos para cuidar de la salud se basan en las necesidades de las personas y la mirada integral que se le brinde al paciente; y en ese sentido, se ha hecho un llamado a la disciplina para que la dimensión espiritual sea tenida en cuenta como parte esencial del ser humano, a la vez para que el profesional de enfermería sea más sensible al llamado de atender las necesidades derivadas de esta dimensión y reconozca su importancia (1). De esta manera, se hace indispensable que los estudiantes de enfermería reciban una formación adecuada sobre la manera de abordar la dimensión espiritual de sus pacientes, y así poder responder a sus necesidades espirituales con una atención integral.

Estudios como los de Kalkim y colaboradores, López y colaboradores y Lunasco, realizados en estudiantes de enfermería en diferentes países, resaltan la necesidad de conocer sus percepciones sobre el tema. Resaltan el interés y la importancia que representa la espiritualidad de este talento humano en formación para poder proporcionar cuidado espiritual de calidad. Además, de la carencia de ayuda espiritual que los pacientes ostentan en los espacios donde se lleva a cabo la atención en salud (2), (3), (4).

Kalkim y colaboradores, realizaron una investigación que midió los conocimientos, prácticas y percepciones de la espiritualidad y cuidado espiritual de estudiantes de enfermería en Turquía, que tuvieran experiencia práctica con pacientes entre 2015 y 2016. Se obtuvo como resultado que el 50% de los estudiantes afirmaron tener algún tipo de conocimiento sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual, el cual fue adquirido durante su proceso formativo 56.5%. No obstante, los estudiantes expresaron que este era insuficiente, indicando que el factor que les impidió brindar una adecuada atención espiritual, fue la falta de preparación 58.3%. También manifestaron la necesidad de actualizarse y adquirir nuevo conocimiento sobre el tema 83.3% (2).

El estudio de López y colaboradores realizado en Australia, donde se implementó la escala SRPB (Vida espiritual, religiosidad y creencia personal) mostró que, 483 estudiantes encuestados, presentó una diferencia significativa en los siguientes aspectos: los estudiantes que tienen vínculos fuertes con la espiritualidad brindaran un mejor cuidado espiritual ($M=3.82$, $SD=0.59$), respecto a los estudiantes que carecen de un vínculo espiritual ($M=3.27$, $SD=0.63$). No se evidenció diferencia significativa en cuanto al sexo frente la vida espiritual, religiosidad y creencia personal, pero sí varió el puntaje de la escala en los estudiantes de primer, segundo y tercer año; con lo cual se establece que las enfermeras/os deberían fortalecer su propia espiritualidad durante la formación antes de incorporar el cuidado espiritual del paciente (3).

Lunasco por su parte, en su estudio buscó determinar la percepción de los estudiantes de enfermería sobre la necesidad de ayuda espiritual en una institución educativa superior, con el fin de incentivar el cuidado integral enfermera-paciente. Los resultados arrojaron una percepción de indiferencia frente a la necesidad de brindar cuidado espiritual 66%. Mientras que el 60% refirió que la espiritualidad consistía en tener una buena relación con Dios (ser superior), y expreso que esta dimensión es para el soporte o esperanza en momentos de sufrimiento 58% (4). De aquí la importancia de inculcar desde la formación profesional los beneficios y ventajas de llevar a la práctica intervenciones orientadas al fortalecimiento espiritual de los pacientes.

Por otro lado, además de la necesidad que existe de conocer las percepciones de los estudiantes sobre la temática, diferentes autores han propuesto competencias de enfermería específicas para la provisión del cuidado espiritual, lo cual hace forzoso que desde el pregrado se

promuevan espacios para la formación, reconocimiento y adquisición con respecto a la espiritualidad y cuidado espiritual, ante la demanda de una formación integral en enfermería.

Desde el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), se promueve la parquedad de dar respuesta a los requerimientos espirituales de las personas en las diferentes regiones. En el ámbito nacional, se encuentra la Política de Humanización en Salud, la Ley 1733 de 2014 y la Ley 1384 de 2010. También la Ley 266 de 1996 y la Ley 911 de 2004; que son específicas de la disciplina de enfermería; y documentos rectores como el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario en Colombia, donde se presenta el llamado para abordar la dimensión espiritual de las personas en diferentes circunstancias, y muestra la necesidad que los profesionales de la salud, entre ellos las enfermeras, reciban como parte de su formación un abordaje en el tema de la dimensión espiritual y el apoyo espiritual al paciente.

El CIE en su declaración de posición sobre pacientes informados, apunta a: “la información dada al paciente y al dispensador ha de responder a sus necesidades y circunstancias, inclusive a sus necesidades espirituales, religiosas, étnicas, culturales” (5). En este sentido, el profesional de enfermería es responsable de brindar un cuidado integral, donde se incluyen las carencias espirituales del paciente con información actualizada en materia de promoción y mantenimiento de la salud, así como de prevención y tratamiento de enfermedades y lesiones.

Desde la Política de humanización en las instituciones prestadoras de servicios de salud, se destaca la importancia de tener profesionales de la salud conscientes y sensibles hacia la atención de los usuarios, en el contexto de la ética y los valores, supliendo sus insuficiencias a nivel físico, emocional, intelectual, social y espiritual (6). Esto es importante si se tiene en cuenta que a diario se presenta insatisfacción por parte de los usuarios frente al grado de humanización de los profesionales que los atienden. Tal como lo muestra Grisales en su estudio, donde buscó conocer las necesidades de cuidado humanizado de los pacientes sometidos a quimioterapia. Como resultado se obtuvo que los pacientes tienen necesidades importantes de cuidado humanizado, resaltando aquellas de índole emocional, espiritual, social y afectivo (7). Esto pone de relieve la importancia de abordar integralmente al paciente, y a no centrarse únicamente en los aspectos físicos y patológicos de la persona, dejando de lado todos los componentes holísticos del ser humano.

También la Ley 266 de 1996 que reglamenta el ejercicio de la profesión de enfermería y la Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión en Colombia, establecen la importancia de la dimensión espiritual del sujeto de cuidado en su artículo 9, al mencionar: “es deber del profesional de enfermería respetar y proteger el derecho a la vida de los seres humanos, respetar su dignidad, integridad genética, física, espiritual y psíquica” (8), (9). Al hablar de la integralidad, expresa que ésta “orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una visión unitaria para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual” (8).

Igualmente desde el ámbito de la atención de los cuidados paliativos y de los pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles, se encuentra la Ley 1733 de 2014 (Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos) (10), y la Ley 1384 de 2010 (Ley Sandra Ceballos, que instituye las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia) (11). Esta normativa expone la importancia de integrar los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente como parte de la atención en estas condiciones de salud (12).

En el mismo sentido, documentos como el Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario en Colombia, menciona lo vital del apoyo espiritual o religioso. En el Estándar 28 se cita que “la organización tiene estandarizados los puntos clave del cuidado y el tratamiento para procesos de atención específicos, los cuales apoyan la oportunidad y la efectividad de las intervenciones” y menciona explícitamente en un uno de sus criterios el “apoyo espiritual o religioso”.

Por lo tanto, para hacer efectivo el cumplimiento de este criterio, se deben tener en cuenta aspectos relevantes en las necesidades del paciente en cuanto al entorno, involucrando a la familia como base fundamental de apoyo espiritual o religioso para la recuperación. Por otro lado, el Estándar 32 hace referencia a que “en el proceso de planeación de la atención, la organización debe tener una política de atención humanizada como elemento fundamental de respeto hacia el usuario, su privacidad y dignidad” específicamente el criterio “del abordaje respetuoso de tradiciones, creencias y valores de los usuarios”, en el que se destaca el respeto por las creencias, tradiciones y valores de las personas (13).

Además del marco normativo, se reconoce que la experiencia espiritual es un aspecto importante para los pacientes que viven una situación de salud-enfermedad en sus vidas y que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad. Así lo demostró el estudio de Rivas, donde se evaluó el bienestar espiritual de pacientes con enfermedad crónica. El estudio mostró que el 100% de los pacientes creen en un ser superior, oran y comparten la responsabilidad de su vida con sus familiares y esto se considera aceptable, si se tiene en cuenta que la experiencia misma de la cronicidad cambia la vida del paciente y su familia (14).

También se encuentra el estudio de Gómez, realizado en Cartagena cuyo fin fue determinar la relación entre la espiritualidad y religiosidad en adultos mayores con alguna enfermedad crónica, los resultados obtenidos fueron que aproximadamente el 73% de la muestra de estudio considero importante la espiritualidad y las prácticas espirituales en su diario vivir, el 43% de los pacientes refirieron manifestar su espiritualidad mediante lectura de materiales espirituales y el 97,8% de los pacientes relataron que consagraban su espiritualidad por medio del rezo al menos una vez al día, y afirmando sentirse mejor de esta manera. De aquí, la importante labor del profesional de enfermería en el refuerzo de estas prácticas en el ámbito hospitalario, ya que generan bienestar espiritual para la persona (15).

Se sabe que las personas en el transcurso de su vida, van acumulando experiencias y vivencias propias del contexto en el que se encuentran inmersos y reciben toda la influencia de su cultura, su familia, los ambientes educativos en los que ha estado inmerso (el colegio, la universidad, el trabajo, los amigos y de otras personas cercanas), que las llevan a formarse un conocimiento o una idea de las cosas, y que son captadas por sus sentidos e interpretadas de manera única.

Esto mismo, es lo que ocurre con la espiritualidad y el cuidado espiritual en los estudiantes de enfermería, cada estudiante trae un cúmulo de percepciones o ideas obtenidas en el transcurso de su vida y su formación sobre lo que puede ser la espiritualidad y el cuidado espiritual; y es precisamente lo que se pretende con esta investigación, establecer las percepciones sobre estos dos conceptos que son el resultado de las experiencias contextuales y personales de los estudiantes participantes.

Con respecto al entorno del estudio, se indica que el Programa de Enfermería de la Universidad El Bosque promueve la mirada del ser humano en sus dimensiones biológica, psicológica, social, cultural y espiritual, siendo esta última, fundamental. La Facultad de Enfermería cuenta con el enfoque de espiritualidad, el cual lo designa y lo evidencia como una búsqueda de propósito de la vida de cada persona que permite tener conciencia de su existencia como ser humano (16). La dimensión espiritual debe ser abordada, no como un elemento más del modelo biopsicosocial y cultural, si no como parte de la integridad del ser humano.

En este sentido, si desde la formación académica de los estudiantes se promueve la atención a las necesidades espirituales de la persona, será posible contar con profesionales que en el futuro sean capaces de proporcionar un cuidado holístico a las personas, que promuevan espacios para su inclusión en las instituciones prestadoras de servicios de salud en el país, como parte esencial del cuidado de enfermería de calidad.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual en estudiantes de enfermería de la Universidad El Bosque de Bogotá?

2. ESTADO DE LA CUESTIÓN

A continuación, se presenta el estado de la cuestión desarrollado a partir de la revisión de artículos en las siguientes bases de datos: Scielo, Pubmed, Proquest, Ovid, Science Direct y Google Académico. Estas bases de datos arrojaron unos estudios iniciales, los cuales fueron revisados de acuerdo a su título y resumen, seleccionando un total de 30 de ellos. Fueron elaboradas fichas de captura de la información para iniciar el acercamiento a la temática. Los términos DESH que se tuvieron en cuenta para realizar la consulta en español fueron: cuidado espiritual, espiritualidad, espiritualidad en enfermería, espiritualidad en estudiantes; y MESH spiritual care, spirituality and nursing, spirituality and nursing care, nursing student and spirituality. Las publicaciones revisadas abordaron un periodo de tiempo comprendido entre el 2012 y 2018-1. Para complementar la revisión del tema, se realizó la búsqueda manual de información a era ajena a las fuentes citadas anteriormente.

2.1. Percepción espiritual o percepción de la espiritualidad

La percepción espiritual es un proceso cognitivo que involucra la conciencia y de ella, la interpretación y el significado de lo que es percibido, y juega un papel fundamental en el desarrollo del cuidado espiritual. Estos tres aspectos elaboran un juicio en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente, aspecto físico, psicológico y social, y en este proceso se ven involucrados procesos de índole psíquico y emocional (17). Es por esto, que la percepción es única y personal de un individuo a otro.

De tal manera, que es importante para enfermería si se tiene en cuenta que como parte de su rol debe abordar las diferentes percepciones de los sujetos de cuidado frente a sus necesidades en salud. Igualmente, es de acuerdo a sus percepciones personales sobre la espiritualidad que podrá establecer de qué forma puede contribuir en el cuidado espiritual de las personas en situaciones de salud-enfermedad.

Diferentes autores exponen la manera en que se genera el proceso perceptual. Entre ellos se encuentra el psicólogo Postman (18), que plantea tres etapas principales, desde las cuales podría comprenderse la forma en que se produce la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual en el estudiante:

- Proceso de formulación de hipótesis por parte de la persona frente al objeto o estímulo, que implica la formulación de una idea por parte del estudiante frente a la espiritualidad y el cuidado espiritual. Estas se dan a partir de las percepciones sobre determinadas características de la experiencia de su propia espiritualidad, y que en general son congruentes con la orientación de la personalidad del estudiante.
- Entrada de la información perceptual proveniente del medio, que involucra los estímulos o los indicadores significativos de la realidad, que han sido provistos por el ambiente: la familia, el colegio, la universidad, los amigos, los conocidos y su cultura de origen; y que contribuyen con la formulación de la hipótesis por parte del estudiante, en este caso frente a la espiritualidad y el cuidado espiritual.
- Verificación de hipótesis previas, que pueden implicar la confirmación o rechazo de ellas. Estas pueden producirse debido a los supuestos o ideas frente a la espiritualidad y el cuidado espiritual, y las expectativas producidas en el pasado frente al tema, las cuales son confrontadas y deben ser aceptadas o rechazadas según la experiencia.

De acuerdo a lo anterior, la percepción espiritual involucra un juicio basado en la conciencia, la interpretación y el significado que hace la persona sobre la espiritualidad y sobre la forma en que se debe ofrecer el cuidado espiritual a otro. Esto no es extraño, si se considera que el ser humano es un ser espiritual, que experimenta su espiritualidad a través de los sentidos, de su entorno y de las acciones que realiza en su vida cotidiana (19) y que por lo tanto tiene una necesidad consciente de conexión con un Ser superior, Dios o poder más alto, de relación con el medio ambiente y los otros, y consigo mismo ya que les ofrece paz interior, da fortaleza, fe, esperanza e inspiración (20), (21).

2.2 Espiritualidad

En la literatura existen diferentes conceptualizaciones alrededor de este concepto. Para Simkin (22) la espiritualidad puede considerarse como una motivación que orienta y guía el comportamiento humano con el fin de conseguir un sentido personal más amplio, abarcando las creencias y las emociones que se adquieren en la vida cotidiana y pertenecen a la persona en su relación con Dios, consigo mismo, con los demás y con el mundo.

Para Sánchez la espiritualidad es una dimensión del ser humano que aborda aspectos primordiales como el bienestar espiritual o la necesidad espiritual. Esta dimensión provee en la persona la posibilidad de tener un propósito, plenitud en su vida y significado, teniendo en cuenta sus creencias y la fe en un Dios o Ser superior (23).

Adicionalmente, se ha establecido que la espiritualidad promueve tres aspectos primordiales, el significado o propósito de la existencia de una persona, la voluntad de vivir y la fe, ya sea en uno mismo o en los demás (24), y esto a su vez permite experimentar un sentido de trascendencia personal y da sentido a la vida que se encuentra entrelazada con la mente, el cuerpo y las emociones (25).

También se considera a la espiritualidad como un sentido de conexión con los demás o con el ambiente que se puede expresar de diferentes maneras como la música, el arte, entre otros, y como resultado brinda una sensación de paz interior y bienestar a la persona (26).

La espiritualidad también puede verse como una percepción que está compuesta por dos aspectos tanto existenciales como religiosos, por lo tanto, el primero es más subjetivo y se enfoca en encontrar y buscar significado, propósito en la vida según la necesidad de la persona. El segundo, el religioso se basa en las creencias, en un Dios con alguna práctica religiosa como lo establece McSherry y colaboradores (27).

Esto implica que una persona puede experimentar la espiritualidad bien de un modo existencial o religioso. Sin embargo, los conceptos de espiritualidad y religión en la mayor parte de los casos, se presentan en conjunto, por lo que se hace necesario aclarar que, si bien están relacionados, cada uno comprende aspectos diferentes.

Evangelista y colaboradores definen espiritualidad como “intentos personales de comprender las preguntas finales sobre la vida y su relación con lo sagrado y lo trascendente, que pueden conducir (o no) al desarrollo de las prácticas religiosas”, de manera que se identifica que los pacientes buscan con la espiritualidad lidiar con enfermedades, minimizando el sufrimiento y de alguna forma poder expandir sus esperanzas de curación con alguna terapia (28). De esta forma, se entiende que la espiritualidad contiene un alto impacto en la vida de cada ser humano, y lo que busca encontrar en sí mismo.

La espiritualidad también se describe como un poder dinámico que se mueve dentro de cada persona ayudando en la vida personal, historia y realidad para de esta manera comprender los procesos de enfermedad en sí mismo de tal manera que se busquen formas de lidiar con el sufrimiento estabilizando un poco esos momentos en que se evidencian situaciones difíciles.

La espiritualidad hace parte de cada individuo y por ello resulta distinta, única y propia, y esto conlleva a que se pueda experimentar de formas diferentes. Este concepto encierra una serie de características que surgen de las necesidades de los seres humanos en su dimensión espiritual. Un punto de gran relevancia para adoptar e implementar el cuidado espiritual por parte de los estudiantes de enfermería es sin duda que reconozcan y tengan claro el concepto de espiritualidad y todo aquello que implica, lo cual genera conciencia en el estudiante de su importancia y de su compromiso en su abordaje en la práctica de enfermería de un verdadero cuidado integral.

La Universidad El Bosque define Espiritualidad “como una búsqueda personal de un sentido y un propósito en la vida, que puede estar o no relacionada con la religión” (16). Con lo cual se evidencia que como institución universitaria hay un enfoque que valora a la persona desde una perspectiva más integral enfocando a la persona en todas las dimensiones biopsicosociales y espirituales importantes en el momento de brindar un cuidado.

Por su parte la religión, está relacionada con un sistema de creencias, prácticas religiosas, rituales y valores que se enlaza con la cultura y sociedad (29). Según Penha R y Silva M, “puede entenderse como la sistematización de elementos rituales y simbólicos que configuran y determinan la forma en que la gente accede a lo divino y lo sagrado”. Esta a su vez, ayuda hacer frente a diferentes situaciones de desequilibrio experimentadas por una persona en su salud,

preparación ante una posible muerte y en las relaciones interpersonales con otras personas (30). También puede decirse que la “religión representa un conjunto de creencias y prácticas organizadas o un código de conducta” (31).

Teniendo en cuenta lo anterior, puede decirse que la espiritualidad es un concepto mucho más grande que el de la religión. La espiritualidad abarca una perspectiva existencial o religiosa y cada persona es libre de expresarla en cualquiera de estas dos formas y de hallar significado. En este sentido, es importante conocer la percepción de los estudiantes de la Facultad de Enfermería en estos dos aspectos y al mismo tiempo, considerar su diferencia como parte de la formación en la temática y en el cuidado ofrecido.

2.2. Beneficios de la espiritualidad para la salud

La espiritualidad para los pacientes con enfermedades crónicas como por ejemplo las cerebrovasculares e hipertensión arterial entre otras, influyen de una manera positiva tanto a la persona como a la familia, generando una sensación de armonía y paz interior además de esto se mejora la calidad de vida y la salud (14).

Se ha documentado sobre los beneficios que trae la espiritualidad en los adultos mayores, señalando que cuando la persona tiene una conexión fuerte con la religiosidad, llega a presentar una presión sanguínea más baja y suele tener mejores estilos de vida. Igualmente muestran tener sistemas inmunes más fuertes, menores índices de depresión, y parece proteger a los adultos de otras aflicciones del final de la vida (32).

En momentos de enfermedad se valora a los pacientes en aspectos como son, lo físico, lo psicológico y lo social; pero se tiene que plantear la idea de que también es importante una valoración desde el punto de vista espiritual, siendo esta una necesidad del paciente ya que a través de este se logra determinar cuál es el sentido, significado, propósito de vida, enfermedad o sufrimiento.

La espiritual es un beneficio que aporta en el cuidado integral dando un recurso de afrontamiento positivo tanto para el paciente como la familia, el bienestar espiritual se relaciona

con la calidad de vida, el apoyo social, lo cual implica que las personas tienen una alta tasa de supervivencia siendo este un aporte a brindar por parte de los profesionales de la salud (33).

En una revisión de la literatura enfocada en el VIH/SIDA y la espiritualidad, se afirma que el paciente con fortaleza espiritual cambia o modifica el significado de vivir con esta infección, encuentra esperanza y pasa de ver la afección como una señal de muerte, a un momento de aceptación. Además, la espiritualidad juega un papel importante y se convierte en una herramienta de afrontamiento a la enfermedad, los sentimientos de culpabilidad, la vergüenza y la posibilidad de encontrar un nuevo propósito para su vida (34).

La espiritualidad ayuda a fortalecer y mejorar la calidad de vida, estilos de vida más saludables, evita los comportamientos sexuales riesgosos, genera sistemas inmunes más fuertes, aumenta de supervivencia en pacientes con cáncer, existe menor mortalidad y uso de servicios hospitalarios y de otros padecimientos crónicos. Todo esto lleva a valorar en las personas la relación que tienen con aspectos como las creencias, la religión y la espiritualidad, fomentando en la práctica el cuidado de una forma diferente, viendo a la persona en todas sus dimensiones aportando a que tengan mejor autoestima, ayuda, fortaleza y esperanza de vida (35).

La espiritualidad también se puede visualizar desde un punto de factor protector, según Rodríguez del Real, un individuo con un fuerte lazo espiritual, tiene 38% menos posibilidades de presentar depresión, en relación con las personas quienes no dan importancia a esta área, además la religiosidad disminuye los síntomas depresivos tales como baja autoestima y pérdida de la esperanza. También se evidenció que darle importancia al ámbito espiritual protege contra la aparición de ansiedad o reduce sus niveles, al igual que la estrecha relación espiritual disminuye el pensamiento suicida y el uso de sustancias psicoactivas (36).

En un estudio realizado por Fonseca, se encontró menos mortalidad en el acto quirúrgico de las personas cuya red espiritual se encontraba claramente establecida, los niveles de ansiedad preoperatoria fueron menores en las personas fuertemente espirituales, frente a las que no, resaltando que la ansiedad preoperatoria causa una recuperación más larga (37).

Un estudio realizado por Rivas y colaboradores a 106 personas con patologías crónicas, encontró que el 100% de ellas creían en un ser superior, oraban y compartían la responsabilidad

de su vida con sus familiares. Mientras que los pacientes que tenían mediano bienestar espiritual, percibieron mayor cansancio con respecto al rol del cuidador (14) .

Todo lo anterior, muestra los beneficios que promover en las personas una mayor conciencia de su espiritualidad, puede hacer para mejorar su salud y percepción de las situaciones que enfrentan en su vida.

2.3. Percepciones de la espiritualidad por parte de los pacientes

Además de conocer los puntos de vista de los autores frente a la espiritualidad, se debe tener en cuenta lo que perciben los pacientes y sus cuidadores en diferentes situaciones de salud. Al respecto, se encuentra que la espiritualidad es valorada como algo importante al sustentar la esperanza frente a la enfermedad, ya que estimula al individuo y a la familia a buscar nuevos caminos y/o de aceptación frente a la nueva condición impuesta por la enfermedad”, implicando un cambio de perspectiva sobre sus circunstancias y sobre su vida misma (38).

De acuerdo a Van Leeuwen, existen tres tipos de personas: las que están en constante y fervorosa unión con lo divino, con su dimensión espiritual, con el Ser superior que les provee de favores y les otorga satisfacción en los vacíos de su vida, aquellas que están en constante comunión con lo espiritual en su cotidianidad. La segunda clase de personas, son las que, ante las dificultades de la vida, una enfermedad, la muerte de un ser querido u otro tipo de pérdidas buscan conectarse nuevamente con su propia espiritualidad. El tercer tipo de personas, son las que transitan por la vida reconociendo las experiencias como algo que tiene sentido en las relaciones con los demás y consigo mismo (39).

Vargas cita a Schmidt quien plantea que “cuando una persona se enfrenta a la pérdida de sus capacidades físicas y/o mentales como ocurre en la rehabilitación, esta puede experimentar sentimientos de ira, negación y otras formas de respuesta al dolor. Estas situaciones generan necesidades de cuidado espiritual particulares, en la cuales el soporte a pacientes y familiares que recurren a su fe como recurso representan una forma importante de ayudarlos no solo a encontrar esperanza en su rehabilitación sino también a fortalecer sus creencias espirituales”.

Autores como “McSherry y Smith, Pinto y O'Shea, Wallace, Griffin y Fitzpatrick mencionan que la espiritualidad es relevante en diferentes situaciones de salud o enfermedad, y que cruza todas las edades incluyendo al niño y su familia. Ellos manifiestan que tanto los niños sanos como enfermos graves presentan necesidades espirituales con pensamientos y sentimientos sobre sus creencias espirituales, la oración y Dios, vinculadas tanto a su etapa de desarrollo cognitivo como a sus experiencias previas” (40).

En el artículo realizado por Muñoz y colaboradores (41), enuncian que los valores de índole espiritual son relevantes en la vida de los pacientes y de los seres que nos rodean. Expresan: “Todo hombre sufre, especialmente durante el desequilibrio que aflige la enfermedad” y en ese sentido es deber abordar lo que significa el sufrimiento espiritual durante las intervenciones de enfermería.

2.3.1. Necesidades espirituales

Por otro lado, dentro de las percepciones sobre la espiritualidad de los pacientes, se encuentra lo que la literatura ha denominado como necesidades espirituales. Sánchez plantea la necesidad espiritual como el querer elaborar un significado, amar, perdonar e interactuar para tener autosatisfacción. Es de resaltar en la anterior definición el concepto de “trascendencia espiritual”, el cual hace referencia a un contacto vertical, (refiriéndose a la relación del hombre con un Ser superior) así mismo a un contacto vertical (con las relaciones consigo mismo, con los demás y con el ambiente). Esto permite al individuo experimentar creatividad, amor, perdón, confianza, fe, esperanza y significado en el propósito de su existencia (23); lo que implica que el ser humano tiene necesidad de hallar todas estas necesidades para sentirse pleno.

Uribe y colaboradores expresan que el paciente presenta necesidades espirituales y que estas pueden variar dependiendo de si pase por un momento crítico en la vida o no (31). El ser humano posee necesidad de ser reconocido como persona y cuando una enfermedad aparece de forma inesperada, pareciera que el individuo dejara de ser quien es, por ser para los demás la “persona con la patología”. Ross también describe la necesidad de las personas de volver a leer su vida, hablar y visualizar su historia pasada, aprendiendo a identificar lo bueno, lo malo y el sentido obtenido (23).

Pérez manifiesta en su artículo un listado de necesidades espirituales en pacientes en situaciones terminales (42). Sin embargo, muchas de ellas son válidas para todo tipo de pacientes y cuidadores:

- Ser reconocido como persona.
- Releer su vida.
- Encontrar sentido a la existencia y el devenir: búsqueda de sentido.
- 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
- Necesidad de soledad, silencio, de privacidad.
- Necesidad de arraigo y anclaje.
- Necesidad de cumplir con sus deberes.
- Necesidad de gratitud.
- Necesidad de estar con la familia, amigos y/o personas significativas.
- Necesidad de proyectar su vida más allá del final de la vida.
- Necesidades estéticas.
- Necesidad de libertad, de liberarse.
- Necesidad de mantener la integridad física y espiritual.
- Necesidad de estar en paz con Dios, con la naturaleza y con su conciencia.
- Necesidad de prácticas religiosas, de orar, de hablar con su orientador espiritual, revisar sus creencias y respeto hacia ellas. □ Necesidad de la verdad

Teniendo en cuenta lo anterior, puede apreciarse que durante situaciones de enfermedad o no, los seres humanos tienen la necesidad de conectarse con su dimensión espiritual para satisfacer sus necesidades espirituales. Es posible que sea durante la enfermedad donde en muchos casos las personas se hacen más conscientes de su propia espiritualidad y busquen la manera de conectarse consigo mismo y con otros. Considerando lo anterior, es sustancial que los estudiantes de enfermería reconozcan estas insuficiencias con el fin de abordarlas durante el cuidado de las personas en la práctica de enfermería.

2.4. Cuidado espiritual

Desde los tiempos de Florence Nightingale, la espiritualidad ha sido parte esencial del cuidado holístico del paciente. Para ella “la espiritualidad era intrínseca a la naturaleza humana y era el recurso más profundo y potente de sanación que tenía la persona” (43), en este sentido el cuidado espiritual es un concepto que debe ser comprendido por enfermería.

El cuidado espiritual es parte fundamental del ser humano y se define como “propiciar a través de una relación de cuidado la satisfacción de las necesidades espirituales. Ayudar a las personas a identificar y desarrollar su perspectiva espiritual y su conciencia personal de espiritualidad” (23). Monareng expresa que el cuidado espiritual “es un concepto subjetivo y dinámico, un aspecto único de la atención que integra a todos los demás. Surge en el contexto de la conciencia de la dimensión trascendente de las enfermeras y refleja la realidad de un paciente” (44).

Ramezani y Ahmadi manifiestan también que el cuidado humano se demuestra a través de la presencia, el respeto y la preocupación por la satisfacción no solo de las necesidades del cuerpo y la mente de las personas, sino también de las necesidades espirituales de esperanza y significado en medio de una crisis de salud, la cual demanda una atención similar para un cuidado óptimo por parte del personal de enfermería sea o no religioso (45).

El cuidado espiritual son las acciones, prácticas o intervenciones que realiza un profesional de enfermería día a día para identificar las necesidades espirituales, con el fin de satisfacerlas, promover el bienestar y el significado de la vida. La espiritualidad proporciona otra perspectiva para observar al paciente como un ser holístico, y bien sea que este viva su espiritualidad de manera religiosa o existencial, el cuidado espiritual ofrece a la persona la posibilidad de conectarse con la espiritualidad propia y con aquello que es significativo para la persona, con el fin de favorecer su salud (43).

Para McSherry, el cuidado espiritual implica escuchar, pasar el tiempo, respetar la privacidad y la dignidad, brindando atención adecuada al mostrar ciertas cualidades tales como la bondad y la preocupación. Afirma que las enfermeras deben adquirir destrezas acerca del cuidado espiritual y tener conocimientos sobre la espiritualidad y su importancia (46).

El mismo analizó en 548 enfermeras la percepción de espiritualidad en el cuidado ofrecido a los pacientes, se encontró que el 71% de las enfermeras sabían de los pacientes con necesidades de tipo espiritual, pero tan solo el 39% de estas fueron satisfechas. La espiritualidad no fue resuelta de manera suficiente y no se le dio relevancia suficiente por parte del profesional de enfermería (46).

Para Morales los profesionales de enfermería pueden brindar cuidado espiritual identificando y explorando lo que es significativo en las vidas de las personas, debe buscar formas de ajustarse al dolor y el sufrimiento por el que estén cursando y debe ofrecerse como una oportunidad para el profesional de acompañar, orientar, aliviar la desesperanza, la frustración, brindar seguridad en todo lo que las personas puedan manifestar debido a su estado de salud (43).

También el cuidado espiritual puede ser proporcionado desde las taxonomías de enfermería. La NANDA (International Nomenclature and Taxonomy of Nursing Diagnoses, Definitions and Classification) expresa diagnósticos relacionados tales como “sufrimiento espiritual”, “apoyo espiritual”, “bienestar espiritual”, “angustia espiritual” y “fomento del crecimiento espiritual” (41), que a su vez propona intervenciones que facilitan el proceso del cuidado por medio de las NIC (Clasificación de las intervenciones de enfermería) (47).

Teniendo en cuenta lo anterior, puede decirse que el cuidado espiritual hace referencia a una dimensión del cuidado de enfermería y a la percepción que tiene la enfermera sobre el mismo. Si bien es cierto que la literatura da cuenta de que el cuidado espiritual puede proveerse desde los equipos interdisciplinarios de salud, se reconoce que son las enfermeras las que mayor tiempo permanecen con el paciente y son quienes pueden estar atentos a resolver estas necesidades (31), (48).

2.6. Teorías de enfermería que abordan la dimensión espiritual

Diferentes autoras de enfermería han expresado de manera implícita o explícita la importancia de la dimensión espiritual de la persona y la necesidad de incorporar en el ejercicio profesional de la enfermería, el cuidado de la dimensión espiritual, es decir el cuidado espiritual.

Entre las teoristas que han aportado a este aspecto, se resalta el modelo de Virginia

Henderson que incorpora procesos fisiológicos y psicopatológicos a partir del cual se define la salud de la persona como la capacidad para funcionar en relación a las necesidades básicas incluyendo prácticas religiosas y costumbres sociales (49).

Jean Watson en su teoría de cuidados transpersonales, invita a reflexionar sobre el fundamento moral y metafísico de la conducta profesional de enfermería basándose en la teoría de la escuela del Caring (cuidado) en la “cual se cree que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados a las personas si se abren a dimensiones tales como la espiritualidad y la cultura e integran los conocimientos vinculados a estas dimensiones” incluyendo la fe y la esperanza en el proceso de la enfermedad (50).

Callista Roy propone en el modelo de adaptación un postulado netamente religioso, pues dice que el ser superior es el que revela de manera íntima la diversidad de la creación y que es el destino común de los seres humanos, afirma además que las personas dependiendo de su capacidad de conciencia, tolerancia y fe pueden dar grandes cambios al universo. El objetivo de este modelo es facilitar la adaptación de la persona mediante los mecanismos de afrontamiento y modos de adaptación mediante las experiencias en el pasado para de esta manera poder afrontar nuevos procesos que intervengan en su proceso de enfermedad (49).

Katie Eriksson, en su teoría se basa en el cuidado de tipo caritativo, plantea que el cuidado que ofrece la enfermera debe estar relacionado con el atender al ser humano en todo momento, desde la salud hasta el sufrimiento. El cuidado caritativo según la teorista es una expresión de amor que simplemente existe, se debe relacionar con la comunicación de la existencia, el cuidado de verdad adquiere valor cuando se logra aliviar el sufrimiento del paciente (51).

Margaret A. Newman plantea a partir del modelo de la salud como la expansión de la conciencia, bajo la cual “tenemos que adoptar una nueva visión de la salud, el cuidado debe relacionarse con un concepto de salud que engloba y va más allá de la enfermedad, e involucra a la persona como un todo, incluyendo la parte espiritual (52).

Finalmente, Martha E. Rogers concibe en su teoría de seres humanos unitarios, al sujeto como un ser unitario, que puede generar cambio. El ser humano se describe como un campo de energía irreductible, indivisible, dimensional; abarcando al sujeto, como una persona totalmente integrada en todas sus dimensiones (51).

Todo lo anterior muestra cómo desde las teorías de enfermería que guían la práctica de la disciplina, el cuidado espiritual de las personas es un aspecto importante y destacado que debe ser tenido en cuenta por los estudiantes de enfermería como parte de su aprendizaje sobre el tema.

2.7. Competencias para brindar cuidado espiritual

Se puede definir la competencia como la forma en que se adquiere el conocimiento, y del cumplimiento de las normas que conllevan a la ejecución y desarrollo de la disciplina de enfermería, teniendo en cuenta las características propias de la profesión en el momento de su implementación (53).

Según la literatura, existen una serie de competencias que las enfermeras deben cumplir y se caracterizan por observar, recolectar de datos, planear, ejecutar el plan de acciones y evaluar la evolución de la enfermedad e interacción paciente-profesional de enfermería. Otras son, administrar y organizar la asistencia y dar una calificación del personal a través de una educación continua, si se tiene en cuenta que el conocimiento se debe otorgar desde una visión científica en la cual se demuestra habilidades en el entorno de ofrecer cuidados de forma integral incluyendo aspectos de cuidado espiritual en función de busca de calidad de vida. Otro aspecto referido, es el liderazgo que ofrece el profesional de enfermería y que se encuentra enmarcado dentro del compromiso, responsabilidad en la toma de decisiones de forma efectiva y eficaz en cada proceso de enfermedad de la persona (54).

Específicamente en lo relacionado con el cuidado espiritual, Baldacchino afirma que es necesario fortalecer la espiritualidad del profesional de enfermería, para crear a futuro una competencia profesional de calidad, donde se implemente en los programas académicos el conocimiento del cuidado espiritual (55). El mismo autor propone cuatro competencias para brindar cuidado espiritual: el papel de la enfermera como profesional y persona, la prestación del cuidado espiritual a la luz del proceso de enfermería, la comunicación con los pacientes y la protección de los aspectos éticos durante el cuidado espiritual (56).

Por su parte Van Leiden, afirma que las competencias para ofrecer cuidado espiritual son:

el conocimiento y el uso de dimensiones de sí mismo, que a la vez incluyen las experiencias, el significado y el propósito que tiene la espiritualidad para cada uno. La dimensión espiritual en el proceso de enfermería es importante en el momento en que se evalúa la condición del paciente porque condiciona el ambiente apropiado para un mejor cuidado espiritual (39).

Estas competencias comprenden en la formación de enfermería todas las habilidades, actitudes, conocimientos propios de la disciplina y destrezas que va desarrollando el estudiante para brindar un cuidado holístico a la persona con el fin de satisfacer sus necesidades desencadenadas de un proceso de enfermedad.

2.8. Espiritualidad y cuidado espiritual en estudiantes de enfermería

Teniendo en cuenta que el reconocimiento de la espiritualidad es algo prioritario en la salud de las personas y que el cuidado espiritual es esencial como parte del cuidado integral y profesionales y estudiantes de enfermería.

Según Rabello y colaboradores, en su estudio realizado en estudiantes de pregrado de enfermería, cuyo objetivo fue conocer la experiencia y conocimientos del cuidado en la dimensión espiritual, encontraron que algunos estudiantes manifiestan que no se sienten preparados para prestar un cuidado espiritual y que no saben abordar las situaciones de pérdida y sufrimiento, llegando a sentir inseguridad o frustración por falta de bases de conocimiento en esta área. También refieren desconocimiento de instrumentos para poder llevar a cabo la prestación de servicios de cuidado espiritual (57).

Por otro lado, Mandes Daniele y colaboradores, en un estudio descriptivo identificaron los puntos de vista de los estudiantes de enfermería relacionados con la salud, la espiritualidad, la religiosidad y la información proporcionada durante el proceso de formación. Los hallazgos exponen que hubo una participación del 82,1% de estudiantes y de estos el 87,9% tenían una fuerte creencia de tipo religioso y el 32,8% asistían a diferentes actividades espirituales. El 61,7% afirmó que el concepto de espiritualidad va relacionado con el tipo de creencias y unión con un ser superior, dándole significado a la persona (58).

En Corea, el estudio de Lee en estudiantes universitarios de enfermería, buscó identificar la relación entre el bienestar espiritual, la depresión y el estrés percibido. Esta investigación resaltó el bienestar existencial como un factor importante para niveles más bajos de depresión y estrés percibido. De acuerdo con estos resultados, la promoción del bienestar espiritual es necesaria como concepto positivo en la vida universitaria y a la vez es relevante para cuidar a los pacientes (59).

El mismo estudio, demuestra que el sistema de educación de enfermería coreano no reconoce completamente la importancia de la espiritualidad, y la formación en enfermería se centra fuertemente en la enfermedad o en la curación. Por lo tanto, insta a erradicar las barreras para la educación y la investigación en el tema de salud espiritual (59).

Fereshteh Aein realizó un estudio con 30 estudiantes de enfermería de octavo semestre para describir cómo perciben la forma de brindar y recibir el cuidado espiritual (60). Realizó mediación antes y después de la intervención, y los resultados mostraron que el nivel promedio de autoeficacia preliminar percibida fue de 13,74, incrementándose de forma posterior a la medición a 21,1. El estudio concluyó que al integrar conceptos relacionados al cuidado espiritual los estudiantes tienden a familiarizarse con ellos.

Se realizó un estudio a través de una encuesta online en el Reino Unido con la finalidad de determinar las percepciones de los miembros sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual. Los hallazgos indicaron que las enfermeras reconocen que atender las necesidades espirituales de los pacientes mejora la calidad general de la atención de enfermería. Sin embargo, a pesar de toda la atención que se presta a la dimensión espiritual, la mayoría de los profesionales de enfermería, todavía siente que requiere más orientación y apoyo de los órganos de gobierno para poder satisfacer efectivamente las necesidades espirituales de sus pacientes (61).

Teniendo en cuenta los estudios anteriores, es necesario que en el plan de estudio del pregrado de enfermería, se implemente la formación en los conceptos de espiritualidad y cómo brindar un cuidado espiritual adecuado.

2.9. Conclusiones derivadas del estado de la cuestión

- En la percepción espiritual del estudiante de enfermería, convergen características de la experiencia de la espiritualidad personal, la información obtenida por su ambiente (familia, colegio, universidad, amigos, conocidos y su cultura de origen) y sus ideas frente al tema, relacionadas con las expectativas del pasado del estudiante, todo lo cual se verá reflejado en la medición que se realizará en la presente investigación sobre esta dimensión.
- La espiritualidad en el ser humano gira alrededor de un componente religioso y existencial. El religioso que implica la realización de rituales y prácticas de adoración; y el existencial, que aborda la búsqueda de un sentido de vida y de esperanza. Además, la espiritualidad busca la realización personal, la trascendencia en una relación con un Dios, ser superior, o poder más alto, con los demás y consigo mismo.
- La espiritualidad, de acuerdo a los estudios ha demostrado beneficios importantes para la salud de las personas.
- Las personas durante su proceso salud-enfermedad pueden tener necesidades espirituales que deben ser comprendidas por los estudiantes de enfermería durante su formación y que representan una guía para proveer cuidado espiritual de forma individualizada.
- En cuanto al cuidado espiritual es único, además se puede deducir que es importante brindarlo teniendo en cuenta que es una dimensión diferente en la cual se valora a la persona en todas sus dimensiones. Por ello, es vital que el profesional de enfermería reconozca la importancia de brindar un cuidado espiritual y adquiera las competencias, habilidades, actitudes y destrezas para llevar a cabo intervenciones que beneficien a la persona.
- Los estudiantes de enfermería desde su proceso formativo deben conocer y aplicar el cuidado en la dimensión espiritual para que más adelante como futuro profesional tenga las habilidades de otorgar un cuidado continuo e integral a la persona. De allí, que las deficiencias contempladas en los conocimientos de los estudiantes y en los currículos de los programas, deben corregirse a nivel de pre y posgrado de enfermería.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

- Describir y comparar la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual de los estudiantes de enfermería de cuarto a décimo semestre de la Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque.

3.2. Objetivos específicos

- Describir la percepción de la espiritualidad de los estudiantes de enfermería.
- Describir la percepción de la religiosidad de los estudiantes de enfermería.
- Describir la percepción del cuidado espiritual de los estudiantes de enfermería.
- Describir la percepción que tienen los estudiantes de enfermería sobre el cuidado individualizado.

4. PROPÓSITO

Los propósitos proyectados y alcanzados por este estudio fueron los siguientes:

El estudio aportó al proyecto docente denominado “Efecto de una intervención educativa aplicada a estudiantes de enfermería de último año para fortalecer el cuidado espiritual a personas con enfermedad crónica”, el cual se busca fortalecer la generación de competencias y habilidades durante la formación en enfermería que adelantan los estudiantes en el área. Esto dado a nivel de la formación en pregrado y en los programas disciplinares que se desarrollan en la unidad académica, y que buscan que sus egresados proporcionen cuidado de enfermería con elevados estándares de calidad, según lo demande el sujeto abordado.

El componente social estuvo ampliamente inmerso en este estudio, porque al mejorar el proceso formativo de los estudiantes en esta área del conocimiento disciplinar, a futuro este futuro recurso humano podrá efectuar cuidados espirituales con eficacia y un alto sentido de humanización.

A nivel institucional, es posible plantear un escenario de sensibilización alrededor del valor que representa que los profesionales de las ciencias de la salud, tengan presente la dimensión espiritual y trabajen en equipo, según sus habilidades y competencias en pro de una atención espiritual que aporte al mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

5. METODOLOGÍA

En este apartado se da a conocer el tipo de diseño implementado en el estudio, la validez interna y externa, la población, los criterios de inclusión y exclusión, los instrumentos, trabajo de campo, la obtención de la información y el plan de análisis de los datos, las etapas del estudio principal, prueba piloto y las consideraciones éticas.

Grupo de Investigación: Cuidado de la Salud y Calidad de Vida.

Línea de Investigación: Cuidado de Enfermería.

5.1. Descripción del diseño

El presente estudio es cuantitativo de tipo descriptivo, comparativo y de corte transversal. Es cuantitativo, porque se recogieron y analizaron datos sobre una serie de variables que fueron definidas para su ejecución. Es de tipo descriptivo porque se analiza cómo es y cómo se manifiesta el fenómeno con sus componentes a través de la medición de uno o más de sus atributos.

De esta manera se pudieron identificar las características demográficas sobre la población, e indicar las percepciones frente a las cuatro categorías centrales del estudio (percepción de la espiritualidad, cuidado espiritual, religiosidad y cuidado individualizado) (62).

Es transversal porque fue un estudio diseñado para medir un fenómeno en particular en un punto específico de tiempo. Y es comparativo porque facilito la identificación de semejanzas y/o diferencias (63) entre los estudiantes pertenecientes a diferentes semestres, para de forma final establecer el nivel de percepción sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual.

5.2. Riesgos del estudio

A continuación se presentan los momentos y estrategias que fueron tenidas en cuenta para poder tener el control de los factores que pudieran llegar a afectar la validez interna y externa de estudio (64).

5.2.1. Validez interna

Con el fin de reducir toda circunstancia que pudiera llegar a disminuir la validez interna del estudio fueron proyectadas y ejecutadas de las siguientes acciones:

La calidad de los datos

Se mantuvo el rigor en este aspecto por medio de la adecuada manipulación de los datos. Las estrategias planeadas proyectadas fueron:

- Cumplimiento total de los criterios de inclusión en los potenciales participantes.
- Definición de las variables sociodemográficas y las específicas del estudio.
- La percepción fue medida con la SSCRS, que corresponde a una escala reconocida mundialmente, adaptada y validada en Colombia.

Durante la selección de los participantes

Para el ingreso de los posibles participantes, se ejecutaron las siguientes actividades:

- Identificación de la muestra en la Secretaría Académica de la Facultad de Enfermería.
- Medición del fenómeno de estudio durante un momento propio de la jornada académica.
- Explicación sobre el tipo de estudio y la forma bajo la cual se dio la participación en el estudio.
- La firma del consentimiento informado, fue interpretado por los investigadores como la aceptación por parte de los estudiantes para ingresar en el estudio.

Durante la medición

Para evitar que la validez del estudio durante la medición del fenómeno se alterará por diversos motivos, los investigadores optaron por ejecutar las siguientes estrategias:

- Operacionalización de las variables de interés del estudio.

A continuación se describen las variables de la “Escala de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual” propuesta por McSherry y colaboradores, la cual es adaptada a la versión español.

1: Percepción del cuidado espiritual

Definición conceptual: El profesional de enfermería debe destacarse en sus acciones como, escuchar, pasar el tiempo, respetar la privacidad y la dignidad, brindando atención adecuada al mostrar ciertas cualidades tales como la bondad y la preocupación.

Definición operacional: Los siguientes ítems (A, B, G, H, K, L, N).

2: Percepción del cuidado individualizado

Definición conceptual: Se asocia a la dimensión de la espiritualidad que se destaca por la necesidad de la atención personalizada como las creencias, los valores, la moral y las relaciones.

Definición operacional: Los siguientes Ítems (C, Q, O).

3: Percepción de religiosidad

Definición conceptual: La espiritualidad no sólo hace referencia a la religión, los sistemas de fe y culto, sino es un concepto universal, y único para todas las personas como ser individualizado

Definición operacional: Los siguientes ítems (D, M, P).

4: Percepción de la espiritualidad

Definición conceptual: Se identificaron cinco variables que se relacionan con la vida y la existencia, donde se encuentra la necesidad de invertir la vida con significado y el propósito, durante los momentos de enfermedad u hospitalización. *Definición operacional:* Los siguientes Ítems (F, I, J, E) (46).

- Se explicó la forma correcta de diligenciamiento del instrumento (Escala de medición de espiritualidad y cuidado espiritual).
- La recolección de los datos se llevó a cabo durante la jornada académica, que corresponde al ambiente natural de los estudiantes.

5.2.2. Validez externa

Para este estudio enfatiza en la forma bajo la cual los resultados emergentes podrán ser implementados en otros contextos académicos, siempre y cuando se contemplen las condiciones ambientales y de inclusión que aquí fueron manejadas. En otros términos, solo pueden ser extrapolados a estudios cuya naturaleza sea semejante al diseño, el objetivo, la muestra y demás características definitorias aquí contempladas.

5.3. Población y muestra

La población objeto de este estudio correspondió a los estudiantes matriculados en la Facultad de Enfermería en el año 2018-2. Para el caso específico los investigadores abarcaron la totalidad de estudiantes matriculados en los semestres IV a X (n=377), puesto que es en este momento de la formación en la cual el estudiante presenta un mayor grado de fundamentación en torno al cuidado del sujeto, ya que ha efectuado prácticas formativas en el ámbito clínico y comunitario.

Esta experiencia, por ende permite tener una mayor relación estudiante-sujeto de cuidado que amplía su concepción con respecto a la vida y a la posibilidad de proporcionar cuidado integral, porque evidencia a la persona como un todo (65). Por lo tanto, se invitó a todos los estudiantes a participar en el estudio de manera voluntaria y se consideró la tasa de respuesta por semestre (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los estudiantes según el semestre

Distribución de estudiantes de enfermería según semestre cursado 2018-1	
Semestre	Estudiantes matriculados
IV	69
V	54
VI	67
VII	40
VIII	51
IX	48
X	48
TOTAL	377

Fuente: Secretaría Académica. Facultad de Enfermería.

5.3.1. Criterios de inclusión

- Encontrarse matriculado en el Programa de Enfermería en el momento de realizar la medición.
□ Estar cursando los semestres de IV a X del Programa de Enfermería.
- Manifestar la intención voluntaria de participar en la investigación, mediante la firma del consentimiento informado.

5.3.2. Criterios de exclusión

- Negación de participación en el estudio.

5.4. Procedimiento de recolección de los datos

El procedimiento elaborado para esta fase del estudio se explica a continuación:

1. Con el valor de la muestra ya determinada, se procedió a coordinar con los docentes responsables de cada semestre el espacio de tiempo en el cual sería realizada la medición en cada uno de los semestres.
2. Agendado el día del encuentro en cada uno de los semestres, los asistentes de investigación invitaron a participar a los estudiantes y explicaron el objetivo del estudio, los aspectos éticos, el diligenciamiento y la firma del consentimiento informado. Aclarando que esta actividad no formaba parte de su proceso formativo, ni tendría implicaciones sobre sus notas.
3. En cada uno de los semestres fueron aplicados los cuestionarios de caracterización sociodemográfica y la escala de percepción de la espiritualidad y del cuidado espiritual SSCRS. La duración de esta sesión fue de máximo 25 minutos.
4. Los hallazgos del estudio serán socializados entre los participantes de forma presencial durante la sustentación del presente trabajo de grado. En todo momento se conservó la confidencialidad de los datos.

5.4.1. Instrumento de recolección de los datos

Para la medición de la percepción objeto de interés del estudio, los investigadores hicieron uso de una ficha de caracterización sociodemográfica (Ver anexo 1) y para la medición del fenómeno propiamente dicho fue implementada la “Escala de percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual” (SSCRS) (Ver anexo 2) propuesta por McSherry y colaboradores (27).

En el contexto nacional, este instrumento fue validado por Vargas-Escobar (66), y tiene una consistencia interna de aceptable o Alpha de Cronbach de 0,733. La escala se encuentra constituida por 4 sub-escalas, I. Percepción de la espiritualidad, II. Percepción del cuidado espiritual, III. Percepción de la religiosidad y IV. Percepción del cuidado personalizado.

La puntuación total otorgada al fenómeno se determinó con la sumatoria obtenida en cada una de las sub-escalas, cuya puntuación obedeció a una escala tipo Likert de 1 a 5, cuyo valor fue el siguiente: 1= extremadamente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= no está seguro, 4= de acuerdo y 5= extremadamente de acuerdo. A continuación, se presenta la distribución de los ítems según corresponde.

Tabla 2. Estructura general del SSCRS

Percepción de la Espiritualidad (Existencial)	5 ítems	F, H, I, J, L C
Percepción del Cuidado Espiritual	5 ítems	A, B, G, K
Percepción de la religiosidad	3 ítems	D, M, P
Percepción del Cuidado personalizado	3 ítems	N, O, Q

Fuente: Estructura general del SSCRS. Adaptado por Vargas-Escobar (2015)

5.5. Plan de análisis de los datos

Para el análisis de los resultados fue elaborada una base de datos en el programa Excel, de forma posterior los datos fueron analizados en el software SPSS versión 25, licenciado por la Universidad El Bosque. El valor de significancia estadística implementada fue de $\leq 0,05$.

Análisis descriptivo (general y por grupos): El análisis para la descripción de las variables se realizó a través de medidas de tendencia central y de dispersión. Los datos fueron presentados por medio de tablas en atención a la naturaleza de las variables abordadas. , se realizó la comprobación del principio de normalidad con el Método de Kolmogorov – Smirnov.

Análisis inferencial (general y por grupos): Para efectuar la comparación entre los grupos de los diferentes semestres, se realizó una prueba de análisis de varianza (ANOVA).

5.6. Consideraciones éticas

En el presente estudio se tiene en cuenta los aspectos éticos que se estipulan en la Resolución 8430 de 1993, que establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en seres humanos. En el capítulo V, se determina que este estudio fue efectuado en grupos subordinados porque los participantes son estudiantes adscritos a una IES. Con respecto a la categorización del estudio, se cita que hace referencia a una “Investigación sin riesgo”, teniendo en cuenta que solo fueron implementadas técnicas y métodos de investigación que no realizaron ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio (67).

Por otro lado, la Ley 911 de 2004, capítulo IV se contempla la responsabilidad del profesional de enfermería en la investigación y la docencia, estableciendo en el artículo 29 que estos profesionales deberán proteger en todo momento y bajo toda conducta el principio ético de la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos y demás contemplados en la ley (9). Cuando se habla los principios éticos, es obligatorio hacer hincapié en los valores y creencias culturales inherentes al ser humano.

Es en este escenario, donde la bioética juega un papel fundamental, ya que comprende dichos comportamientos y los posiciona como algo fundamental en el estudio, si se tiene en cuenta que desde el objeto de ser de la disciplina de enfermería “el cuidado de las experiencias de salud” la persona es un todo o ser integral, lleno de valores culturales, religiosos, los valores éticos contemplados en esta ley, y que fueron referentes tenidos en cuenta en el estudio. Entre los principios adheridos a la ejecución del protocolo se encuentran la Beneficencia, No maleficencia, la Autonomía, la Justicia, la Veracidad, la Solidaridad, la Lealtad y la Fidelidad, porque orientaron la responsabilidad deontológica de los investigadores.

Entre los aspectos éticos contemplados, se menciona:

- Aprobación del estudio por parte del Comité de Investigación y ética de la Facultad de Enfermería, sitio en el que fue ejecutado el estudio.
- Implementación del consentimiento informado (Ver anexo 3), cada estudiante que firmo este documento fue catalogado como incluido en el estudio.
- Se informó el procedimiento de recolección de información haciendo énfasis en el anonimato y confidencialidad de los datos suministrados. Se asignó un código a cada ficha sociodemográfica y escala que fue diligenciada.
- Se propendió por la existencia de un ambiente óptimo en el momento de la medición, por tal razón se invitaron a los grupos (cada semestre) fuera del horario de clases.
- La información que se recopiló solo fue revisada, ajustada y manipulada por los integrantes del equipo investigativo, quienes realizaron su respectiva sistematización. La veracidad los datos que se recolectaron durante el desarrollo de esta investigación estuvieron sujetos a la verdad por parte de los participantes (68).
- El secreto profesional fue manejado con tacto y profesionalismo, ya que se tuvo la obligación de mantener ocultos del ámbito público los datos obtenidos. De igual manera, ocurrió esto con los datos catalogados como documentos confidenciales. Por otro lado, se buscó que la beneficencia tuviera mayor aportación en este estudio, en el sentido que se averiguó, conoció y compartirá con los interesados el análisis de los datos obtenidos (9).
- Se comunicó que los hallazgos serán socializados de forma presencial y en publicaciones científicas.

6. RESULTADOS

En la tabla 3 se presenta la caracterización socio demográfica de los participantes, donde se evidencia que el mayor porcentaje de la población es de género femenino 85% y con edades menores a 25 años 95,3%.

Se indica que el 92,9% de los estudiantes son solteros, o conviven en unión libre 4,7%. En cuanto a la distribución de los estudiantes por semestre, se puede observar un porcentaje mayor en cuarto semestre 20.2% y el menor porcentaje en décimo semestre 10.3%.

Adicionalmente, la mayor parte de la población de la Facultad de Enfermería lleva habitando más de 6 años en Bogotá 62.5%, o entre 1 a 6 años 7.9%. En relación a la actividad laboral, el 83.8% no trabaja y quienes lo hacen se desempeñan en trabajos del sector de salud (auxiliar de enfermería), prácticas profesionales (empresas), entre otros (comerciantes, niños, tiendas deportivas, panadería) 16.2%.

De los estudiantes participantes el 11.9% es auxiliar en enfermería, no obstante el 85.8% no ha trabajado en el área, y los que lo hacen 8.7% llevan menos de un año desempeñando esta función. En cuanto a inclinación religiosa la mayoría pertenecen a la religión católica con un 70.8% y en la menor proporción encontramos el adventista y testigo de Jehová 1.2%.

Tabla 3. Caracterización sociodemográfica de la muestra

Variable	Categoría	Número	%
Género	Masculino	38	15
	Femenino	215	85
Edad	≤ a 20 años	106	41,9
	De 21 a 25 años	135	53,4
	De 26 a 30 años	11	4,3
	≥ a 31 años	1	0,4

Estado civil	Soltero	235	92,9	
	Casado	6	2,4	
	Unión libre	12	4,7	
Tiene hijos	Si	23	9,1	
	No	230	90,9	
Semestre	Cuarto	51	20,2	
	Quinto	31	12,3	
	Sexto	46	18,2	
	Séptimo	34	13,4	
	Octavo	31	12,3	
	Noveno	34	13,4	
	Décimo	26	10,3	
	Años viviendo en Bogotá	< de 1 año	2	0,8
	1 a 2 años	20	7,9	
	3 a 4 años	25	9,9	
5 a 6 años	20	7,9		
>de 6 años	158	62,5		
Ninguno	28	11,1		
Trabaja actualmente	Si	41	16,2	
	No	212	83,8	
Auxiliar de enfermería	Si	30	11,9	
	No	223	88,1	
Inclinación religiosa	Católica	179	70,8	
	Evangélica o cristiana	41	16,2	
	Adventista	3	1,2	

Testigo de Jehová	3	1,2
Agnóstico	10	4,0
Ateo	7	2,8
Otro	10	4,0

Fuente: Datos del estudio

En la tabla 4 se presenta la distribución de los datos relacionados con el cuidado espiritual durante la formación de los estudiantes en la Facultad. En ella se observa que la mayor parte de la población afirmó no tener conocimientos sobre el cuidado espiritual 58.9%, frente al 41.1% que contestaron que sí lo tenía. Respecto a si recibieron formación teórica en cuidado espiritual, la mayoría afirmó que no haberla recibido 50.6%.

Sobre si alguna vez ha brindado cuidado espiritual en las prácticas formativas, el 56.9% afirmó no hacerlo, mientras que un 43.1% lo pudo evidenciar en algún momento, frente a si considera importante que el profesional de enfermería proporcione cuidado espiritual a los sujetos a su cargo el 92.1% aseveró que este era importante. Mientras que el 53.0% afirmo no haber observado en sus docentes de práctica brindar cuidado espiritual, y el 51.0% refirió que no sentirse en capacidad de ofrecer cuidado espiritual a los sujetos de cuidado con la formación recibida al día de la medición.

Un 94.1% consideró que la espiritualidad es importante en la salud de la persona, el 62.1% creyó que cualquier profesional de salud puede brindar cuidado espiritual, y el 71.5% afirmo no haber recibido cuidado espiritual en algún momento.

Tabla 4. Distribución de los datos relacionados con el cuidado espiritual IV a X semestre

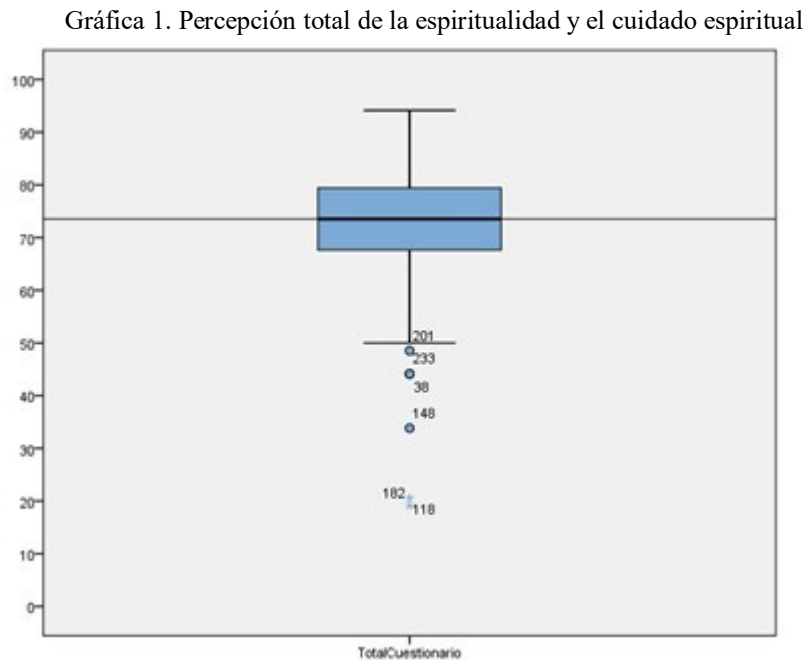
Variable	Categoría	Número	%
Tenía conocimiento sobre cuidado espiritual antes de iniciar su proceso de formación	Si	104	41,1
	No	149	58,9
Ha recibido formación teórica en el tema de cuidado espiritual	Si	125	49,4
	No	128	50,6
Alguna vez ha brindado cuidado espiritual en las prácticas formativas	Si	109	43,1
	No	144	56,9
	Si	233	92,1

Considera importante que el profesional de enfermería proporcione cuidado espiritual a los sujetos a su cargo	No	20	7,9
	Si	119	47,0
Ha observado a alguno de sus docentes de práctica brindar cuidado espiritual.	No	134	53,0
	Si	124	49,0
Se siente en capacidad de ofrecer cuidado espiritual a los sujetos de cuidado con la formación recibida durante los semestres anteriores.	No	129	51,0
	Si	238	94,1
Considera que la espiritualidad es importante en la salud de la persona	No	15	5,9
	Si	157	62,1
Cree que cualquier profesional de salud puede brindar cuidado Espiritual	No	96	37,9
	Si	72	28,5
Alguna vez ha recibido cuidado espiritual	No	181	71,5

Fuente: Datos del estudio

Para dar cumplimiento a los objetivos específicos de la investigación, a continuación se presenta la descripción de la percepción de la espiritualidad y del cuidado espiritual de los estudiantes de enfermería de cuarto a décimo semestre de la Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque.

Puntuación total de la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual de los estudiantes de IV a X semestre:



Fuente: Datos del estudio

Los resultados de la escala aplicada a estudiantes de enfermería sobre la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual, muestran una puntuación media de 73,5 con una desviación estándar de 10,9, un puntaje máximo de 94,1 y uno mínimo de 19,1, en una escala entre 0 a 100. El grafico 1 evidencia que el 25% de los estudiantes tiene una puntuación alrededor de 67,6, y el 75% puntúa alrededor de 80,1. Esto indica que la mayoría de la población de estudiantes de la Facultad presenta puntuaciones altas frente a la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual.

Puntuaciones totales de las sub-escalas medidas en los estudiantes de IV a X semestre

Tabla 5. Resultados totales de las subescalas del SSCRS

	TOTAL CUIDADO ESPIRITUAL	TOTAL RELIGIOSIDAD	TOTAL ESPIRITUALIDAD	TOTAL CUIDADO PERSONALIZADO	TOTAL ESCALA
MEDIANA	81,2	75,0	75,0	75,0	73,5
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	16,1	18,9	14,9	14,9	10,9
MÍNIMO	,00	8,3	,00	,00	19,1
MÁXIMO	100,0	100,0	100,0	100,0	94,1
PERCENTIL 25	68,7	66,6	66,6	66,6	67,6
PERCENTIL 50	81,2	75,0	75,0	75,0	73,5
PERCENTIL 75	87,5	91,6	79,1	83,3	80,1

Fuente: Datos del estudio

En relación a la *percepción total del cuidado espiritual* de la escala, se encontró una mediana en los estudiantes que puntuó en 81,2 la desviación estándar fue de 16,1. El puntaje máximo fue de 100 y el mínimo de 0. El 25% de los estudiantes puntuó en 68,7 y el 75% lo hace en 87,5, lo que indica que el total de los encuestados tienen algún concepto sobre cuidado espiritual o lo han evidenciado en su vida.

En relación a la *percepción total de religiosidad* de la escala, se encontró una mediana en los estudiantes que puntuó en 75,0 con una desviación estándar de 18,9. El puntaje máximo fue de

100 y el mínimo de 8,3. El 25% de los estudiantes puntuó en 66,6 y el 75% lo hace en 91,6, lo que indica que el total de los encuestados tienen algún concepto sobre religiosidad.

En relación a la *percepción total de espiritualidad* de la escala, se encontró una mediana en los estudiantes que puntuó en 75,0 con una desviación estándar de 14,9. El puntaje máximo fue de 100 y el mínimo de 0. El 25% de los estudiantes puntuó en 66,6 y el 75% lo hace en 79,1, lo que indica que el total de los encuestados tienen algún concepto sobre espiritualidad.

En relación a la *percepción total de cuidado personalizado* de la escala, se encontró una mediana en los estudiantes que puntúa en 75,0 con una desviación estándar de 14,9. El puntaje máximo fue de 100 y el mínimo de 0. El 25% de los estudiantes puntuó en 66,6 y el 75% en 83,3, lo que indica que el total de los encuestados tienen algún concepto sobre cuidado personalizado.

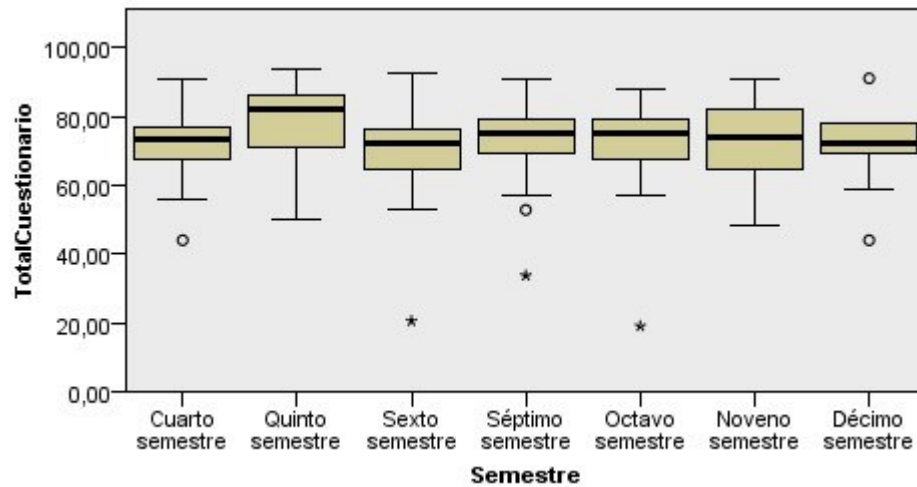
En relación a la *percepción total de la escala*, se encontró una mediana en los estudiantes que puntúa en 73,5 con una desviación estándar de 10,9. El puntaje máximo fue de 94,1 y el mínimo de 19,1. El 25% de los estudiantes puntuó en 67,6 y el 75% en 80,1.

En las 4 percepciones (subescalas) de la escala se evidencian datos atípicos en las respuestas, pero los principales resultados de los estudiantes se ubican en las puntuaciones anteriormente mencionadas.

Comparación de la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual de los estudiantes entre los semestres IV a X

Para dar cumplimiento al objetivo general del estudio y que consiste en comparar la percepción de la espiritualidad y el cuidado espiritual respecto al semestre que cursan actualmente los estudiantes, a continuación se presenta la comparación. Es importante mencionar que la diferencia significativa se tomó con un valor menor o igual a 0.05.

Gráfica 2. Comparación del total de la Escala SSCRS



Fuente: Datos del estudio

En la gráfica 2 se presenta el gráfico en caja con la comparación total de la escala de los estudiantes de enfermería de 4 a 10 semestre, mostrando así la distribución de los puntajes obtenidos. En cuarto semestre la mediana fue de 73,5 con una desviación estándar de 8,6, el puntaje máximo fue de 91,1 y el mínimo fue de 44,2. En quinto semestre, la mediana se ubicó en 82,3 con una desviación estándar de 10,6, un puntaje máximo de 94,1 y uno mínimo de 50. En sexto semestre, la mediana se ubicó en 72,0 con una desviación estándar de 12,1, un puntaje máximo de 92,6 y uno mínimo de 25. En séptimo semestre, la mediana se ubicó en 75 con una desviación estándar de 10,8, un puntaje máximo de 91,1 y uno mínimo de 33,8. En octavo semestre, la mediana se ubicó en 75 con una desviación estándar de 12,4, un puntaje máximo de 88,2 y uno mínimo de 19,1. En noveno semestre, la mediana se ubicó en 74,2 con una desviación estándar de 11,5, un puntaje máximo de 91,1 y uno mínimo de 48,5 y en décimo semestre la mediana se ubicó en 72 con una desviación estándar de 9,6, un puntaje máximo de 91,1 y uno mínimo de 44,1.

Según corresponde a los datos expuestos, se puede inferir que los semestres con las puntuaciones más altas son quinto y séptimo semestre, así mismo, los semestres que obtuvieron el puntaje más bajo son cuarto y sexto. En sexto, séptimo y octavo semestre se encontraron datos atípicos de los que podríamos deducir quizás fueron por fallas en el diligenciamiento del cuestionario, especialmente en algunas preguntas planteadas de manera invertida.

Tabla 6. Resumen de contraste de las hipótesis

NÚMERO	HIPÓTESIS NULA	SIGNIFICANCIA	DECISIÓN
1	La distribución de percepción del cuidado espiritual es la misma entre las categorías de semestre	0,007	Rechace la hipótesis nula
2	La distribución de percepción de religiosidad es la misma entre las categorías de semestre	0,413	Conserve la hipótesis nula
3	La distribución de percepción de la espiritualidad es la misma entre las categorías del semestre	0,133	Conserve la hipótesis nula
4	La distribución de percepción de cuidado personalizado es la misma entre las categorías del semestre	0,063	Conserve la hipótesis nula
5	La distribución del total del cuestionario es la misma entre las categorías del semestre	0,035	Rechace la hipótesis nula

Fuente: Datos del estudio

De la tabla 6 se concluye lo siguiente: respecto a la hipótesis número 1 sobre si la percepción del cuidado espiritual es la misma entre los diferentes semestres, la significancia fue de 0,007. Por lo tanto, se debe rechazar esta hipótesis y aceptar que si existe una diferencia significativa en la sub-escala de percepción del cuidado espiritual en los diferentes semestres.

La hipótesis número 2 sobre si la percepción de religiosidad es la misma entre los semestres, la significancia fue de 0,413. Por lo tanto, se debe conservar la hipótesis nula concluyendo que no existe una diferencia significativa en la sub-escala de percepción de religiosidad en los diferentes semestres.

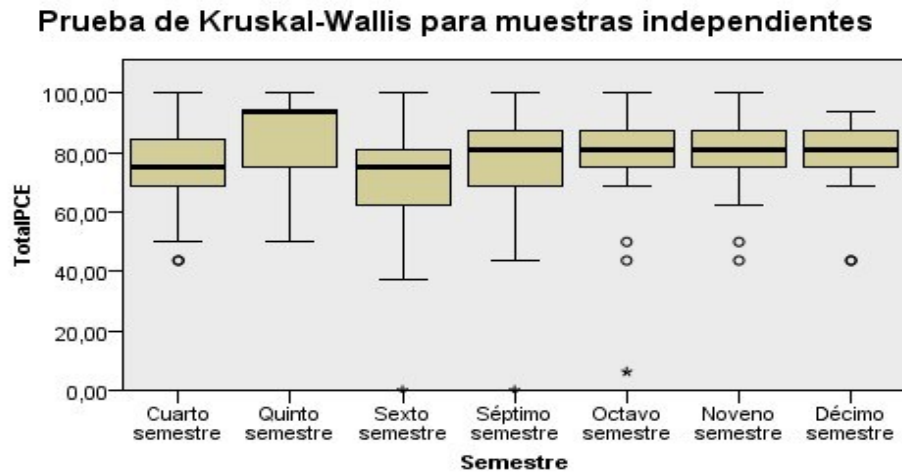
La hipótesis número 3 sobre si la percepción de la espiritualidad era la misma entre los diferentes semestres se obtuvo una significancia de 0,133. Por lo tanto, se debe conservar la hipótesis nula concluyendo que no existe una diferencia significativa en la subescala de percepción de la espiritualidad en los diferentes semestres.

La hipótesis número 4 sobre si la percepción de cuidado personalizado es la misma entre los diferentes semestres, se obtuvo una significancia de 0,063. Por lo tanto, se debe conservar la hipótesis nula concluyendo que no existe una diferencia significativa en la subescala de percepción de cuidado personalizado en los diferentes semestres.

La hipótesis número 5 respecto a si la espiritualidad y el cuidado espiritual total es la misma entre los diferentes semestres, se obtuvo una significancia de 0,035. Por lo tanto, se debe rechazar

la hipótesis nula concluyendo que si existe una diferencia significativa en el total del cuestionario frente a la espiritualidad y el cuidado espiritual total en los diferentes semestres.

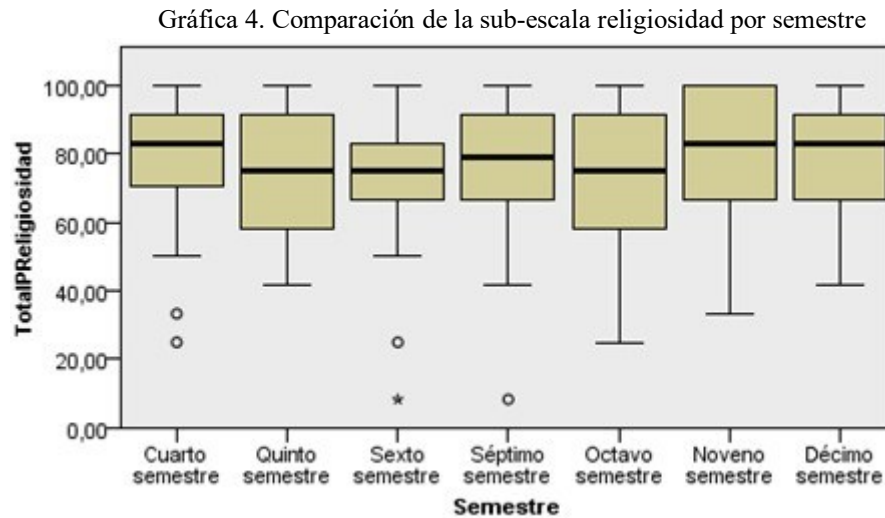
Gráfica 3. Comparación de la sub-escala cuidado espiritual por semestre



Fuente: Datos del estudio

En la gráfica 3 se presenta la comparación de la percepción del cuidado espiritual de los estudiantes de enfermería de cuarto a décimo semestre. En cuarto semestre la mediana fue de 75,0 con una desviación estándar de 12,26, el puntaje mínimo fue de 43,75 y el máximo fue de 100. En quinto semestre, la mediana se ubicó en 93,75 con una desviación estándar de 14,6, un puntaje máximo de 100 y uno mínimo de 50. En sexto semestre, la mediana se ubicó en 75,0 con una desviación estándar de 18,1, un puntaje máximo de 100 y uno mínimo de 0. En séptimo semestre, la mediana se ubicó en 81,2 con una desviación estándar de 19,8, un puntaje máximo de 100 y uno mínimo de 0. En octavo semestre, la mediana se ubicó en 81,2 con una desviación estándar de 19,2, un puntaje máximo de 100 y uno mínimo de 6,2. En noveno semestre, la mediana se ubicó en 81,2 con una desviación estándar de 13,1, un puntaje máximo de 100 y uno mínimo de 43,7 y en décimo semestre, la mediana se ubicó en 81,2 con una desviación estándar de 12,4, un puntaje máximo de 93,7 y uno mínimo de 43,7.

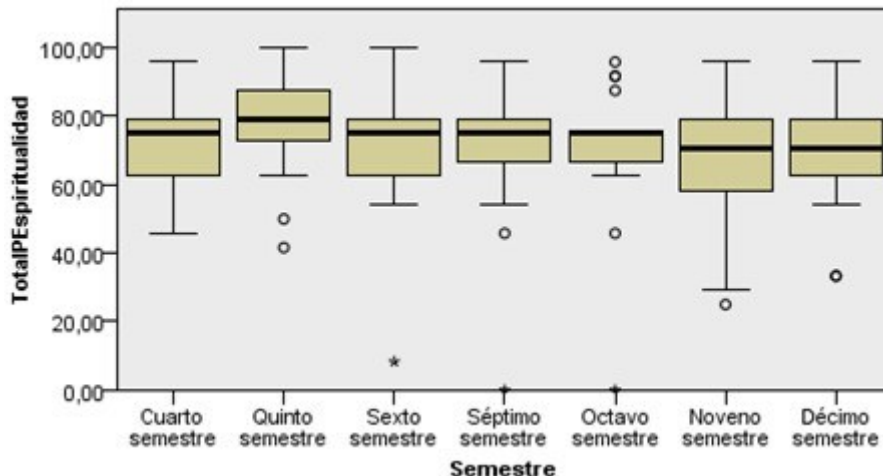
El semestre que obtuvo mayor puntaje en la sub-escala de cuidado espiritual fue quinto y el que obtuvo el menor puntaje fue sexto semestre.



Fuente: Datos del estudio

En la gráfica 4 se presenta la comparación de la percepción de religiosidad de los estudiantes de enfermería de cuarto a décimo semestre. En cuarto semestre la mediana fue de 83,3 con una desviación estándar de 17,4, el puntaje máximo fue de 100,0 y el mínimo fue de 25,0. En quinto semestre, la mediana se ubicó en 75,0 con una desviación estándar de 17,4, un puntaje máximo de 100 y uno mínimo de 41,6. En sexto semestre, la mediana se ubicó en 75,0 con una desviación estándar de 18,1, un puntaje máximo de 100 y uno mínimo de 8,3. En séptimo semestre, la mediana se ubicó en 79,1 con una desviación estándar de 18,6, un puntaje máximo de 100 y uno mínimo de 8,3. En octavo semestre, la mediana se ubicó en 75,0 con una desviación estándar de 23,8, un puntaje máximo de 100 y uno mínimo de 25,0. En noveno semestre, la mediana se ubicó en 83,3 con una desviación estándar de 21,2, un puntaje máximo de 100 y uno mínimo de 16,6 y en décimo semestre, la mediana se ubicó en 83,3 con una desviación estándar de 14,9, un puntaje máximo de 100 y uno mínimo de 41,6. Por lo tanto, la totalidad de los semestres obtuvo una puntuación de 100, y a su vez 6 y 7 semestre con una puntuación mínima de 8,3, siendo las más baja del total.

Gráfica 5. Comparación de la sub-escala espiritualidad por semestre

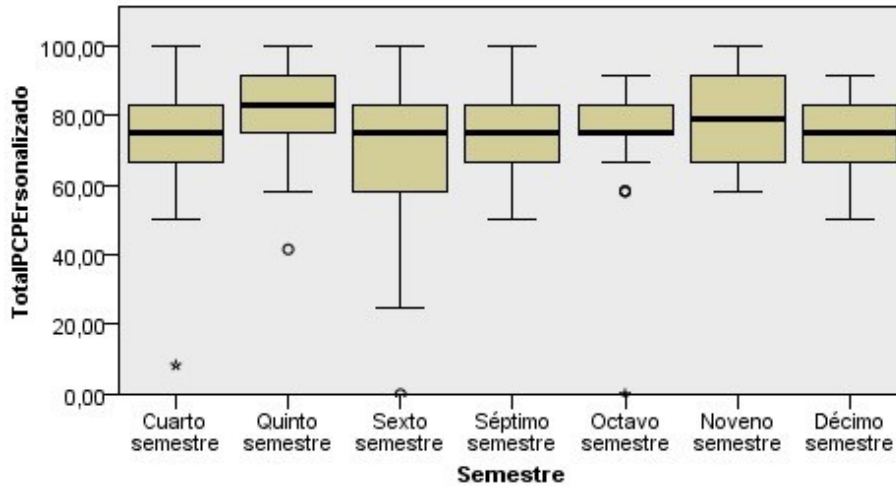


Fuente: Datos del estudio

En la gráfica 5 se presenta la comparación de la percepción de espiritualidad de los estudiantes de enfermería de cuarto a décimo semestre. En cuarto semestre la mediana fue de 75 con una desviación estándar de 12,2, el puntaje mínimo fue de 45,8 y el máximo fue de 95,8. En quinto semestre, la mediana se ubicó en 79,1 con una desviación estándar de 13,3, un puntaje máximo de 100 y uno mínimo de 41,6. En sexto semestre, la mediana se ubicó en 75,0 con una desviación estándar de 14,3, un puntaje máximo de 100 y uno mínimo de 8,3. En séptimo semestre, la mediana se ubicó en 75 con una desviación estándar de 16,6, un puntaje máximo de 95,8 y uno mínimo de 0. En octavo semestre, la mediana se ubicó en 75 con una desviación estándar de 16,4, un puntaje máximo de 95,8 y uno mínimo de 0. En noveno semestre, la mediana se ubicó en 70,8 con una desviación estándar de 17,9, un puntaje máximo de 95,8 y uno mínimo de 25 y en décimo semestre, la mediana se ubicó en 70,8 con una desviación estándar de 13,8, un puntaje máximo de 95,8 y uno mínimo de 33,3.

En este sentido se puede concluir que la percepción de la espiritualidad fue más alta en el semestre 5 y 6 semestre, con una puntuación de 100. Por otro lado 7 y 8 obtuvieron resultado con menor con 0.

Gráfica 6. Comparación de la sub-escala cuidado personalizado por semestre



Fuente de datos del estudio

En la gráfica 6 se presenta la comparación de la percepción del cuidado personalizado de los estudiantes de enfermería de cuarto a décimo semestre. En cuarto semestre la mediana fue de 75 con una desviación estándar de 13,8, el puntaje máximo fue de 100 y el mínimo fue de 8,3. En quinto semestre, la mediana se ubicó en 83,3 con una desviación estándar de 12,9, un puntaje máximo de 100 y uno mínimo de 41,6. En sexto semestre, la mediana se ubicó en 75 con una desviación estándar de 19,1, un puntaje máximo de 100 y uno mínimo de 0. En séptimo semestre, la mediana se ubicó en 75 con una desviación estándar de 12,3, un puntaje máximo de 100 y uno mínimo de 50. En octavo semestre, la mediana se ubicó en 75,0 con una desviación estándar de 17,0, un puntaje máximo de 91,6 y uno mínimo de 0. En noveno semestre, la mediana se ubicó en 79,1 con una desviación estándar de 14,0, un puntaje máximo de 100 y uno mínimo de 58,3 y en décimo semestre, la mediana se ubicó en 75 con una desviación estándar de 10,3, un puntaje máximo de 91,6 y uno mínimo de 50,0.

En este sentido se indica que en la percepción del cuidado personalizado el puntaje más bajo lo obtuvieron 6 y 8 semestre, con un resultado de cero.

7. DISCUSIÓN

Partiendo del objetivo general del estudio, que busco evaluar y comparar la percepción de la espiritualidad y del cuidado espiritual en estudiantes de enfermería de IV a X semestre de la Universidad El Bosque, es factible afirmar que la población encuestada obtuvo una alta puntuación respecto a estos aspectos, evidenciando cambios significativos entre los semestres frente a la escala total. Dichos resultados concuerdan con estudios de naturaleza similar, realizados en ámbitos internacionales en los que se expone las repercusiones de la edad, el género y el estado civil, en la elaboración que los individuos tienen en torno a la espiritualidad y cuidado espiritual (69), (70).

Dado que, este estudio tuvo en su gran mayoría participantes catalogados como población adulto joven pertenecientes a la religión católica u otra, se deduce que crecer bajo este contextos les ha permitido a través de los años adquirir ritos o creencias que podrían ser las bases iniciales sobre las cuales estas personas proporcionan cuidado espiritual, y ya en su proceso de aprendizaje en enfermería aportan a incrementar de forma individual el conocimiento experiencial, que paralelamente contrasta con la adquisición del conocimiento científico y formal.

Este hallazgo reafirma lo topado en los estudios de Peña de León y colaboradores, y Lunasco Chávez, que indican como los estudiantes al ingreso a su formación profesional cuentan con conocimientos previos frente a la espiritualidad y los contemplan para brindar cuidado espiritual durante su práctica formativa (4), (69). Claro está, que los estudiantes que poseen más conocimientos frente al tema tratado, estarán en mayor capacidad para integrar lo aprendido, reflejándose en una posterior oportunidad de brindar cuidado espiritual (71).

En relación a las percepciones de cuidado espiritual, religiosidad, espiritualidad y cuidado personalizado que pudieran tener los estudiantes de enfermería, se puede mencionar que estos aspectos están estrechamente ligados con la formación académica y a los patrones de crianza experimentada en el curso de vida. Del mismo modo, coincidimos con lo expuesto por Morillo Martin y colaboradores, que afirman como en el equipo de enfermería existe determinado tipo de conocimientos sobre la temática y una actitud positiva ante los cuidados espirituales y religiosos (72) desde antes de dar inicio a la formación profesional.

Por ello, convenimos con lo citado en el estudio de Kalkim y colaboradores (2), en el sentido de considerar la repercusión de la formación en el cuidado espiritual para la vida

profesional de las enfermeras. Debemos agregar que estos autores señalan hallazgos similares a los contemplados en este contexto, en el sentido que avalan que el 49,4% de los estudiantes participantes manifestó haber recibido formación en el área. Además, su muestra consideró importante que las enfermeras proporcionen cuidado espiritual a las personas que tienen bajo su cargo 92,1%.

Al comparar estos escenarios, es viable informar que los estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque manifestaron tener la capacidad de propiciar y llevar a la práctica este tipo de cuidado 49%, de forma similar esto fue registrado en el estudio de Kalkim 50.7% (2). Llegado a este punto, vale la pena citar lo dicho por Brito Pedrão & Beresin (73), en razón a que hay indicios de que la formación para la prestación del cuidado espiritual es deficiente; y más aún esta afirmación es veraz cuando los estudiantes manifiestan lo trascendente de brindar cuidado espiritual, pero no se sienten en la capacidad de proporcionarlo al 100%.

De manera que, es posible desde la misma naturaleza formativa que tiene la disciplina, demostrar de forma alineada a la práctica desarrollada desde los diversos ámbitos, la comprensión acerca de los cuidados espirituales y religiosos (72). Siendo indudable que en este contextos de instrucción es indicativo la adquisición de mayores conocimientos conexos con el ser humano y su parte holística, en respuesta a la necesidad imperante de incrementar la percepción del cuidado y la relevancia que tiene para el paciente durante la atención proporcionada por las enfermeras.

En relación al propósito inicial de este estudio Gorriti Siappo y colaboradores, afirman que las experiencias y opiniones dadas por los estudiantes están ligadas a la formación que reciben en la academia, en este punto la interacción que se tiene con el sujeto de cuidado cobra mayor importancia puesto que esta interrelación facilita la elaboración de conceptos para la vida profesional y personal (71). Dentro de este contexto, los resultados exhiben percepciones inherentes a la vida misma, y al recorrido hecho al interior de la academia, que para este caso registra la formación del futuro talento humano que será el responsable de cuidar de las experiencias de las personas en la salud y en la enfermedad.

Lo cierto es que la Facultad de Enfermería de la Universidad El Bosque maneja un enfoque formativo y transversal denominado biopsicosocial, cultural y espiritual. Sin embargo, llama la atención que el 50.6% de los participantes manifestará no haber recibido formación en el tema, el

56.6% indicó que ha proporcionado cuidado espiritual en su práctica y el 53.0% expresó que no ha visto a sus docentes proporcionarlo. Esto quizás podría ocurrir porque los estudiantes no están familiarizados con el uso del concepto de cuidado espiritual, pero pueden tener implícito en su conocimiento y experiencia lo que este concepto significa o implica.

Mirando el fenómeno desde esta panorámica, este comportamiento puede exteriorizar que es necesario fortalecer la formación en el área, tanto en los estudiantes como en los docentes, y ser eficaces en la respuesta que este tipo de formación demanda, pues como lo expresan Cabal Escandón & Guarnizo-Tole la enfermería solicita de la sutileza para comprender al sujeto holísticamente, a partir de su trayectoria “socioantropológica, biológica, psicológica y espiritual” (74). Esto con el fin de que los conceptos integradores del cuidado espiritual sean explícitos para los estudiantes, y puedan identificar más enfáticamente este cuidado en la práctica por parte de ellos y de los docentes.

Según los resultados obtenidos en el estudio, se considera que la percepción de la religiosidad, la espiritualidad y el cuidado personalizado no tienen diferencias estadísticamente significativas de la temática frente al semestre que cursaba el estudiante en el momento de formalizar la medición. Este hallazgo concuerda con un estudio hecho en estudiantes de enfermería en Turquía por Aksoy, que arrojó semejanzas en los resultados dados por los estudiantes que cursaban diferentes años de la carrera, a partir del cual no se detectaron relaciones significativas al comparar el nivel de formación y los conceptos anteriormente nombrados (75).

Lo cierto es que, el cuidado espiritual genera en el estudiante una serie de conceptos dirigidos al trato hacia la vida propia y la de los demás, sea o no durante la formación. También es en los momentos de enfermedad donde surge la mayor conciencia de lo que implica brindar cuidado, tal vez, como estrategia que permite la elaboración y definición de acciones prioritarias, lo cual lleva al estudiante desde el inicio de su formación a incorporar aspectos importantes sobre la prestación integral del cuidado, ante la necesidad imperante de doblegar el dolor humano y la satisfacción de las necesidades.

Se comprende que en el proceso de formación profesional se debe vincular al estudiante a un proceso que le permita ser capaz de desarrollar críticas constructivas sobre las experiencias de cuidado que vive, que le permitan orientar lo que este pretende realizar en pro del bienestar de

su sujeto de cuidado (71). Motivo por el cual el cuidado de enfermería busca la asociación positiva de los elementos que rodean la trascendencia en razón al establecimiento de una relación con un Dios, ser superior, con los demás y consigo mismo. Estos apuntes, se relacionan con el componente religioso y existencial (25) que tienen los individuos. De allí, que este soporte dado por la evidencia que emerge de los estudios realizados en la disciplina concuerde con los datos analizados para este contexto, en donde el nivel de percepción del cuidado espiritual es similar para los estudiantes que se encuentran en los diversos niveles de formación ($p= 0,007$).

Ya en el análisis elaborado en cada una de las subescalas que estructuran la Escala SSCRS, y de forma específica en los datos aportados por los estudiantes de último año IX y X semestre, se identificaron puntuaciones altas en comparación con los otros semestres; ante ello consideramos que si bien la diferencia no es mayor, el hecho de que estos estudiantes se encuentren cursando una práctica formativa que lo acerca más al mundo real podría incidir en la necesidad que estos tienen de comprender la dinámica del cuidado de las personas, no solo en la enfermedad, sino también en la salud.

Paralelamente, se deduce que el avance del proceso formativo que adelantan los estudiantes, es consecuente con la adquisición de nuevas bases teóricas en cada uno del semestre que inician. Ello en respuesta, a la necesidad de conocer las diferentes trayectorias que están presentes durante la vida de las personas por eso la continuidad, la experiencia y el establecimiento de relaciones de cuidado más cercanas en el proceso formativo, permiten la adquisición de una consciencia sobre la vida y todo lo que le rodea. Como lo indica este estudio, el mayor puntaje de percepción correspondió a los estudiantes que cursaban el semestre formativo que se relaciona con cuidado materno perinatal, neonatal y pediátrico.

En este orden de ideas, la constante búsqueda de formación integral sentida expresada en los resultados del presente estudio, condiciona el proceso formativo al fomento del respeto y reconocimiento, no solo en los sujetos de cuidado que abordan los estudiantes, sino en ellos mismos. Por todo esto, el concepto de espiritualidad es relacionado con el tipo de creencias y la unión con un ser superior, dándole significado a la persona; lo que corresponde con lo imperativo que desde el mismo inicio de la formación profesional, el estudiante este expuesto escenarios reales a partir de los cuales pueda materializar un cuidado espiritual coherente con el sentido de la vida.

Quisiéramos añadir, en correspondencia con lo dicho en el estudio de Abbasi y colaboradores, en el que participaron estudiantes de enfermería y a partir del cual fue posible probar que existe la obligación por parte del docente para que el estudiante logre el pleno desarrollo de las competencias encaminadas a la provisión de cuidado espiritual y de fomento de la espiritualidad (76). Los mismos autores plantean que los planes de cuidado de las enfermeras a menudo no tienen o presentan una débil fundamentación de atención en esta dimensión de la vida, por lo cual debe corregirse esta carencia no solo en el proceso vivido por los estudiantes, sino también por los docentes en su rol profesional.

En efecto la idea expresada, contrasta con lo hallado en este estudio, en el cual se ve que los estudiantes de los diferentes semestres poseen algún concepto de cuidado espiritual, o lo han otorgado de alguna manera a sus pacientes durante su presencia en escenarios reales de la práctica formativa. Sobran razones para destacar que de contar con mayor calidad y profundidad de formación para el cuidado espiritual sería factible vigorizar el rol que desempeñan las enfermeras en el área (76); así mismo mejorar los estándares de calidad del cuidado ejecutados en los ámbitos de desempeño de la disciplina.

A partir de los hallazgos de este estudio, los autores expresan que el fenómeno abordado se vincula con las creencias, las prácticas, los rituales y los símbolos que representan algo sagrado para los estudiantes; siendo una parte importante que este logre evidenciar que puede brindar un cuidado en donde las personas sean capaces de expresar sus sentimientos, como estrategia de apoyo para el fomento de la espiritualidad en los pacientes. Desde la instrucción profesional, es clave poner en práctica los conceptos de religiosidad, espiritualidad y de cuidado personalizado, ya que de alguna manera benefician la vida y el momento que cursan las futuras enfermeras (77) en relación con esta área de estudio.

Finalmente, al ser el tema estudiado de amplia envergadura para la formación en enfermería, es importante expresar que desde la esencia de la profesión se demuestra que el conocimiento en torno al cuidado de enfermería tiene adheridos a su razón de ser, un fuerte componente espiritual y religioso, que está alineado con la percepción de las enfermeras en los diferentes ámbitos de su ejercicio laboral. Las actitudes ante estos cuidados son positivas, puesto que este talento humano refiere reconocer a los seres como holísticos, distinguiendo las necesidades referentes al cuidado individualizado enfocado en la espiritualidad de la persona (74).

Teniendo en cuenta estos resultados, se evidencia la importancia de continuar investigando sobre el cuidado espiritual en enfermería y la implicación de la academia en el abordaje de estos temas en las instituciones prestadoras de servicios de salud y educativa, para dar una atención humanizada y eficaz.

8. CONCLUSIONES

La Facultad de Enfermería maneja un enfoque biopsicosocial, cultural y además espiritual; sin embargo, llama la atención que más de la mitad de los estudiantes manifiesto que no ha recibido formación en el tema 50,6%, y la mayoría expreso que no ha proporcionado cuidado espiritual en su práctica 56,9%. Así mismo, los estudiantes expresaron que no han visto a sus docentes proporcionar cuidado espiritual durante su práctica 53,0%. Esto puede indicar que es necesario fortalecer la formación transversal de IV a X semestre en el tema, haciendo explícitos los conceptos para los estudiantes y que ellos identifiquen más enfáticamente este cuidado en la práctica por parte de los docentes y de ellos mismos.

La necesidad de una formación en espiritualidad y cuidado espiritual es reconocida por el estudiante de enfermería 94,1%, además cuando estos han acudido a un servicio de salud manejando el rol de paciente, una elevada proporción indico no haber recibido cuidado espiritual 71,5%. Por lo tanto, el reto está en los futuros profesionales, en que egresen con los conocimientos suficientes y la capacidad de abordar a un usuario realmente en todas sus esferas de manera integral, incluyendo su dimensión espiritual.

Es llamativo observar que la mayoría de los estudiantes 92,1% mostró que es importante que el profesional de enfermería brinde cuidado espiritual a sus pacientes 94,1%. Considerando la espiritualidad como un aspecto importante de la salud de las personas, aunque un gran porcentaje haya dicho que no recibió formación sobre el tema durante el desarrollo de su carrera profesional, ni tuvo la oportunidad de brindar cuidado espiritual durante sus prácticas formativas.

Con respecto al objetivo principal del estudio se puede concluir que los estudiantes de enfermería de IV a X semestre de la Universidad El Bosque obtuvieron una alta puntuación superior al 50%, respecto a la percepción del cuidado espiritual y de la espiritualidad, evidenciándose cambios entre los semestres frente a la escala total.

Se demuestro que los estudiantes de la Facultad de Enfermería obtuvieron puntajes favorables en la sub-escalas de percepción de la espiritualidad; no obstante, fue más alta en V y VI semestre alcanzando la máxima puntuación de 100. Por otro lado, VII y VIII semestre obtuvieron

el resultado con menor puntuación, que oscilo entre 0 y 100. La percepción del cuidado personalizado se obtuvo en sus puntajes más bajos en VI y VIII semestre, con un resultado que fluctúa entre 0 y 100.

En relación a percepción de la religiosidad los estudiantes de enfermería obtuvieron puntajes máximos de 100 y mínimos de 8,3. Los puntajes altos se obtuvieron en todos los semestres de IV a X con un 100%, y el puntaje mínimo lo obtuvieron VI y VII semestre con 8,3%. Los demás semestres obtuvieron puntuaciones mayores al 16,6%. En el percentil 25 se obtuvieron puntuaciones por encima de 58,3% y en el percentil 75 mayores de 83,3%, lo que indica que los estudiantes de enfermería han evidenciado este concepto en su formación y en su vida cotidiana.

En relación a percepción del cuidado espiritual los estudiantes de enfermería obtuvieron puntajes máximos de 100% y mínimo de 0%, las puntuaciones altas se lograron de IV a IX semestre con 100%, a excepción de X semestre que obtuvo 93,75%. El puntaje mínimo lo consiguieron los semestres VI y VII con un 0%, y los demás semestres adquirieron puntuaciones mayores de 6,26%. En el percentil 25 se obtuvieron puntuaciones por encima de 68,7%, y en el percentil 75 los valores mayores de 12,26%; lo que indica que la mayoría de estudiantes reconocen la importancia de brindar cuidado espiritual.

En relación a la percepción del cuidado personalizado de la escala, los estudiantes de enfermería obtuvieron un puntaje máximo de 100 y el mínimo de 0. El puntaje más bajo lo obtuvieron VI y VIII semestre, con un resultado de cero, por su parte con una puntuación de 100%, se encuentran los demás semestres, a excepción de VIII y X semestre. Por otro parte, el 25% de los estudiantes puntuó en 66,6 y el 75% en 83,3, lo que indica que el total de los encuestados tienen algún concepto sobre cuidado personalizado.

En relación a la percepción total de la escala, todos los semestres de enfermería obtuvieron un puntaje máximo de 94,1 y el mínimo de 19,1. Los semestres con las puntuaciones más altas fueron V y VII, y los semestres que obtuvieron el puntaje más bajo correspondieron a IV y VI. Por otra parte, se halla que el 25% de los estudiantes puntuó en 67,6 y el 75% de los estudiantes puntúa en 80,1.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Nascimento LC, Santos de Oliveira FC, Moreira Santos TF, Pan R, Florida Santos M, Andrade Alvarenga W, et al. Atención a las necesidades espirituales en la práctica clínica de enfermeros. *Aquichan*. 2016; 16(2):179-192.
2. Kalkim A, Sagkal Midili T, Baysal E. An investigation of the perceptions and practices of nursing students regarding spirituality and spiritual Care. *Religions*. 2016; 7(8):1-13
3. López V, Fischer I, Cynthia Leigh M. Spirituality, religiosity, and personal beliefs of Australian undergraduate nursing students. *Journal of Transcultural Nursing*. 2014; 25(4): 395402.
4. Lunasco Chávez M. Percepción de los estudiantes de enfermería sobre la necesidad de ayuda espiritual en pacientes hospitalizados. *Cybertesis*. 2015; 31(3): 1-80.
5. Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). Declaración de posición. *Rev Enferm IMSS*. 2003; 11(3): 159-165.
6. ICONTEC. Humanización de la Atención en salud. [Internet] Bogotá; 2016 [Consultado mar 26 de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2S4RHmE>
7. Grisales Naranjo L.V, Arias Valencia M.M. Humanized care; the case of patients subjected to chemotherapy. *Invest Educ Enferm*. 2013; 31(3): 364-376
8. MINSALUD. Ley 266 de 1996. [Internet]. Bogotá; 1996. [Consultado oct 7 de 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/2vJHe9s>
9. MINEDUCACIÓN. Ley 911. [Internet]. Bogotá; 2004. [Consultado oct 7 de 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/2s2y42z>
10. Corte constitucional. Ley 1733. [Internet]. Bogotá; 2014. [Consultado jul 17 de 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/2FCXPAq>
11. Congreso de Colombia. Ley 1384. [Internet]. Bogotá D.C; 2010. [Consultado ene 17 de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2uMSsXe>
12. MINSALUD. ABECE de los cuidados paliativos. [Internet]. Bogotá; 2016. [Consultado ene 17 de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2DKlzN0>
13. MINSALUD. Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario Colombia. [Internet]. Bogotá D.C; 2011. [Consultado feb 17 de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2OTfll0>

14. Rivas Castro A.C, Romero Cárdenas A.V, Vásquez Munive M. Bienestar espiritual de los pacientes con enfermedades crónicas de una institución de cuidado domiciliario. *Duzuary*. 2013; 10(1): 20-25.
15. Gómez Palencia P, Cantillo Banquett D, Coronado Quintana M, López Villamizar A, Vergara Mendoza Y. Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores con enfermedad crónica. *Invest Educ Enferm*. 2016; 34(2):235-241
16. Cárdenas López H. El enfoque biopsicosocial y cultural en la formación de los profesionales de la salud de la Universidad El Bosque. Bogotá: Editorial Universidad el Bosque; 2016.
17. Bautista Rodríguez L.M, Parra Carrillo E.L, Arias Torres K.M, Parada Ortiz K.J, Ascanio Meza K.A, Villamarín Capacho M.I. Percepción de los comportamientos de cuidado humanizado en los usuarios hospitalizados en una institución de salud de 3° y 4° nivel de atención. *Revista Ciencia y Cuidado*. 2015; 12(1): 105-118
18. Postman L. Percepción y aprendizaje. Buenos Aires -Argentina. Nueva Visión; 1974.
19. Jahani A, Rejeh N, Heravi-Karimooi M, Vaismoradi M, Jasper M. Spiritual wellbeing of Iranian patients with acute coronary syndromes: a cross-sectional descriptive study. *Journal of Research in Nursing*. 2014; 19(6): 518-527.
20. Narayanasamy. Learning spiritual dimensions of care from a historical perspective. *Nurse Educ Today*. 1999; 19(5): 386-395
21. Withers A, Zuniga K, Van Sell S.L. Spirituality: Concept Analysis. *International Journal of Nursing & Clinical Practices*. 2017; 4(2): 1-5.
22. Simkin H, Azzollini S. Personalidad, autoestima, espiritualidad y religiosidad desde el modelo y la teoría de los cinco factores. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*. 2015; 7(2): 339-361.
23. Sánchez Herrera B. Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte. *Revista Aquichan*. 2004; 4(1): 6-9.
24. Ross L. The spiritual dimension: its importance to patients' health, wellbeing and quality of life and its implications for nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*. 1995; 32(5): 457-468.
25. Palacio Vargas C.J. La espiritualidad como medio de desarrollo humano. *Cuestiones Teológicas*. 2015; 42(98): 459-481.

26. Delgado C. A discussion of the concept of spirituality. *Nursing Science Quarterly*. 2005; 18(2): 157-162.
27. McSherry W, Draper P, Kendrick D. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *International Journal of Nursing Studies*. 2002; 39(7): 723-734.
28. Evangelista C, Lopes M, Costa S, Batista P, Batista J, Oliveira A. Palliative care and spirituality: an integrative literature review. *Rev. Bras. Enferm*. 2016; 69(3): 591-601.
29. Quinceno J.M, Vinaccia S. La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Divers: Perspect Psicol*. 2008; 5(2): 321-336.
30. Moraes Penha R, Paes da Silva MJ. Meaning of spirituality for critical care nursing. *Text Context Nursing*. 2012; 21(2):260-268.
31. Uribe Velásquez SP, Lagoueyte Gomez MI. “Estar ahí”, significado del cuidado espiritual: la mirada de los profesionales de enfermería. *Av. Enferm*. 2014; 32(2): 261-270.
32. San Martin Petersen C. Espiritualidad en la tercera edad. *Psicodebate. Psicología, cultura y sociedad*. [Internet]. Argentina; Universidad de Palermo: 2007. [Consultado feb 17 de 2018]. Disponible en: <https://bit.ly/2VvnFtK>
33. Reig Ferrer A, Dolores Arenas M, Ferrer Cascales R, Fernandez Pascual MD, Albaladejo Blazquez N, Gil MT. Evaluation of spiritual well-being in haemodialysis patients. *Nefrología*. 2012; 32(6): 731-742.
34. Arevalo Mora L, Avila Mira SP. Religión y espiritualidad, una mirada del estigma frente al VIH/SIDA. *Rev. fac. med*. 2012; 20(1): 52-61.
35. Salgado A.C. Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores. *Propósitos y Representaciones*. 2014; 2(1): 121-159.
36. Rodríguez del Real N. Impacto de la espiritualidad en salud mental. Una propuesta de estrategia de atención comunitaria de salud mental en colaboración con grupos religiosos locales. *Rev GPU*. 2011; 7(2): 205-213.
37. Fonseca Canteros M. Importance of spiritual and religious aspects in treatment of surgical patients. *Rev Chilena de Cirugía*. 2016; 68(3): 258-264.
38. Ottlaviani A.C, Souza E.N, Camargo D.N, Zazzetta de Mendiondo M.S, Lost Pavarini S.C, Souza Orlandi F. Esperanza y espiritualidad de pacientes renales crónicos en hemodiálisis: un estudio de correlación. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014; 22(2): 248-254.

39. Van Leeuwen R, Cusveller B. Nursing competencies for spiritual care. *Leading Global Nursing Research*. 2004; 48(3): 234-246.
40. Vargas Escobar L. Evaluación de una intervención educativa para fortalecer el cuidado espiritual en el personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica. Tesis doctoral. [Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2015. [Consultado sep 17 de 2017]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/49010/>
41. Muñoz Devesca A, Morales Moreno I, Bermejo Higuera J.C, Galán González J.M. La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. *Index de Enfermería*. 2014; 23(3): 153156.
42. Pérez García E. Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. *Enfermería: Cuidados humanizados*. 2016; 5(2): 41-45.
43. Morales Ramón F, Ojeda Vargas M.G. El cuidado espiritual como una oportunidad de cuidado y trascendencia en la atención de enfermería. *Salud en Tabasco*. 2014; 20(3): 94-97.
44. Monareng L. Spiritual nursing care: A concept analysis. *Curationis*. 2012; 35(1): 1-9.
45. Ramezani M, Ahmadi F. Spiritual care in nursing: a concept analysis. *International Nursing Review*. 2014; 61(2): 211–219.
46. McSherry W, Draper P, Kendrick D. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *Int Nurs Stud*. 2009; 39(7): 723-34.
47. Bulechek G.M, Dochterman J.M, Butcher H.K, Wagner C.M. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Madrid; ElSevier 2018.
48. Vargas Escobar LM. Intervención educativa para enfermería: cuidado espiritual durante la enfermedad crónica. *Aquichan*. 2017; 17(1): 30-41.
49. Cisneros F. Introducción los modelos y teoría de enfermería. *Unicauca*. 2002;1-16.
50. Izquierdo Machin E. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Revista Cubana de Enfermería*. 2015; 31(3).
51. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. *Modelos y teoría en Enfermería*. Madrid: Elsevier. 2018.
52. Newman M. Margaret Newman's Theory of Health as Expanding Consciousness and a Nursing Intervention from a Unitary Perspective. *Asia Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2017; 4(1): 50-52.

53. Soto Fuentes Pe, Reynaldos Grandón K, Martinez Santana D, Jerez Yañez O. Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. *Aquichan*. 2014; 14(1): 2027-5374.
54. Henriques Camelo SH. Competencias profesionales de los enfermeros para trabajar en Unidades de Cuidados Intensivos: una revisión integradora. *Rev Latino AM Enfermagem*. 2012; 20(1): 1-9.
55. Baldacchino D, Draper P. Spiritual coping strategies: a review of the nursing research literature. *Leading Global Nursing Research*. 2001; 34(6): 833-841.
56. Baldacchino D. Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. 2006; 15(7): 885-896.
57. Rabello de Souza J, Alves Maftum M, Azevedo Mazza V. The nursing care in the spiritual dimension: undergraduates' experience O cuidado de enfermagem na dimensão espiritual: vivência do estudante de graduação. *Online Brazilian Journal of Nursing*. 2009; 8(1). 1-8.
58. Mendes Espinha D.C, Marques de Camargo S, Zanchettin silva S.P, Pavelqueires S, Lucchetti G. Nursing students' opinions about health, spirituality and religiosity. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2013; 34(4): 98-106.
59. Lee Y. The relationship of spiritual well-being and involvement with depression and perceived stress in Korean nursing students. *Global Journal of Health Science*. 2014; 6(4): 169-176.
60. Frouzandeh N, Aein F, Noorian C. Introducing a spiritual care training course and determining its effectiveness on nursing students' self-efficacy in providing spiritual care for the patients. *Journal of Education and Health Promotion*. 2015; 4(34). 1-14.
61. Mcsherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*. 2011; 20(11-12): 1757-1567.
62. Behar Rivero D. Metodología de la investigación. Edición A Rubeira. 2018. 1-94
63. Masseroni S, Domínguez V. Metodología y metodos: diseños de investigación comparativa. *Mnemosyne*. 2010;(2): 1-36.
64. Hernández-Avila M, Garrido F, Salazar-Martínez E. Sesgos en estudios epidemiológicos. *Salud Pública de México*. 2000; 4(5): 438-446.
65. García-García J, Reding-Bernal A. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investigación en Educación Médica*. 2014; 8(2): 217-224.

66. Vargas Escobar LM. Validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual. *Rev Colombiana de enfermería*. 2015; 11(10): 34-44.
67. MINSALUD. Resolución 8430. [Internet]. Bogotá; 1993 [Consultado jul 17 de 2017]. Disponible en: <https://bit.ly/2G50jGb>
68. Martínez Trujillo N. Enfermería en la cobertura universal en salud: nuevos términos, viejas acciones. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015; 41(1): 69-79.
69. Peña de León B, González Velázquez MS, Crespo Knopfler S, Agama Sarabia A, Trejo Niño G, Islas Ortega M. EL rendimiento académico en alumnos de enfermería y su relación con hábitos de estudio y estilos de aprendizaje. *Educación y desarrollo*. 2015; 61-67.
70. Uribe M.A, Illesca M. Burnout in nursing students of a private university. *ScienceDirect*. 2017; 6(24): 234-241.
71. Gorriti Siappo CL, Rodríguez Núñez Y, Evangelista Cabral I. Experiências de estudantes de enfermagem no cuidado de si durante o processo de formação em uma universidad privada de Chimbote, Perú. *Esc Anna Nery*. 2016; 20(1): 17-24.
72. Morillo Martin MS, Galán González-Serna JM, Llanos Peña F. Actitudes de las Enfermeras ante los Cuidados Espirituales y Religiosos en un Hospital General. *Index de Enfermería*. 2017; 26(3): 152-156.
73. Brito Pedrão R, Beresin R. Nursing and spirituality. *Einstein*. 2010; 8(1): 86-91.
74. Cabal Escandón V, Guarnizo-Tole M. Enfermería como disciplina. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2011; 6(6): 73-81.
75. Aksoy M. Nursing Students' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care. *International Journal of Caring Sciences*. 2017; 10(3):1136-1147.
76. Abbasi M, Farahani-Nia M, Haghani H. Nursing students' spiritual well-being, spirituality and spiritual care. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2014; 19(3): 242-247.
77. Salgado Lévano AC. Revisión de estudios empíricos sobre el impacto de la religión, religiosidad y espiritualidad como factores protectores. *Propósitos y Representaciones*. 2014; 2(1): 121-159.