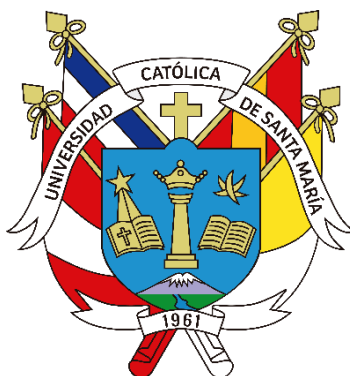


**Universidad Católica de Santa María**

**Facultad de Enfermería**

**Segunda Especialidad en Cuidado enfermero en Paciente Crítico Mención  
Adulto**



**Percepción del cuidado espiritual y ansiedad en el cuidador principal de  
pacientes críticos del servicio de unidad de cuidados intensivos. Hospital  
Regional III Honorio Delgado. Arequipa, 2019**

Tesis presentada por la Licenciada:

**Quispe Abarca, Yngrid Anita**

**ORCID: 0009-0005-1385-2311**

para optar el Título de Segunda Especialidad en

Cuidado Enfermero en Paciente Crítico

Mención Adulto

Asesor(a):

**Mg. Zegarra Lima, Silvia Irene**

**ORCID: 0000-0002-6689-9712**

Arequipa- Perú

2024

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CUIDADO ENFERMERO EN PACIENTE CRITICO**

**MENCION ADULTO**

**SEGUNDA ESPECIALIDAD CON TESIS**

**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 17 de Noviembre del 2023

**Dictamen: 009499-C-FENER-2023**

Visto el borrador del expediente 009499, presentado por:

**2018970562 - QUISPE ABARCA YNGRID ANITA**

Titulado:

**PERCEPCION DEL CUIDADO ESPIRITUAL Y ANSIEDAD EN EL CUIDADOR PRINCIPAL DE  
PACIENTES CRITICOS DEL SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL  
REGIONAL III HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2019**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

**29229000 - CHOCANO ROSAS DE VIZCARRA TERESA JESUS  
DICTAMINADOR**



**29269913 - CARDEÑA VALVERDE MIRTA ELENA  
DICTAMINADOR**



**24005600 - RIVAS CEBALLOS EDDY MARIA  
DICTAMINADOR**



# PERCEPCION DEL CUIDADO ESPIRITUAL Y ANSIEDAD EN EL CUIDADOR PRINCIPAL DE PACIENTES CRÍTICOS DEL SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL REGIONAL III HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2019

## INFORME DE ORIGINALIDAD

24%

INDICE DE SIMILITUD

25%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

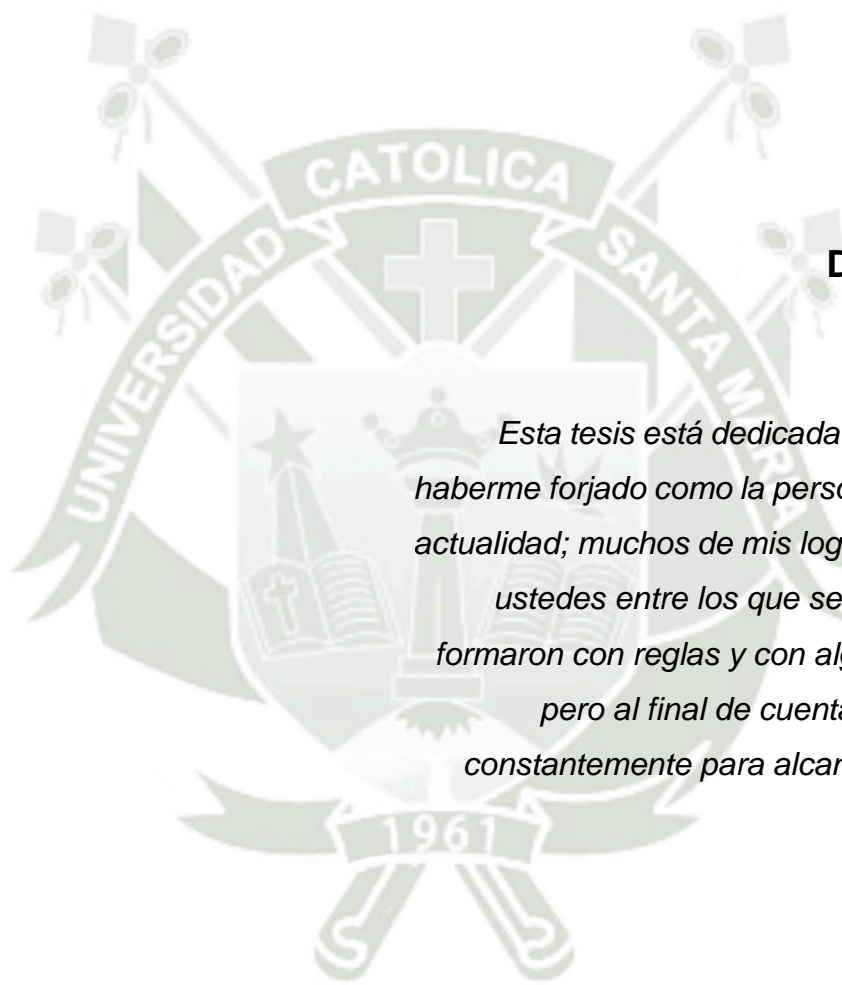
16%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	5%
2	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	3%
3	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	www.medintensiva.org Fuente de Internet	2%
6	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
7	xdocs.net Fuente de Internet	1%

[www.repositorio.usac.edu.gt](http://www.repositorio.usac.edu.gt)



## DEDICATORIA

*Esta tesis está dedicada a mis padres por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis anhelos.*

## RESUMEN

### PERCEPCION DEL CUIDADO ESPIRITUAL Y ANSIEDAD EN EL CUIDADOR PRINCIPAL DE PACIENTES CRÍTICOS DEL SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL REGIONAL III HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2019.

El cuidado espiritual comprende la relación interpersonal enfermera-paciente dónde el profesional favorece la expresión de sentimientos, actitudes y creencias del paciente o de su cuidador principal lo cual conllevará al bienestar espiritual. El estudio sigue un diseño relacional, cuyo **objetivo** fue: Establecer la relación entre la percepción del cuidado espiritual y el nivel de ansiedad que presenta el cuidador principal del paciente crítico. **Metodología:** Se usó la técnica de la entrevista, los instrumentos fueron los cuestionarios (Percepción del cuidado emocional enfermero y la escala de Zung); estos se aplicaron a 40 cuidadores principales. **Conclusiones:** El 77.5% de la población de estudio presenta una deficiente percepción del cuidado espiritual por parte del personal enfermero, así mismo 57.5% de los cuidados principales del paciente crítico, presenta una ansiedad moderada, a la prueba de  $\chi^2$ , no existe relación entre la percepción del cuidado espiritual con el nivel de ansiedad del cuidador principal del paciente crítico de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Regional III Honorio Delgado, Arequipa 2019.

**Palabras claves:** Percepción del cuidado espiritual enfermero, Ansiedad, cuidador principal, Unidad de Cuidados Intensivos

## ABSTRACT

### PERCEPTION OF SPIRITUAL CARE AND ANXIETY IN THE MAIN CAREGIVER OF CRITICAL PATIENTS IN THE INTENSIVE CARE UNIT. REGIONAL HOSPITAL REGIONAL III HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2019.

Spiritual care includes the nurse-patient interpersonal relationship where the professional favors the expression of feelings, attitudes and beliefs of the patient or their main caregiver, which will lead to spiritual well-being. The study follows a relational design, the **objective** of which was: To establish the relationship between the perception of spiritual care and the level of anxiety presented by the main caregiver of the critical patient. **Methodology:** The interview was the technique use, the instruments were questionnaires (Perception of emotional nursing care and the Zung scale); 40 primary caregivers were interview. **Conclusions:** 77.5% of the study population has a deficient perception of spiritual care by the nursing staff. 57.5% of the main care of the critical patient presents moderate anxiety, to the  $\chi^2$  test, there isn't a relationship between the perception of spiritual care with the level of anxiety in the main caregiver of the critical patient from Intensive Care Unit, Hospital Regional III Honorio Delgado, Arequipa 2019

**Keywords:** Perception of spiritual nursing care, Anxiety, main caregiver, Intensive Care Unit

## INTRODUCCIÓN

El cuidado espiritual de la persona se remonta a las primeras civilizaciones que pertenecían a grupos diferentes, en las cuales se brindaba protección y asistencia para la supervivencia del grupo. La mujer en estos grupos cumplía un papel importante, ya que esta cuidaba y se encargaba que los miembros del grupo se encontrasen en buen estado (1,2).

La espiritualidad es aquella dimensión trascendente del ser humano, la cual está formada por creencias y valores. Se caracteriza por la relación con el yo, con el otro, con la naturaleza y con la vida. La espiritualidad, es una fuerza que da sentido a la vida. Busca respuestas a aquello que no podemos explicar con la razón y con el conocimiento (3).

En el ámbito del cuidado del paciente, la profesión de enfermería debe garantizar que los pacientes que sufren de dolor sean atendidos de una forma humanista y espiritual (La enfermera al recibir al paciente, deberá de acogerlo a su cuidado de tal manera que este sienta que es valorado y será bien atendido, las enfermeras deberán realizarlo de forma hospitalaria, presencia y compasión (4).

También, es importante dar esperanza al paciente de forma realista, con la cual el paciente sienta que podrá recobrar la vitalidad que tenía antes de ingresar a un centro hospitalario, las enfermeras tienen que estar dispuestas a actuar, mostrar al paciente que éste seguro que no se hallará sólo, ni aún en los peores momentos. En la estadía del paciente es responsabilidad de los profesionales de enfermería estar abiertos a utilizar herramientas en comunicación que faciliten el encuentro empático, tener una actitud de escucha activa y realizar preguntas abiertas, con autenticidad y congruencia (4).

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un servicio crítico donde se atiende al paciente integralmente con el fin de poder salvarle la vida; debido a la situación crítica del mismo, el familiar experimenta sentimientos de ansiedad, ya que la situación de salud del paciente crítico siempre es incierta. Por lo cual el cuidado espiritual estará relacionado y enfocado en el paciente y su entorno más próximo, dónde se les

brindará atención de calidad y humanitaria. El personal de enfermería debe entender que los niveles de bienestar espiritual deben ser abiertos a las necesidades que requieran los pacientes y familiares, lo cual refiere que el cuidado espiritual debe ser el adecuado.

Es por este motivo que se decide realizar el presente trabajo de investigación el cual lleva por nombre: “PERCEPCION DEL CUIDADO ESPIRITUAL Y ANSIEDAD EN EL CUIDADOR PRINCIPAL DE PACIENTES CRÍTICOS DEL SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL REGIONAL III HONORIO DELGADO.

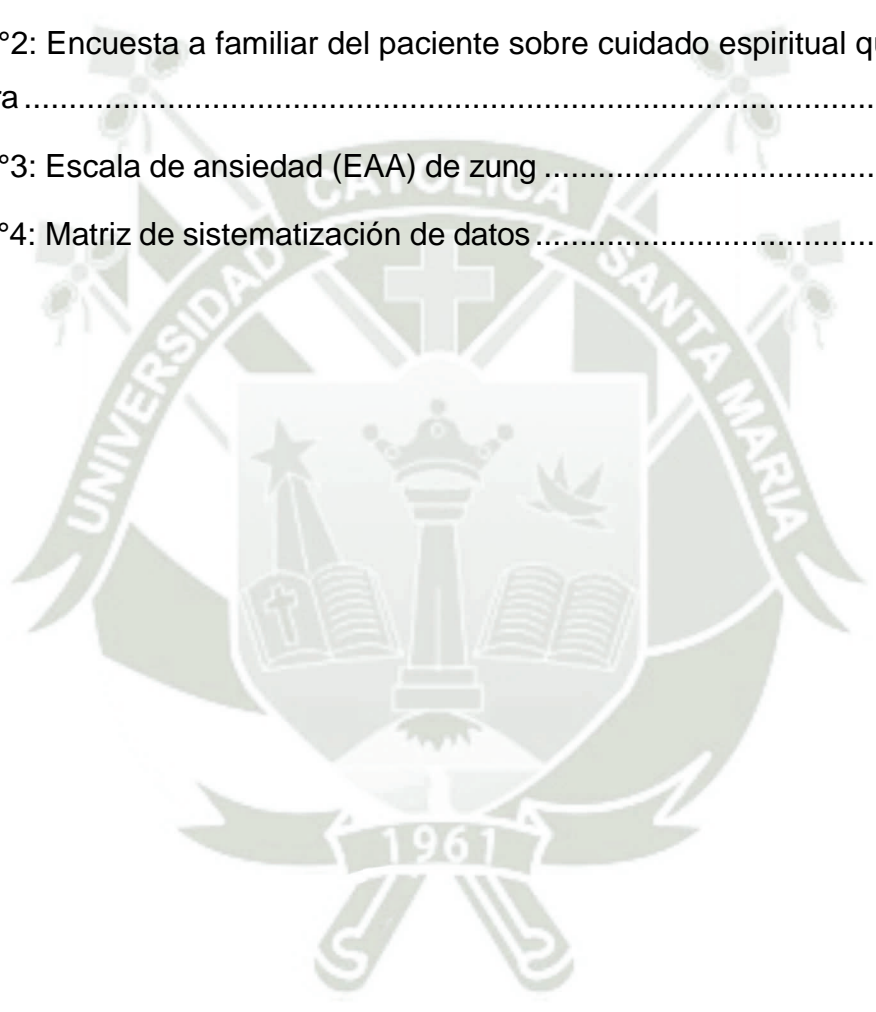
AREQUIPA, 2019”, el cual se planteó con el objeto de conocer la relación entre el cuidado espiritual brindado y los niveles de ansiedad del familiar del paciente crítico.



## ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO .....</b>	<b>1</b>
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	1
1.1. Enunciado del problema .....	1
1.2. Descripción del problema .....	1
1.2.1 Ubicación del problema .....	1
1.2.2 Análisis u operacionalización de Variables .....	1
1.2.3 Interrogantes básicas .....	3
1.2.4 Tipo y nivel de investigación .....	4
1.3. Justificación .....	4
2. OBJETIVOS .....	6
3. MARCO TEORICO .....	6
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	22
5. HIPÓTESIS .....	24
<b>CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL .....</b>	<b>25</b>
1. TÉCNICA, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN .....	25
1.1. Técnica .....	25
1.2. Instrumento .....	25
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN .....	27
2.1. Ubicación espacial .....	27
2.2. Ubicación temporal .....	27
2.3. Unidades de estudio .....	27
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS .....	28

<b>CAPÍTULO III: RESULTADOS</b> .....	30
CONCLUSIONES.....	45
RECOMENDACIONES.....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
ANEXOS .....	51
Anexo N°1: Consentimiento informado .....	52
Anexo N°2: Encuesta a familiar del paciente sobre cuidado espiritual que brinda la enfermera .....	53
Anexo N°3: Escala de ansiedad (EAA) de zung .....	55
Anexo N°4: Matriz de sistematización de datos .....	56

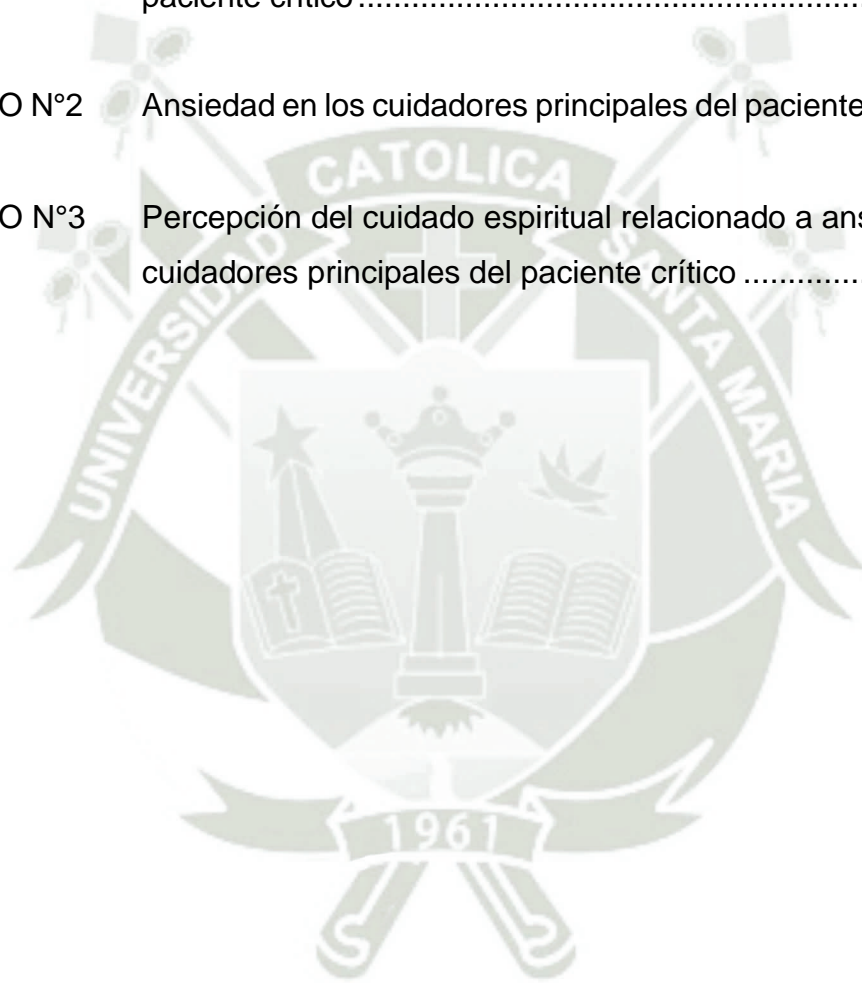


## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA N°1 Datos sociodemográficos en cuidadores principales del paciente crítico .....	30
TABLA N°2 Percepción del cuidado espiritual en cuidadores principales del paciente crítico.....	32
TABLA N°3 Dimensiones de la percepción del cuidado espiritual en los cuidadores principales del paciente crítico .....	34
TABLA N°4 Distribución de la población de estudio por niveles de ansiedad en los cuidadores principales del paciente crítico .....	35
TABLA N°5 Relación entre los datos sociodemográficos con la percepción del cuidado espiritual en los cuidadores principales del paciente crítico. ....	37
TABLA N°6 Relación entre los datos sociodemográficos con la ansiedad de cuidadores principales del paciente crítico .....	40
TABLA N°7 Distribución de la población de estudio por percepción del cuidado espiritual según niveles de ansiedad en los cuidadores principales del paciente crítico .....	42

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO N°1	Percepción del cuidado espiritual en cuidadores principales del paciente crítico ..... 33
GRÁFICO N°2	Ansiedad en los cuidadores principales del paciente crítico..... 36
GRÁFICO N°3	Percepción del cuidado espiritual relacionado a ansiedad en los cuidadores principales del paciente crítico ..... 43



## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO TEÓRICO

#### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

##### 1.1. Enunciado del problema

Percepción del cuidado espiritual y ansiedad en el cuidador principal de pacientes críticos del servicio de Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Regional III Honorio Delgado. Arequipa, 2019

##### 1.2. Descripción del problema

###### 1.2.1 Ubicación del problema

- a) **Campo:** Ciencias de la Salud
- b) **Área:** Enfermería en Cuidados Intensivos
- c) **Línea:** Cuidado espiritual

###### 1.2.2 Análisis u operacionalización de Variables

El presente estudio tiene dos variables

**Variable independiente:** Percepción del cuidado espiritual

**Variable dependiente:** Ansiedad

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
	DATOS SOCIODEMOGRAFICOS	
	Edad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 18 a 29 años</li> <li>• 30 a 59 años</li> <li>• 60 a más años</li> </ul>
	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Femenino</li> <li>• Masculino</li> </ul>
	Grado de Instrucción	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Superior universitari o</li> <li>• Superior técnico</li> <li>• Secundaria</li> <li>• Primaria</li> <li>• Sin estudios</li> </ul>
	Condición Laboral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependiente</li> <li>• Independiente</li> <li>• No trabaja</li> </ul>
	Religión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Católico</li> <li>• Cristiano</li> <li>• Evangélico</li> </ul>
	Parentesco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esposo (a)</li> <li>• Hijo (a)</li> <li>• Hermano (a)</li> <li>• Madre/padre</li> </ul>
<b>Variable independiente: Percepción del cuidado espiritual</b>	1. Acompañar	- Escucha de los pedidos del familiar para con su familiar en el aspecto espiritual.
	2. Orientar	- Ayuda que ofrece el personal enfermero a la expresión de la espiritualidad en el familiar del paciente crítico.
	3. Aliviar la desesperanza	- Actitudes que reconfortan al familiar, desde la expresión de

		<p>plegarias hasta la conexión con alguna entidad divina</p>
	4. Brindar seguridad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acciones dirigidas al familiar donde se refrenda los cuidados espirituales al paciente</li> </ul>
<p><b>Variable dependiente:</b> <b>Ansiedad</b></p>	1. Afectivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reacciones emocionales</li> <li>- Funciones intelectuales</li> </ul>
	2. Somáticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntomas musculares</li> <li>- Síntomas somáticos generales</li> <li>- Síntomas de sistema nervioso autónomo</li> </ul>

### 1.2.3 Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la percepción del cuidador principal sobre el cuidado espiritual que brinda el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Regional III Honorio Delgado, Arequipa 2019?
2. ¿Cuál es el nivel de ansiedad que presenta el cuidador principal del paciente crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Regional III Honorio Delgado, Arequipa 2019?
3. ¿Qué relación hay entre la percepción del cuidado espiritual y el nivel de ansiedad que presenta el cuidador principal del paciente crítico de la Unidad de Cuidados Intensivos, ¿Hospital Regional III Honorio Delgado, Arequipa 2019?

#### 1.2.4 Tipo y nivel de investigación

**Tipo:** Cuantitativo y de campo

**Nivel:** Relacional de corte transversal

#### 1.3. Justificación

Cuando un paciente es ingresado a la Unidad de Cuidados Intensivos, esto representa un cambio drástico para los familiares puesto que no se tiene certeza de si el paciente lograra superar el proceso de la enfermedad. El profesional enfermero aplica el cuidado profesional de manera holística, así mismo es el personal de salud que está en contacto con el paciente y con el familiar directo la mayor parte de la estancia hospitalaria, tanto las teorías en enfermería como los modelos definen en sus conceptos la importancia del apoyo emocional- espiritual en el cuidado al paciente y a su entorno más próximo como lo es la familia.

Las políticas en salud en Perú consideran que la atención en salud no es solo enfocada a la persona, sino a la persona-familia-comunidad y entorno; en el ambiente hospitalario, se observa que la atención médica está enfocada bajo un modelo biomédico donde sólo se le da realce al proceso de enfermedad más no se atiende de manera integral al paciente que es miembro de una familia; la literatura ha descrito que la familia puede comportarse como promotora de salud o de enfermedad.

El presente estudio es relevante puesto que el familiar es parte del cuidado enfermero del profesional de UCI, por ende es necesario también brindar atención adecuada y enfocada en el aspecto espiritual para brindar sosiego y esperanza en cuanto al proceso de enfermedad que atraviesa el paciente; con estas acciones se logrará cumplir con las políticas sanitarias que promueven la salud y previenen la enfermedad en el contexto de persona –familia.

De los estudios realizados a nivel internacional, se hace mención de la importancia del cuidado en el área espiritual del paciente- familiar, diversas técnicas se están desarrollando y aplicando al paciente para poder darle confort en su esfera psico- emocional.

A nivel nacional, diversos estudios han indicado que el paciente internado no percibía el cuidado espiritual de enfermería de manera adecuada, señalando que solo se percibe el cuidado espiritual en la dimensión existencial a diferencia de la dimensión religiosa que consideraban un cuidado inadecuado, por lo tanto, no se satisfacen en cuanto a sus necesidades, así mismo en la UCI, se evidenció que la percepción del familiar respecto al cuidado humanizado que brinda la enfermera en UCI al paciente es medianamente favorable 63%. En cuanto a la dimensión biológica el resultado es 60% fue medianamente favorable, en la dimensión sociocultural 23% fue favorable, en cuanto dimensión espiritual 20% es desfavorable y en la dimensión emocional 57% es medianamente favorable (5,6,7).

En el contexto arequipeño diversos estudios han demostrado que la religión influye en nuestras creencias y emociones, actuando como un mecanismo de control e interpretación cognitivo de las activaciones neurovegetativas ante la toma de decisiones y la toma de decisiones. Así mismo se demostró que el cuidado espiritual de las enfermeras está relacionado con el sufrimiento del familiar de un paciente crítico, donde el 51.6% de los familiares con sufrimiento máximo consideran deficiente el cuidado espiritual de las enfermeras (8,9).

El estudio tiene **relevancia científica**, ya que la investigación nos permitirá conocer mediante datos reales la relación que existe entre el cuidado espiritual que las enfermeras otorgan al familiar del paciente crítico y el nivel de ansiedad que este experimentará, por lo que se lograría una importante **contribución académica** en el campo del cuidado enfermero del paciente crítico y su familia.

El **impacto social**, se dará a nivel del paciente, familiar y al profesional enfermero. El impacto radicaré en la calidad y calidez del cuidado.

El trabajo de investigación es **factible** ya que se cuenta con las facilidades institucionales y la colaboración del equipo de trabajo enfermero del servicio de UCI para poder llevarlo a cabo.

La presente investigación se desarrolla con la finalidad de obtener el Título de Segunda Especialidad de Cuidado Enfermero en paciente crítico mención adulto.

## 2. OBJETIVOS

1. Identificar la percepción del cuidador principal sobre el cuidado espiritual que brinda el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Regional III Honorio Delgado, Arequipa 2019
2. Determinar el nivel de ansiedad que presenta el cuidador principal del paciente crítico en la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Regional III Honorio Delgado, Arequipa 2019
3. Establecer la relación entre la percepción del cuidado espiritual y el nivel de ansiedad que presenta el cuidador principal del paciente crítico de la Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Regional III Honorio Delgado, Arequipa 2019

## 3. MARCO TEORICO

### 3.1. PERCEPCION DEL CUIDADO ESPIRITUAL

La palabra cuidar proviene del latín “cogitare”, cuyo término implicaba en “pensar o discurrir para algo”. El cuidado que brinda la enfermera consiste en brindar al enfermo cuidados especiales para su recuperación. Desde otro punto de vista, el término anglosajón “nurse”, tiene una implicancia directa del rol que debe cumplir la enfermera de “alimentar” y “nutrix” que significa mujer que cría. Sin embargo, el pasar de los siglos y el avance de las formas de cuidado y la evolución de la

terminología de “enfermería”, la tiene por objeto estudiar de forma específica los conocimientos de forma sistemática en la cual se centrara el cuidado del paciente (2,4).

Es importante señalar como el concepto del cuidado espiritual ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. En la Prehistoria, en la etapa primitiva del hombre desarrollo rituales espirituales “místicos”, en los cuales personificaban los elementos de la naturaleza como seres espirituales, los rituales practicados eran para tratar y curar las enfermedades existentes en los hombres. La magia y el empirismo eran aspectos relevantes y desarrollados en esta etapa. El hombre primitivo al atribuir a los elementos de la naturaleza un espíritu, creían que las enfermedades eran castigos al hombre por su comportamiento en el mundo terrenal, y es la razón por la que se aplicaban los rituales que eran maniobras para sanar el espíritu del enfermo. Además, las culturas que han existido en el mundo han desarrollado técnicas, metodologías y conocimientos con respecto al cuidado del enfermo. Cuando se inauguró el primer hospital en la era cristiana, los obispos asumieron una labor altruista y de caridad al cuidado del enfermo, cuyo objeto era brindarles un lugar donde pudiesen restablecerse y recuperarse con cuidados especiales y constantes. Estos centros incluían alojamientos para los forasteros (centros de hospitalidad); hospitales para los enfermos, dementes y leprosos; hogares de ancianos; casas de caridad; asilos para niños abandonados y huérfanos, mutilados y deformes (10).

No obstante, el cuidado espiritual en el paciente implica tener un conocimiento de los aspectos ideológicos-culturales, el cual brinda a la enfermería de herramientas para conceptualizar, planear e intervenir mejor. Se debe evaluar con respecto a los cuidados culturales que estos deben estar basados en un estudio previo de la cultura, creencias de salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, ya que esta no es lineal, debido que existen diversas formas de pensamiento, religión, idiosincrasia y costumbres que deben ser consideradas del paciente, con la finalidad de brindarles una adecuada ayudarla a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades y hacer frente a la muerte con respecto a sus familiares” (1, 2,3).

De acuerdo al instrumento diseñado por Quintanilla y aplicado en el estudio de Baldarrago (8). La percepción del cuidado espiritual se subdivide en:

- a. **Acompañar:** Esto se comprende como las actitudes que debe tener el personal enfermero en cuanto a la escucha de los pedidos del familiar para con su familiar en el aspecto espiritual.
- b. **Orientar:** Esta dimensión se entiende como la ayuda que ofrece el personal enfermero a la expresión de la espiritualidad en el familiar del paciente crítico.
- c. **Aliviar la esperanza:** Son actitudes que reconfortan al familiar, desde la expresión de plegarias hasta la conexión con alguna entidad divina
- d. **Brindar la seguridad:** Son acciones dirigidas al familiar donde se refrenda los cuidados espirituales al paciente.

### 3.1.1. Espiritualidad

La espiritualidad es aquella dimensión trascendente del ser humano, la cual está formada por creencias y valores. Se caracteriza por la relación con el yo, con el otro, con la naturaleza y con la vida. La espiritualidad, es una fuerza que da sentido a la vida. Busca respuestas a aquello que no podemos explicar con la razón y con el conocimiento. En determinados momentos y circunstancias de la vida adquiere una mayor importancia o significado, como en situaciones de enfrentar la enfermedad y la muerte (11,12).

La espiritualidad es la esencia del ser humano, ya que a través de esta buscamos el significado de nuestra existencia, proponemos y establecemos un propósito que es la fuente de motivación de la persona para alcanzar metas personales, es una conexión con algo más de lo que llegamos a comprender de nuestra realidad. No obstante, pensamientos de personajes ilustres que nos explicaron la realidad de la espiritualidad, tales como: Sócrates, Platón, Aristóteles y Marx Scheler, refieren y explican que el ser humano está compuesto de dos sustancias una que es el cuerpo, la cual comprende la composición física del cuerpo humano que nos permite estar en contacto con la realidad; y el alma, que es una parte inmaterial que posee el ser humano, su composición ha sido explicada por las diferentes religiones, las cuales refieren que esta es una composición que permite al ser humano existir corpóreamente en la tierra, esta define a cada individuo y brinda la humanidad de este.

Según Mohr la espiritualidad parte de la experiencia o creencia del ser humano de un poder distinto de su propia existencia. De lo mencionado, es importante señalar que la espiritualidad es una dimensión del ser humano en la cual el individuo encuentra un sentido o una perspectiva de la vida diferente a la que se presenta en su entorno, ya que el ser humano busca responder a las dudas existenciales con respecto de quien es, de donde viene, a donde se dirige y su procedencia (2,4).

Por lo tanto, la composición del ser humano en la tierra en comparación con los seres que la habitan, es la forma en la que razona y actúa, dicha capacidad de reflexionar del entorno que habita nos hace ser unos seres espirituales.

### **3.1.2. Bienestar espiritual**

El bienestar espiritual es la condición por la cual el ser humano logra un equilibrio interior, ya que está relacionada con la condición en la que se encuentre la persona. Diferentes perspectivas y pensamientos, han hecho pensar que este concepto esté ligado con la religión, pero no es así, ya que pertenece a cada ser humano sea religioso o no. Ahora, la espiritualidad está relacionada con lo trascendente que es aquello que el hombre a lo largo del camino de la vida trata de encontrar y comprender, lo cual le permite tener un equilibrio en su existencia permitiendo así que se pueda desenvolver con normalidad (10, 11).

De acuerdo, con Cássia un adecuado bienestar espiritual permite tener un estado sentimental, comportamental y cognitivo positivo para las relaciones con uno mismo, con los otros y con una dimensión trascendente, dando al individuo una sensación de identidad, actitudes positivas, armonía interior, y objetivo en la vida. Además, la espiritualidad es una forma de relación con lo trascendente, y el cuidado de enfermería no debe estar ajeno a ello, al asumir al otro en una dimensión de integralidad, a la luz del paradigma holístico. Investigaciones realizadas en pacientes con enfermedades terminales, revelan que afecta sistemáticamente en la persona en su integridad psicosocial, fisiológicas, psicológicas y espirituales (11).

Por tanto, Gallegos, refiere que el bienestar espiritual representa la habilidad para descubrir y articular un propósito personal en la vida, aprender cómo experimentar amor, disfrutar paz y sentido de logro contribuyendo a una mejor calidad de vida. Tener un adecuado bienestar espiritual favorece en su recuperación o tratamiento, ya que la persona entiende y analiza los factores por los cuales puede encontrar un sentido a su vida durante las intervenciones, lo cual le permite valorarse y tener un objetivo trascendental que se lograra con la intervención de la enfermera en el tratamiento (11).

### **3.1.3. Definición de cuidado espiritual de enfermería**

La esencia del hombre ha hecho que en el transcurso del tiempo sea reconocido como una de sus dimensiones importantes. En el ámbito del cuidado del paciente, la profesión de enfermería debe garantizar que los pacientes que sufren de dolor sean atendidos de una forma humanista y espiritual. La enfermera al recibir al paciente, deberá de acogerlo a su cuidado de tal manera que este sienta que es valorado y será bien atendido, las enfermeras deberán realizarlo de forma hospitalaria, presencia y compasión. También, es importante dar esperanza al paciente de forma realista, con la cual el paciente sienta que podrá recobrar la vitalidad que tenía antes de ingresar a un centro hospitalario, las enfermeras tienen que estar dispuestas a actuar, mostrar al paciente que éste seguro que no se hallará sólo, ni aún en los peores momentos. En la estadía del paciente es responsabilidad de los profesionales de enfermería estar abiertos a utilizar herramientas en comunicación que faciliten el encuentro empático, tener una actitud de escucha activa y realizar preguntas abiertas, con autenticidad y congruencia (12).

Con respecto al cuidado y recuperación del paciente, representa una labor indispensable de la relación que surge entre enfermera-paciente. Este cuidado tiene como finalidad el de mantener y brindar al paciente de los cuidados especiales que por su condición de ser humano requiere de un cuidado especial satisfaciendo sus necesidades básicas. Desde el origen de la enfermería, su interacción con el paciente ha sido plasmada en un cuidado maternal, amoroso, constante y personal. Además, se ha valorado que las

enfermeras deban participar y adecuarse a optimizar el cuidado del paciente desde un entorno o ambiente más espiritual, ya que este cuidado es precario en las instituciones en las que se atienden a los pacientes. Por lo tanto, las actitudes del cuidado espiritual deben estar relacionados y enfocados en el paciente y su entorno, brindándoles una atención de calidad y humanitaria. El personal de enfermería debe entender que los niveles de bienestar espiritual deben ser abiertos a las necesidades que requieran los pacientes, lo cual refiere que el cuidado espiritual debe ser el adecuado. Se debe valorar que para los pacientes que se encuentran en recuperación tienen diferentes formas de mostrar su fe y espiritualidad, lo cual será reconfortante en su recuperación, ya que el sufrimiento que estos sienten se deba minimizar con la atención de la enfermera. Se ha evaluado que la relación interpersonal enfermera-paciente resulta útil para favorecer la expresión de sentimientos, actitudes y creencias del paciente, permitiendo la identificación de aspectos que llevan a explorar y comprender necesidades humanas como el bienestar espiritual que ayuda a la adaptación de la enfermedad y un mejor afrontamiento (3,12).

### **A. Modelos y teorías de enfermería del cuidado espiritual**

#### **Según Abdellah**

Abdellah señala que la enfermería es una carrera profesional que se basa en el arte y una ciencia, la cual desarrolla competencias intelectuales y habilidades individuales que debe tener la enfermera en su labor profesional que se plasma en el altruismo, para así ayudar a sus pacientes a afrontar las necesidades de salud que estos requieran. Tras analizar las instituciones en las cuales el paciente que entra para ser atendido, su recuperación y rehabilitación, encontró deficiencias en este proceso, para conseguir su objetivo utilizó las necesidades humanas básicas de Henderson para desarrollar los problemas que había encontrado. La tipología de Abdellah, las desarrollo de la siguiente forma:

1. Mantener una buena higiene y bienestar físico,
2. Favorecer una actividad óptima en los pacientes,

3. Seguridad y prevención de infecciones,
4. Prevenir cualquier deformidad,
5. Asegurar que el aporte de oxígeno en los pacientes sea total,
6. Una adecuada nutrición,
7. Facilitar el mantenimiento de la eliminación,
8. Facilitar el mantenimiento del equilibrio hídrico y electrolítico,
9. Reconocer las respuestas fisiológicas del cuerpo a las enfermedades: patológicas, fisiológicas y compensadoras,
10. Facilitar el mantenimiento de la función sensitiva,
11. Facilitar el mantenimiento de los mecanismos y funciones reguladoras,
12. Identificar y aceptar expresiones de sentimientos,
13. Identificar y aceptar expresiones, sentimientos y reacciones positivas y negativas,
14. Facilitar la comunicación verbal y no verbal,
15. Favorecer el desarrollo de las relaciones interpersonales productivas,
16. Facilitar la espiritualidad personal,
17. Un entorno terapéutico adecuado,
18. Facilitar la conciencia del propio yo como individuo, con necesidades físicas, emocionales y evolutivas variables,
19. Aceptar las limitaciones,
20. Usar recursos comunitarios para resolver problemas similares,
21. Entender la importancia de los problemas sociales como factores que influyen en la causa de las enfermedades.

Por ello, las aportaciones de Abdellah permitieron resolver y brindar un adecuado servicio para los pacientes que pasaban este proceso de tratamiento, intervención y recuperación, permitiendo así reducir la infiltración de los catéteres intravenosos periféricos y así aumentar su tiempo de vida. Asimismo, informo al público en general sobre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), drogadicción, violencia, tabaquismo y alcoholismo (13).

## Según Virginia Henderson

Virginia Henderson consideraba al paciente como una persona que necesitaba de atención para poder lograr una integración del cuerpo y mente. Henderson tenía el pensamiento que la enfermería era interdependiente de la práctica médica. Tomo como referencia en su trabajo, los pensamientos y trabajos de: Edward L. Thorndike; sus experiencias con Henry House Visiting Nurse Agency; el tiempo que pasó trabajando como enfermera de rehabilitación; y como Orlando conceptualizaba a enfermería. Además, al evaluar las experiencias recogidas en su trayectoria, demostró la importancia de las necesidades humanas básicas clasificándolas en catorce, tales como: respirar normalmente, comer y beber adecuadamente, eliminación de desechos corporales, moverse y adecuarse a posturas cómodas, dormir y descansar, seleccionar ropa adecuada, temperatura corporal adecuada al entorno, higiene personal, evitar peligros, comunicación, espiritualidad, diversión y momentos de ocio, experimentar logro en las actividades y utilizar las instalaciones sin restricciones ni incomodidad. Estas necesidades deberían ser atendidas por las enfermeras. Uno de los aportes de Henderson fue el de definir en que consiste la enfermería la cual definió como una labor altruista hacia la persona que estuviese enferma o sana, la enfermera debe contribuir a la salud o a su recuperación del paciente de tal forma que este recupere su independencia lo más rápido posible. Además, identifico tres niveles los cuales debe tener la enfermera- paciente, la cual deberá actuar frente a este como: sustituta del paciente, colaboradora para el paciente, y compañera del paciente. Con la interacción que debe conseguir la enfermera con el paciente, debe buscar ser empática y asertiva con el paciente, ya que de esta forma lograría conseguir satisfacer las necesidades de los pacientes para su recuperación. Con respecto a su teoría, esta afirmaba que: “La existencia de la complejidad y la calidad del servicio está limitada solo por la imaginación y la competencia de la enfermera en la interacción con su paciente, con respecto a atender las necesidades básicas y evaluar la

experiencia de la enfermera en su trabajo que consideraba interdependiente de las demás” (13).

### **Según Myra Levine**

Levine utiliza la definición de Gibson (1966) de sistemas preceptuales, la diferenciación entre total y global de Erikson (1964), la teoría del estrés de Selye (1956) y los modelos del entorno externo de Bates (1967). Levine se sentía orgullosa de que Rogers fuera su primera editora (1970). Asimismo, reconoció la influencia de Nightingale en la “actividad de guardián” de la observación que las enfermeras utilizan para “salvar vidas y promover la salud y el bienestar”. Levine, explica que la enfermería es un proceso de interacción humana, donde la enfermera está en contacto con el paciente, específico que para su cuidado la enfermera debería tener conocimientos que no solo se les enseña en la carrera profesional, sino que debería ahondar mucho más en conocimientos científicos que le permita atender de forma adecuada al paciente. Ahora, con respecto al modelo de conservación, esta los señala en tres puntos:

1. Globalidad, la cual siguió el concepto de Erikson, la cual se basa en la integridad del paciente, con lo que explico que el cuidado que debería hacerse en el paciente debe abarcar en su totalidad de composición, ya sea cuerpo y alma.
2. Adaptación, en el cual refiere que el paciente se debe ajustar a su nuevo entorno, el cual contaba con tres niveles, de los cuales el entorno tenía una parte perceptiva referida a las percepciones que el paciente tenía del entorno nuevo; una parte operacional, que está referido a los factores externos e internos presentes en el entorno en el que se encuentra; y conceptual, que está referido a la parte espiritual del paciente.
3. Conservación, en este punto Levine argumenta que el ser humano tiene la capacidad de adaptarse en el entorno que cohabita conservando así su integridad, este debe contar con conservar energía, conservar un integridad estructural, conservar su integridad personal y su integridad social. En este rol la enfermera debe ayudar

que el paciente durante su estadía de intervención y recuperación sea de tal manera que este pueda adaptarse totalmente. El cuidado enfermero debe estar basado en el conocimiento científico, habilidades y capacidades del personal (14).

### **Según Betty Neuman**

Betty Neuman nació en 1924 en Lowel Ohio, fue una enfermera que trabajó en Salud Mental y desarrolló el “modelo de los sistemas”, el cual estaba enfocado en la reducción de la tensión originada de los efectos y de las reacciones originadas por estímulos internos y externos. El modelo de Neuman consta de tres áreas:

1. Área psicológica, la cual es utilizada para describir como las respuestas físicas del cuerpo reaccionan ante el estrés y el proceso por el cual el hombre se adapta al mismo. Cuenta con tres funciones básicas: alarma, resistencia y agotamiento; la primera se desencadena cuando se percibe el estrés, mismo que preparará al organismo para defenderse; pero si el estrés persiste, la fase de resistencia no se hará esperar y el cuerpo moviliza todas las capacidades de afrontamiento y todos los mecanismos de defensa del individuo para alcanzar la homeostasis, si la situación estresante ha sido abrumadora por su larga duración, los recursos del individuo se agotan y el organismo comienza a debilitarse y de persistir se puede producir la muerte (15),
2. Área filosófica, que se basa en el modelo de Chardin P.T. el cual señalaba la importancia del hombre, el cual por su esencia es considerado como un individuo único y autónomo, el cual es capaz de interrelacionarse con su entorno.
3. Área Biológica, la cual se basa en la Teoría de Sistemas de Ludwing Von Bertalanffy (1969), quien conceptualiza al sistema como la relación entre el todo y la parte, este sistema puede ser: la familia, el individuo o una comunidad y sus componentes son la materia, la energía y la comunicación. Los cuales son subsistemas por su complejidad originándose así una base holística. Los sistemas pueden dividirse en cerrados y abiertos; estos últimos son los que Enfermería

realmente utiliza para su labor, puesto que son seres vivos y realizan funciones como procesamiento (absorción), rendimiento (salida de la energía, materia o información recibida por el proceso) y retroalimentación que es la regulación de lo obtenido. Además, señala que estos sistemas abiertos son importantes, ya que estos permiten que la persona pueda interactuar con el medio en el que se desenvuelva (15).

### **Según Jean Watson**

Margaret Jean Watson nació en 1940 en Virginia. Watson desarrolló la teoría del Cuidado Humanizado, en el cual aborda el cuidado transpersonal que está referido al cuidado que debe realizar la enfermera con respecto al paciente respetando su condición y primordialmente desde el punto de vista de la dignidad humana. Además, recalca que este cuidado debe estar analizado por dos enfoques que son: Uno referido a la responsabilidad ética que tiene como profesional y el otro como una labor social que tiene sobre el cuidado humano en la sociedad, para así preservarlo y cuidarlo. Con respecto a la teoría desarrollada por Watson, abarca 6 dimensiones, las cuales hacen referencia:

1. Satisfacer las necesidades, de tal manera que las personas encuentren en sí cumplidas durante el proceso.
2. Habilidades técnicas de la enfermera, que son los procedimientos que la enfermera debe aplicar previo conocimiento y especialidad.
3. Relación enfermera-paciente, referido a la comunicación existente con el entorno del paciente y su familia, en la que deberá prevalecer una buena actitud con ellos durante su estancia en la institución (16).
4. Autocuidado de la profesional, referido a la capacidad y habilidades que debe contar la enfermera durante la interacción con el paciente.

5. Aspectos espirituales del cuidado enfermero, referido al respeto, dedicación, responsabilidad y atención que debe brindar al paciente respetando así e incentivándolo en su recuperación.
6. Aspectos éticos del cuidado, referidos al respeto de la dignidad humana, los cuidados especializados y la calidad brindados en la institución (16).

## **B. Necesidades espirituales**

La necesidad espiritual constituye la necesidad del ser humano en su dimensión espiritual desarrollada, cuya característica lo diferencia de los demás seres que habitan el planeta en su condición de comprender a cabalidad que es lo que debe valorar y cuidar. Por lo tanto, estas necesidades se basan en mantener, fortalecer o recuperar creencias y fe; de encontrar respuestas al sentido y finalidad de la vida. Muchas veces a través de actos religiosos, ritos, plegarias y el perdón. No obstante, la religión ha sido un factor por el cual la espiritualidad se ha llevado, pero no están ligadas de la inexistencia de la religión no signifique la espiritualidad no exista. La espiritualidad es una forma de relación con lo trascendente, y el cuidado de enfermería no debe estar ajeno a ello, al asumir al otro en una dimensión de integralidad, a la luz del paradigma holístico (17).

La parte espiritual de la persona se encuentra vinculada a la forma de expresar el amor, el hecho de tener libertad, la capacidad que se tiene como seres humanos de ejercer de acuerdo a nuestros ideales a lo largo de nuestra vida, nuestros ideales. Estas necesidades espirituales parten de nuestra esencia, las cuales variaran de acuerdo a la cultura o religión que tenga una persona (17).

### **a. Necesidad de reconciliación con la propia vida**

La realidad en la que vivimos, ocasiona en su mayoría que no se tome las decisiones correctas. Entonces, cuando uno pide perdón produce paz en el interior de las personas. El hecho que una persona pueda abrirse a otra y dejar atrás lo sucedido, y pedir perdón por los actos realizados origina en la persona una transformación. Ya sea desde un punto de vista cultural o

religioso, las personas se ven impulsadas en momentos determinados de su vida a mantener una paz espiritual. Por lo que, para alcanzarla necesita reconciliarse con aquellas personas con las que guarda un desacuerdo no arreglado, y al realizarlo buscar su paz interior. En esta etapa, la persona tiende a realizar una vista de su vida, lo que hizo, lo que logro, sus metas logradas y las frustradas. Por ello, debe ponerse en conexión consigo mismo, y aceptar los errores que cometió, reconciliarse con aquellas personas que no guardaba buena relación, ya que en esta etapa es indispensable saber sobrellevar los problemas y ser consciente de su estadía en la vida terrenal (17).

#### **b. Necesidad de decir adiós**

La muerte es el fin del ciclo vital de cualquier ser vivo. En esta etapa se produce la ruptura de la dualidad del ser humano que es el “cuerpo-alma”. En esta etapa la persona siente la necesidad de que a partir de aceptar la muerte como el fin de su etapa, y así poder despedirse de sus seres queridos y tienda a poner las cosas en orden, para que su partida sea de acuerdo a las creencias e ideologías que este tenga. Es por ello, que a veces no logran su cometido, ya que por su condición no puedan asumir los preparativos antes de partir, aquí el personal que vele por su cuidado deberá facilitar las medidas necesarias para que el paciente sienta que arreglo sus problemas y así poder partir ligero (17).

#### **c. Necesidad de creer en un ser supremo**

Considerada una necesidad espiritual que cada persona cuenta, de acuerdo a la cultura a la que pertenezca y a la necesidad de encontrar repuestas a las dudas existenciales, que conlleva que la religión sea un punto clave para poder entender estos conceptos. Esta necesidad tiene importancia, ya que la persona encuentra un momento en el cual dialoga con el Ser Supremo que de acuerdo a su religión le da sentido a su vida. Esta necesidad, es importante, ya que brinda momentos de fortaleza,

motivación e inspiración en el sujeto, cuando este experimenta un momento difícil (17).

#### **d. Necesidad de compañía, amar y ser amado**

Esta necesidad tiene implicancia e influencia a las necesidades del ser humano, ya que la persona por tener la capacidad de socializar, esta inmiscuida en encontrar un significado y valoración en su vida. La necesidad de amar y ser amado hasta el final de sus días, comprende la necesidad de ser reconocido por las personas como una persona influyente. Significa amar también en su diferencia, acogerle y aceptarle como lo conoció, con cualidades y defectos, sin reproches, permitiéndole expresar con libertad y sin tapujos sus preocupaciones, miedos, necesidades y esperanzas (17).

### **3.2. ANSIEDAD**

La ansiedad según Gayá se trata de una respuesta instintiva del ser humano ante un peligro inminente, es inevitable que las personas suframos de un cuadro de ansiedad en algún momento o circunstancia estresante de nuestra vida. Sin embargo, la ansiedad funciona en la persona como un mecanismo, el cual nos permite adaptarnos de forma natural en nuestro entorno, y con lleva a ponernos en un estado de alerta. La ansiedad es una emoción humana, la cual produce cambios en el organismo cuando este experimenta una amenaza, haciendo que el organismo pueda minimizarla (18).

De acuerdo con el DSM-5, el trastorno de ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura, la ansiedad está asociada con la tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. Los sujetos que tienen este trastorno suelen sobrestimar el peligro en las situaciones que temen o evitan, el análisis decisivo de si ese miedo o ansiedad es excesivo o desproporcionado lo realiza el clínico teniendo en cuenta el contexto cultural del sujeto (19).

### **3.2.1. Ansiedad en la dimensión afectiva**

Con respecto a las funciones intelectuales, se presenta ciertas características, tales como: dificultad de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, pensamientos distorsionados o inoportunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevaloración de pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad. Además, en la parte psicológica los cambios que se generan son: inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones y en casos más extremos, temor a la muerte, la locura o el suicidio (20,21).

### **3.2.2. Ansiedad en la dimensión psicósomática**

En el organismo la ansiedad se manifiesta específicamente en los sistemas nervioso autónomo, central, endocrino, inmune y motor. De los cambios que se producen, la persona experimenta el aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la frecuencia respiratoria, sudoración, tensión muscular, temblores musculares, problemas para respirar, existe resequedad en la boca, aparecen dificultades para comer. También se presentan desordenes psicofisiológicos transitorios, tales como: insomnio, disfunción eréctil, mareos, náuseas, entre otros. Con respecto a la parte motora, la ansiedad se presenta con hiperactividad, movimientos que suelen ser repetitivos, la persona tiene dificultad para poder comunicarse, produciendo tartamudez, la persona experimenta un incremento en su apetito, sus expresiones faciales se muestran tensan, entre otros.

Este sistema controla todos los músculos involuntarios, vasos sanguíneos, etc. Esta bajo el control de las emociones; tales como: ira, lo cual ocasiona en una persona que lo experimenta que la presión sanguínea se eleve, el

miedo produce que se produzca un nudo en el estómago. Este sistema tiene dos partes: el simpático, el cual tiene un efecto estimulante, y el parasimpático, el cual tiene un efecto calmante. Ahora, que pasa cuando el sistema nervioso parasimpático no funciona correctamente, ocasiona en la persona que se vuelva ansiosa (22).

### 3.3. CONSENSOS Y RECOMENDACIONES EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO

Los consensos de personal que labora en la UCI, fueron llevados a cabo en congresos internacionales, como fruto del mismo realizaron un artículo científico publicado donde se evidenciaba las recomendaciones a los profesionales enfermeros que laboran en UCI a nivel internacional, en la búsqueda realizada, se encontraron 2 artículos a nivel internacional; a nivel nacional y local no se cuenta con protocolos ni con guías clínicas que enfoquen la atención al familiar del paciente crítico.

De acuerdo a la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), se consideran 65 recomendaciones, de las cuáles las siguientes son enfocadas a la atención del familiar del paciente crítico:

- **Toma las decisiones de limitación del tratamiento de soporte vital, siempre que sea posible, en equipo de forma consensuada:** La toma de decisiones al final de la vida es compleja y habitualmente parte del equipo asistencial. Pero el paciente y la familia deben ser informados y deben participar en la toma de decisiones (22).
- **Informa siempre de las prácticas de limitación del tratamiento de soporte vital al paciente y/o sus familiares, y lo registra en la historia clínica:** Se debe hacer partícipes al paciente y a la familia en la toma de decisiones de LTSV favoreciendo la toma de decisiones compartida y la implicación de los mismos en el plan terapéutico y de cuidados (22).
- **Fundamenta la toma de decisiones compartidas en los valores del paciente, velando por su autonomía y considerando la consulta de sus voluntades vitales:** La autonomía del paciente crítico debe ser protegida respetando el derecho a la libertad de la persona. Asimismo, se deben tener

en cuenta sus valores. En las situaciones en las que pierda la capacidad de decidir se consultará la existencia de un documento de voluntades anticipadas y se respetará su contenido. En caso de no existir este, deben explorarse los valores y preferencias del paciente a través de sus familiares o representantes (22).

- **En las decisiones de limitación del tratamiento de soporte vital, crea un plan de cuidados paliativos que disminuya el sufrimiento del paciente y facilite el acompañamiento familiar:** Se debe crear un plan de cuidados paliativos con el objetivo de disminuir el sufrimiento del paciente y mejorar la calidad de vida. Este plan debe contemplar una adecuada valoración de las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales que presentan el enfermo y la familia. El plan de cuidados paliativos debe ser consensuado con el paciente y/o la familia o representantes y ser comunicado al equipo asistencial. Deben preverse las distintas posibilidades evolutivas explicándoselas al paciente y a sus familiares (22).

La Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos estableció un conjunto de recomendaciones sobre la participación familiar en el cuidado del paciente crítico que facilitarían la transición hacia modelos más flexibles como aquellos que se basan en los «cuidados centrados en la familia»; estas recomendaciones evidencian desde una adecuada comunicación hasta el apoyo emocional y espiritual para que el familiar pueda superar el proceso de enfermedad y/o muerte del paciente crítico (23).

#### 4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

##### A nivel internacional:

- MEJIAS MARIANELA, MEDINA RODRIGUEZ ANDREINA. Ecuador 2017 **“Nivel de ansiedad de los familiares del paciente politraumatizado antes y después de la implementación de un programa educativo acerca de la unidad de cuidados intensivos”** Los resultados demostraron que el programa fue exitoso para disminuir el nivel de ansiedad estado referido a los

AGUCI y APHUCI con una significancia estadística de 11,72 puntos ( $p < 0,004$ ) para el grupo experimental y 0,50 para el grupo control. Por su parte no fue significativo para el nivel de ansiedad rasgo de los AGUCI y los APHUCI, la diferencia entre antes y después de su aplicación, fue positiva en 0,15 puntos para grupo experimental y 0,41 para el grupo control (24).

- CALLE GABRIEL HERAS LA, MARTIN MARI CRUZ, NIN NICOLAS.. Brazil 2017 “**Buscando humanizar los cuidados intensivos**”. Humanizar es buscar la excelencia, desde un punto de vista multidimensional abordando todas las facetas de una persona y no solamente la clínica, aportando mayor cercanía y ternura, con autocrítica y capacidad de mejora. Las unidades de cuidados intensivos y los profesionales del enfermo crítico tienen el compromiso moral de liderar el cambio (25).

#### **A nivel nacional:**

- REYES CARRANZA, NATALY MARITA. “**Conocimiento y ansiedad del familiar del paciente en unidad de cuidados intensivos. Trujillo, 2019**”. El 73 por ciento de los familiares refieren un grado de ansiedad moderado frente a la situación crítica de su paciente, el 14 por ciento leve y el 13 por ciento grave. La prueba refleja que existe evidencia estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y grado de ansiedad las dos variables  $P= 0.001$  (26).
- MATÍAS ROBLES, VIOLETA “**Sentimientos y necesidades espirituales de los familiares de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos**” 2017. Se concluye que en las necesidades espirituales emergieron cinco categorías: necesidad de no separarse de lo espiritual, necesidad de sentido del ser familiar de un paciente, necesidad de información para comprender la situación del paciente, necesidad de cohesión familiar y social como alivio a la situación y necesidad de reconciliación y recuperación del orden (27).

**A nivel local:**

- **BALDARRÁGO NUÑEZ PAOLA, RIOS FLORES LALESKA. “Cuidado espiritual y Sufrimiento del familiar, Unidad De Cuidados Intensivos, Servicio De Neonatología H.B.C.A.S.E. ESSALUD, AREQUIPA 2017”**, el estudio concluyó que el cuidado espiritual de las enfermeras está relacionado con el sufrimiento del familiar, con un 51.6% de los familiares con sufrimiento máximo consideran deficiente el cuidado espiritual de las enfermeras (8).

**5. HIPÓTESIS**

Dado que el cuidado espiritual es intrínseco a la naturaleza humana y es el recurso más profundo y potente de sanación del que dispone la persona y el personal de enfermera administra el cuidado espiritualmente cuando se da una relación humana caracterizada por el arte de estar presente, de escuchar, de respetar y de apoyar los valores, creencias, y conexiones importantes.

Es probable que el cuidado espiritual enfermero se relacione con el nivel de ansiedad del cuidador principal del paciente crítico.

## CAPÍTULO II

### PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. TÉCNICA, INSTRUMENTO Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

##### 1.1. Técnica

- Para la variable independiente: Percepción del cuidado espiritual enfermero, se usó la entrevista
- Para la variable dependiente: Ansiedad, se aplicó la entrevista

##### 1.2. Instrumento

- Para medir la variable independiente: Percepción del cuidado espiritual enfermero, se usó el cuestionario. Quintana Damian y Huamaní Quintana, adaptado por Lic. Enf. Marleny Lucía Siccha Martínez respecto al cuidado espiritual que brinda la enfermera, este instrumento ha sido aplicado por Baldárrago Nuñez, Paola Vanessa; Rios Flores, Laleska Patricia en el estudio “Cuidado espiritual y sufrimiento del familiar, unidad de cuidados intensivos, Servicio de Neonatología H.B.C.A.S.E. EsSalud, Arequipa 2017” (8).

El instrumento ha sido validado por juicio de profesionales expertos en la materia (Lic. Teresa Gálvez Delgado, Enfermera Jefe del Servicio de Cirugía A-B del Hospital “Víctor Lazarte Echegaray”, docente de la Universidad Nacional de Trujillo, con matrícula en el Colegio de Enfermeros del Perú. N° 10250 y la Lic. Clorinda Mercedes Oblitas Escalante, Enfermera Supervisora del Departamento de Enfermería del Hospital “Víctor Lazarte Echegaray”, con matrícula en el Colegio de Enfermeros del Perú. N° 13895), quienes acreditan que dicho instrumento cumple con los requisitos necesarios para su ejecución; así también se aplicó una prueba piloto. La confiabilidad de los instrumentos se determinó a través de la prueba estadística Alfa de

Cronbach, cuyos valores fueron de 0.804 en la escala de cuidado espiritual y de 0.855 en la escala de satisfacción (8).

El instrumento consta de 25 ítems, la calificación está basada en la escala de frecuencia, asignándole 03 alternativas para cada pregunta siempre (3 puntos), a veces (2 puntos) y nunca (1 punto). La puntuación se dio de la siguiente manera:

Dimensiones	Ítems
Acompañar	1,2,5,7,12,14,24
Orientar	8,9,10,11,21,22
Aliviar la desesperanza	3,4,18,19,23
Brindar seguridad	6,13,15,16,17,20,25

- Óptimo cuidado : 63 - 75 puntos
  - Regular cuidado : 50 – 62 puntos
  - Deficiente cuidado : 25 – 49 puntos
- 
- Para medir la variable dependiente: Ansiedad, se utilizó la escala de Ansiedad de Zung, la cual ha sido aplicada por Adalberto Campo-Arias, Luis Alfonso Díaz-Martínez, Germán Eduardo Rueda-Jaimes, Jaider Alfonso Barros-Bermúdez. La confiabilidad dio un 0.85 demostrando que el instrumento es altamente confiable (28).

Esta escala ha sido aplicada en diversas áreas a nivel internacional por mencionar un estudio actual del área de enfermería en UCI en el contexto peruano se menciona el estudio de Reyes Carranza Nataly en su estudio: “Conocimiento y ansiedad del familiar del paciente en unidad de cuidados intensivos. Trujillo, 2019” (24).

La Puntuación se realizó de la siguiente manera:

EAA= Puntaje total x 100/ Ptje max. 80

- Ansiedad severa: 75 a más puntos
- Ansiedad moderada: 60-74 puntos
- Ansiedad leve: 45-59 puntos
- Sin ansiedad: Menos de 45 puntos

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1. Ubicación espacial

El trabajo de investigación se realizó en el Servicio de UCI del Hospital Regional III Honorio Delgado, el cual se encuentra ubicado en Av. Daniel Alcides Carrión 505, La Pampilla – Cercado, departamento de Arequipa – Perú.

### 2.2. Ubicación temporal

El estudio se desarrolló en los meses de diciembre del 2019 a marzo del año 2020.

### 2.3. Unidades de estudio

Las unidades de estudio estuvieron conformadas por los cuidadores principales de los pacientes crítico del servicio de UCI del Hospital Regional III Honorio Delgado.

#### 2.3.1. Universo

Estuvo conformado por 40 cuidadores principales, que fue el 100% de acuerdo al número de pacientes hospitalizados en la UCI del HRHD en los meses de diciembre del 2019 al 1 de marzo del 2020.

#### Criterios de inclusión

- Cuidador principal mayor de edad
- Cuidador principal que desee participar en el estudio y firme el consentimiento informado
- Cuidador principal que visite al menos durante 3 días al paciente

### **Criterios de exclusión**

- Cuidador principal menor de edad
- Cuidador principal que no desee participar en el estudio y no firme el consentimiento informado

## **3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS**

### **3.1. Procedimiento**

- Se envió una solicitud a la Decana de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica Santa María con la finalidad de la aprobación del proyecto de investigación; así mismo se gestionó la carta de presentación para el campo que fue el Servicio de UCI del Hospital Regional III Honorio Delgado.
- Se coordinó con la oficina de Investigación y Capacitación del Hospital Regional III Honorio Delgado para obtener el permiso correspondiente y así se pudo ejecutar la investigación.
- Se coordinó con el departamento de Enfermería para la autorización en la ejecución del trabajo de investigación.
- Se aplicó el consentimiento informado al cuidador principal de los pacientes del servicio de UCI del Hospital Regional III Honorio Delgado, previa información de la temática de la investigación. Los instrumentos fueron aplicados en los turnos de mañana y tarde en los meses de Diciembre del año 2019, Enero y fines de Febrero del año 2020, para poder aplicar los 2 instrumentos se tomó un tiempo promedio de 25 minutos, la investigadora fue quien entrevistó a todos los sujetos de estudio que cumplían con los criterios de inclusión y recabo la información.
- Los datos obtenidos fueron procesados estadísticamente y presentados en tablas y gráficos mediante el paquete estadístico SPSS V 22.0

### **3.2. Recursos**

- **Humanos**
  - La investigadora

- Cuidador principal del paciente del servicio de UCI del Hospital Regional III Honorio Delgado

- **Materiales**

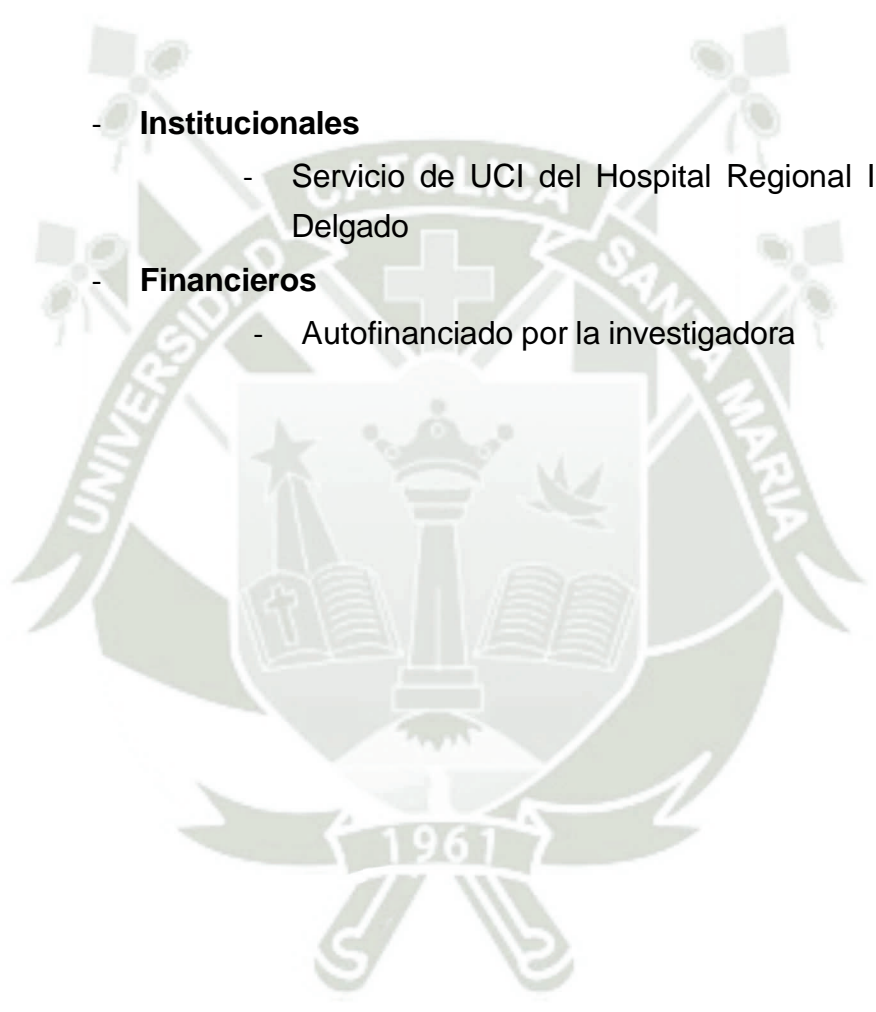
- Laptop
- Cañón multimedia
- Cuestionarios
- Material de escritorio

- **Institucionales**

- Servicio de UCI del Hospital Regional III Honorio Delgado

- **Financieros**

- Autofinanciado por la investigadora



## CAPÍTULO III

### RESULTADOS

**TABLA N°1**  
**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS EN CUIDADORES PRINCIPALES DEL**  
**PACIENTE CRÍTICO. HOSPITAL REGIONAL III HONORIO DELGADO, 2019**

Datos sociodemográficos	F	%
<b>Edad</b>		
18 a 29 años	17	42.5
30 a 59 años	19	47.5
60 a 79 años	4	10.0
<b>Sexo</b>		
Masculino	23	57.5
Femenino	17	42.5
<b>Estado civil</b>		
Soltero(a)	9	22.5
Casado(a)	20	50.0
Conviviente	7	17.5
Viudo (a)	4	10.0
<b>Grado de instrucción</b>		
Superior universitario	3	7.5
Superior técnico	11	27.5
Secundaria	23	57.5
Primaria	3	7.5
<b>Condición laboral</b>		
Dependiente	6	15.0
Independiente	20	50.0
No trabaja	14	35.0
<b>Religión</b>		
Católico	23	57.5
Cristiano	9	22.5
Evangélico	8	20.0
<b>Parentesco</b>		
Esposo (a)	10	25.0
Hijo (a)	16	40.0
Hermano (a)	2	5.0
Madre/padre	12	30.0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

\* Matriz de sistematización de datos

En la tabla se puede apreciar que 47.5% de los cuidadores principales de pacientes críticos de la UCI del Hospital Regional III Honorio Delgado, pertenecen al ciclo de vida adulto, 57.5% son de sexo masculino, 50% son casados, 57.5% tienen grado de instrucción de secundaria, 50% son independientes laboralmente; 57.5% profesan la religión católica y 40% son hijos de los pacientes que se encuentran hospitalizados en la UCI del HRHD.

Se deduce que más de la mitad de la población de estudio son hombres, casados con grado de instrucción secundaria, laboran independientemente y son de religión católica; menos de la mitad son adultos y su parentesco con los pacientes de UCI, es ser hijos.



**TABLA N°2**  
**PERCEPCIÓN DEL CUIDADO ESPIRITUAL EN CUIDADORES PRINCIPALES**  
**DEL PACIENTE CRÍTICO. HOSPITAL REGIONAL III HONORIO DELGADO, 2019**

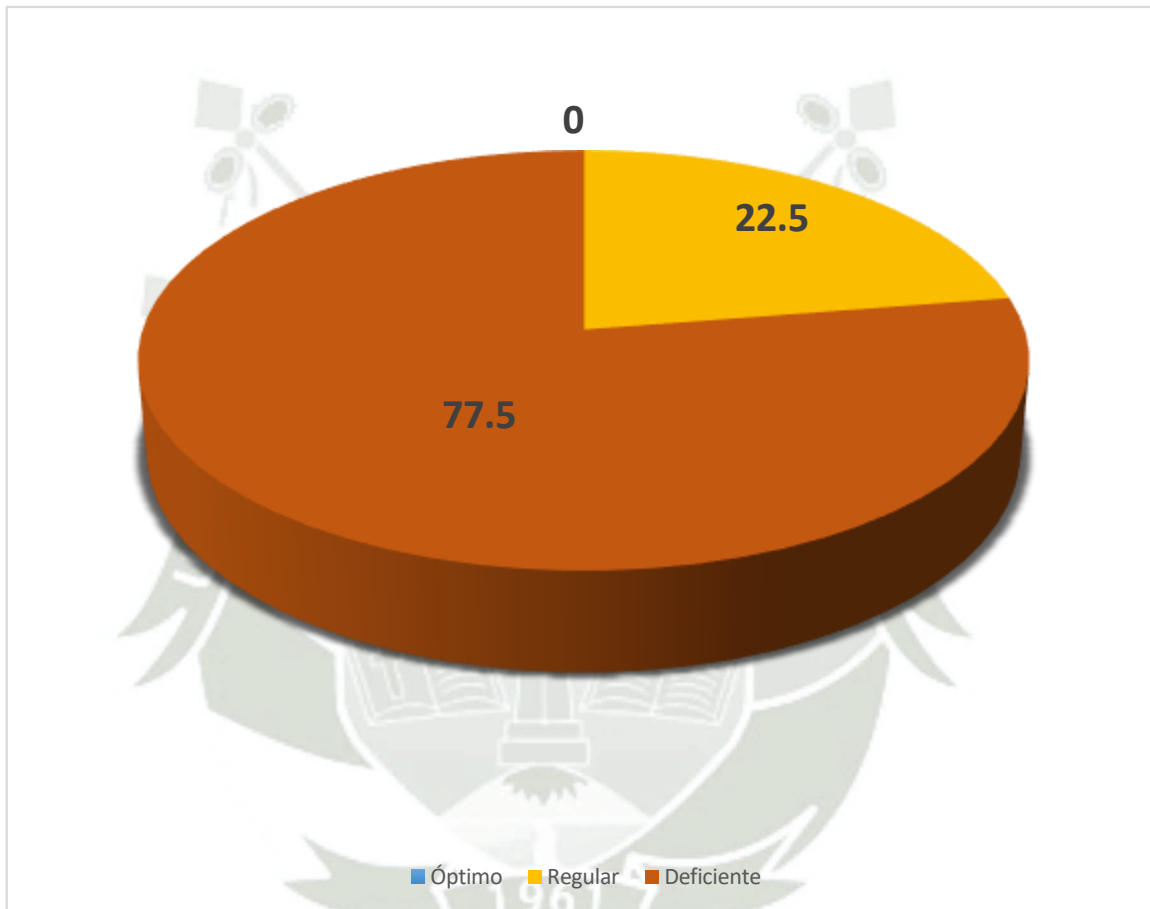
<b>Criterios</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Óptimo	0	0.0
Regular	9	22.5
Deficiente	31	77.5
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

\* Matriz de sistematización de datos

En la tabla se puede observar que el 77.5% de la población sujeto de estudio percibe como deficiente el cuidado espiritual por parte del personal enfermero, 22.5% percibe como regular dicho cuidado y nadie lo califica de óptimo.

Se deduce que tres cuartas partes de la población de estudio, percibe como deficiente el cuidado espiritual por parte del personal enfermero y menos de la cuarta parte lo percibe como regular.

**GRÁFICO N°1**  
**PERCEPCIÓN DEL CUIDADO ESPIRITUAL EN CUIDADORES PRINCIPALES**  
**DEL PACIENTE CRÍTICO. HOSPITAL REGIONAL III HONORIO DELGADO, 2019**



\* Matriz de sistematización de datos

**TABLA N°3**  
**DIMENSIONES DE LA PERCEPCION DEL CUIDADO ESPIRITUAL EN LOS**  
**CUIDADORES PRINCIPALES DEL PACIENTE CRÍTICO. HOSPITAL REGIONAL**  
**III HONORIO DELGADO, 2019**

	Mínimo	Máximo	Media
Orienta	6	16	10,43
Alivia la desesperanza	5	12	8,40
Brindar seguridad	9	16	11,93
Acompaña	8	16	12,30

\* Matriz de sistematización de datos

En la tabla se muestra que, de acuerdo a las medias aritméticas de las dimensiones de la percepción del cuidado espiritual en cuidados principales del paciente crítico, se infiere que la enfermera de UCI realiza el acompañamiento, sin embargo, no se alivia la desesperanza.

**TABLA N°4**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO POR NIVELES DE ANSIEDAD**  
**EN LOS CUIDADORES PRINCIPALES DEL PACIENTE CRÍTICO. HOSPITAL**  
**REGIONAL III HONORIO DELGADO, 2019**

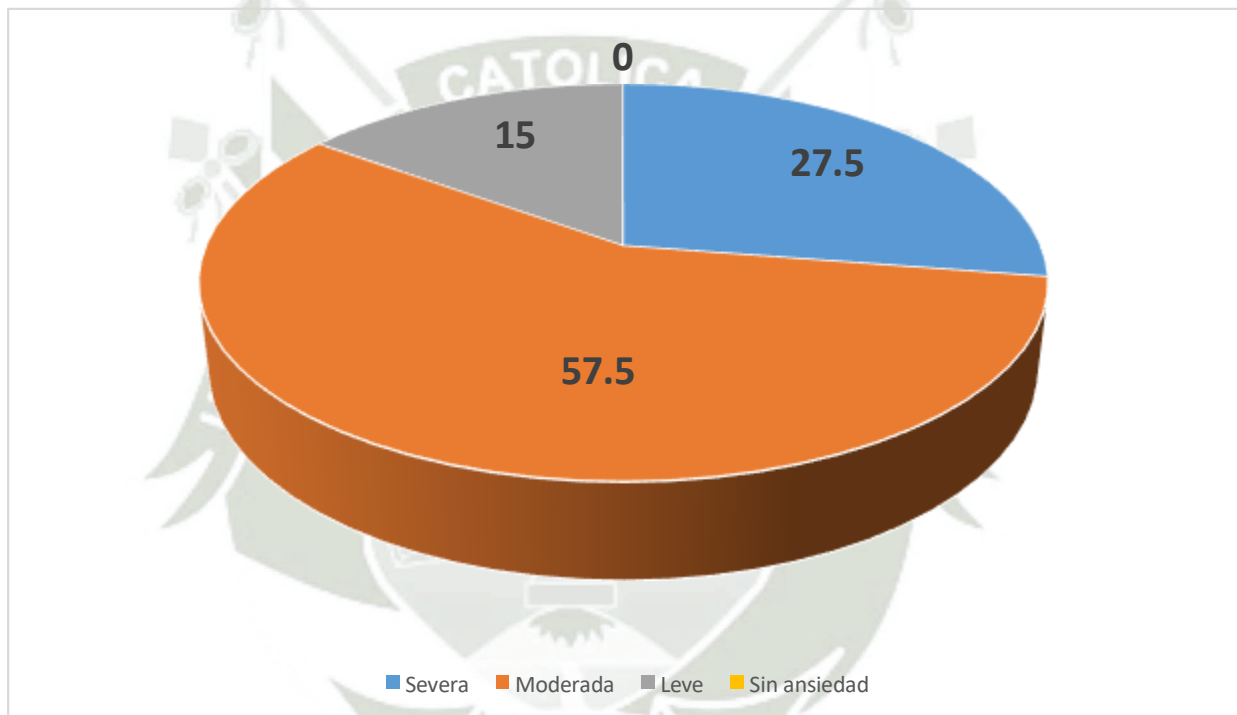
<b>Niveles</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Severa	11	27.5
Moderada	23	57.5
Leve	6	15.0
Sin ansiedad	0	0.0
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

\* Matriz de sistematización de datos

En la tabla se puede observar que el 57.5% de los cuidados principales del paciente crítico, presenta una ansiedad moderada, 27.5% ansiedad severa y 15% ansiedad leve.

Se deduce que todas las unidades de estudio presentan ansiedad en diferentes niveles, por ejemplo. más de la mitad de la población de estudio presenta ansiedad moderada y más de la cuarta parte ansiedad severa; menos de la cuarta parte ansiedad leve.

**GRÁFICO N°2**  
**ANSIEDAD EN LOS CUIDADORES PRINCIPALES DEL PACIENTE CRÍTICO.**  
**HOSPITAL REGIONAL III HONORIO DELGADO, 2019**



\* Matriz de sistematización de datos

TABLA N°5

RELACIÓN ENTRE LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS CON LA PERCEPCION DEL CUIDADO ESPIRITUAL  
EN LOS CUIDADORES PRINCIPALES DEL PACIENTE CRÍTICO. HOSPITAL REGIONAL III HONORIO DELGADO,  
2019

Datos sociodemográficos	Percepción del cuidado espiritual						Total	
	Óptimo		Regular		Deficiente		F	%
	F	%	F	%	F	%		
<b>Edad</b>								
18 a 29 años	0	0.0	6	15.0	11	27.5	17	42.5
30 a 59 años	0	0.0	3	7.5	16	40.0	19	49.5
60 a más	0	0.0	0	0.0	4	10.0	4	10.0
Total	0	0.0	9	22.5	31	77.5	40	100
<b>Sexo</b>								
Masculino	0	0.0	4	10.0	19	47.5	23	57.5
Femenino	0	0.0	5	12.5	12	30.0	17	42.5
Total	0	0.0	9	22.5	31	77.5	40	100
<b>Estado civil</b>								
Soltero(a)	0	0.0	2	5.0	7	17.5	9	22.5
Casado(a)	0	0.0	2	5.0	18	45.0	20	50.0
Conviviente	0	0.0	4	10.0	3	7.5	7	17.5
Viudo (a)	0	0.0	1	2.5	3	7.5	4	10.0

Total	0	0.0	9	22.5	31	77.5	40	100
<b>Grado de instrucción</b>								
Superior universitario	0	0.0	1	2.5	2	5.0	3	7.5
Superior técnico	0	0.0	3	7.5	8	20.0	11	27.5
Secundaria	0	0.0	3	7.5	20	50.0	23	7.5
Primaria	0	0.0	2	5.0	1	2.5	3	7.5
Total	0	0.0	9	22.5	31	77.5	40	100
<b>Condición laboral</b>								
Dependiente	0	0.0	2	5.0	4	10.0	6	15.0
Independiente	0	0.0	5	12.5	15	37.5	20	50.0
No trabaja	0	0.0	2	5.0	12	30.0	14	35.0
Total	0	0.0	9	22.5	31	77.5	40	100
<b>Religión</b>								
Católico	0	0.0	6	15.0	17	42.5	23	57.5
Cristiano	0	0.0	1	2.5	8	20.0	9	22.5
Evangélico	0	0.0	2	5.0	6	15.0	8	20.0
Total	0	0.0	9	22.5	31	77.5	40	100
<b>Parentesco</b>								
Esposo (a)	0	0.0	2	5.0	8	20.0	10	25.0
Hijo (a)	0	0.0	5	12.5	11	27.5	16	40.0
Hermano (a)	0	0.0	1	2.5	1	2.5	2	5.0
Madre/padre	0	0.0	1	2.5	11	27.5	12	30.0
Total	0	0.0	9	22.5	31	77.5	40	100

\* Matriz de sistematización de datos

En la tabla se observa que el 49.5% de la población que tiene de 30 a 59 años, el 40% percibió como deficiente el cuidado espiritual enfermero; así también el 57.5% que pertenece a la población masculina el 47.5% percibió como deficiente el cuidado espiritual enfermero; del 50% que son casados el 45% percibió como deficiente el cuidado espiritual enfermero. En cuanto el grado de instrucción del 27.5% que tiene superior técnico el 50% percibió como deficiente el cuidado espiritual enfermero; así también el 50% que tiene condición laboral de independiente, el 37.5% percibió como deficiente el cuidado espiritual enfermero.

En el aspecto de la religión del 57.5% que es católico el 42.5% percibió como deficiente el cuidado espiritual enfermero y en cuanto el parentesco del 40% que es hijo el 27.5 percibió como deficiente el cuidado espiritual enfermero

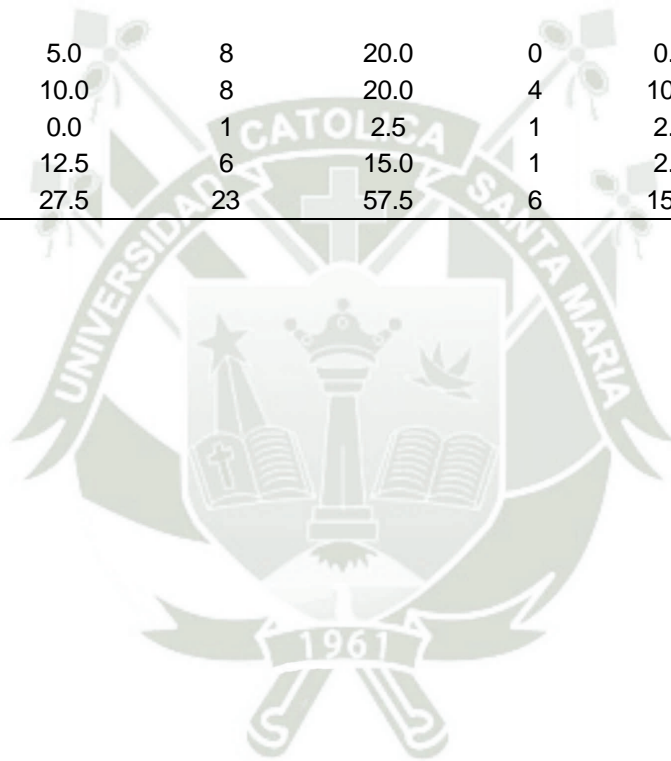
A la prueba de chi cuadrado se evidencia que no existe relación entre ninguno de los datos sociodemográficos con la percepción del cuidado espiritual dado por el personal enfermero ( $P > 0.05$ ).

Se deduce que más de las tres cuartas partes de la población de estudio percibe como deficiente el cuidado enfermero y que no existe relación significativa entre los datos sociodemográficos de los cuidadores principales del paciente crítico con la percepción del cuidado espiritual del personal enfermero.



Dependiente	1	2.5	5	12.5	0	0.0	0	0.0	6	15.0
Independiente	4	10.0	12	30.0	4	10.0	0	0.0	20	50.0
No trabaja	6	15.0	6	15.0	2	5.0	0	0.0	14	35.0
Total	11	27.5	23	57.5	6	15.0	0	0.0	40	100
<b>Religión</b>										
Católico	5	12.5	16	40.0	2	5.0	0	0.0	23	57.5
Cristiano	4	10.0	4	10.0	1	2.5	0	0.0	9	22.5
Evangélico	2	5.0	3	7.5	3	7.5	0	0.0	8	20.0
Total	11	27.5	23	57.5	6	15.0	0	0.0	40	100
<b>Parentesco</b>										
Espos(a)	2	5.0	8	20.0	0	0.0	0	0.0	10	25.0
Hijo(a)	4	10.0	8	20.0	4	10.0	0	0.0	16	40.0
Hermano(a)	0	0.0	1	2.5	1	2.5	0	0.0	2	5.0
Madre/padre	5	12.5	6	15.0	1	2.5	0	0.0	12	30.0
Total	11	27.5	23	57.5	6	15.0	0	0.0	40	100

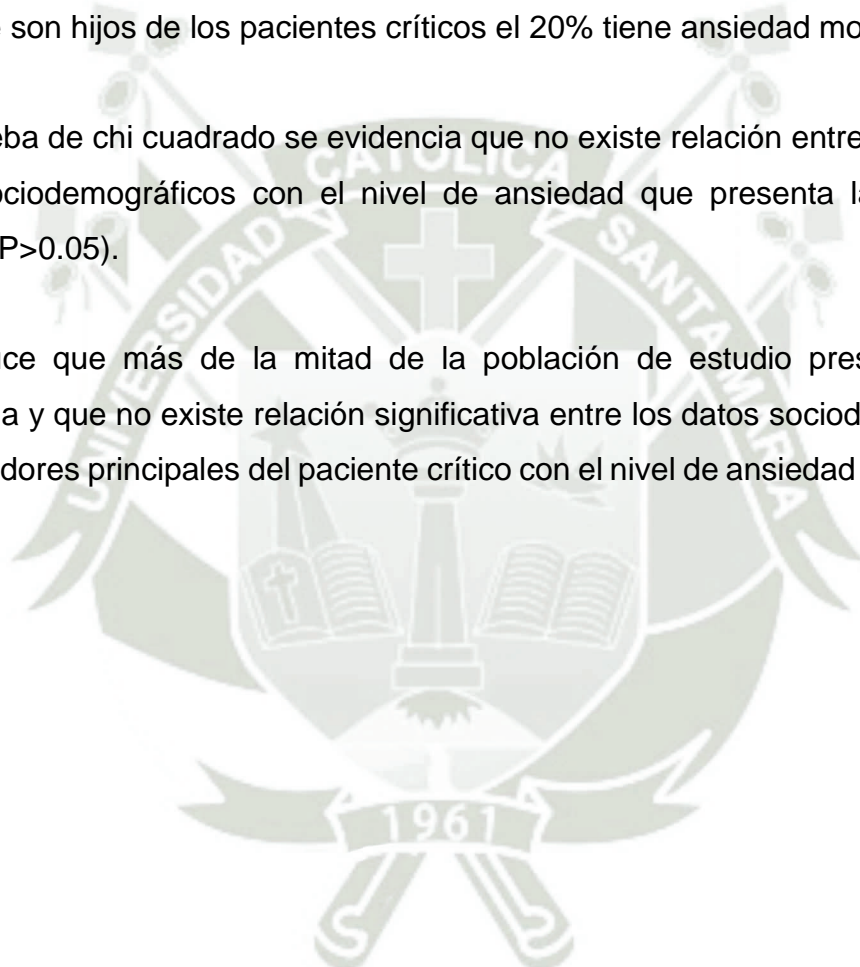
\* Matriz de sistematización de datos



En la tabla se observa que 47.5% de la población de estudio que es adulta 30% presenta ansiedad moderada, 57.5% que es de sexo masculino 30% presenta ansiedad moderada, 50% que es casado 35% presenta ansiedad moderada, 57.5% que tiene grado de instrucción secundaria 27.5% presenta ansiedad moderada; en cuanto la condición labora, 50% que es independiente 30% presenta ansiedad moderada, así también 57.5% que es católico 40% presenta ansiedad moderada y del 40% que son hijos de los pacientes críticos el 20% tiene ansiedad moderada.

A la prueba de chi cuadrado se evidencia que no existe relación entre ninguno de los datos sociodemográficos con el nivel de ansiedad que presenta la población de estudio ( $P > 0.05$ ).

Se deduce que más de la mitad de la población de estudio presenta ansiedad moderada y que no existe relación significativa entre los datos sociodemográficos de los cuidadores principales del paciente crítico con el nivel de ansiedad que presentan.



**TABLA N°7**  
**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO POR PERCEPCIÓN DEL CUIDADO ESPIRITUAL SEGÚN NIVELES DE ANSIEDAD EN LOS CUIDADORES PRINCIPALES DEL PACIENTE CRÍTICO. HOSPITAL REGIONAL III HONORIO DELGADO, 2019**

Percepción del cuidado espiritual	Ansiedad						Total	
	Severa		Moderada		Leve		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%
Óptimo	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Regular	1	2.5	6	15.0	2	5.0	9	22.5
Deficiente	10	25.0	17	42.5	4	10.0	31	77.5
Total	11	27.5	23	57.5	6	15.0	40	100.0

\* Matriz de sistematización de datos

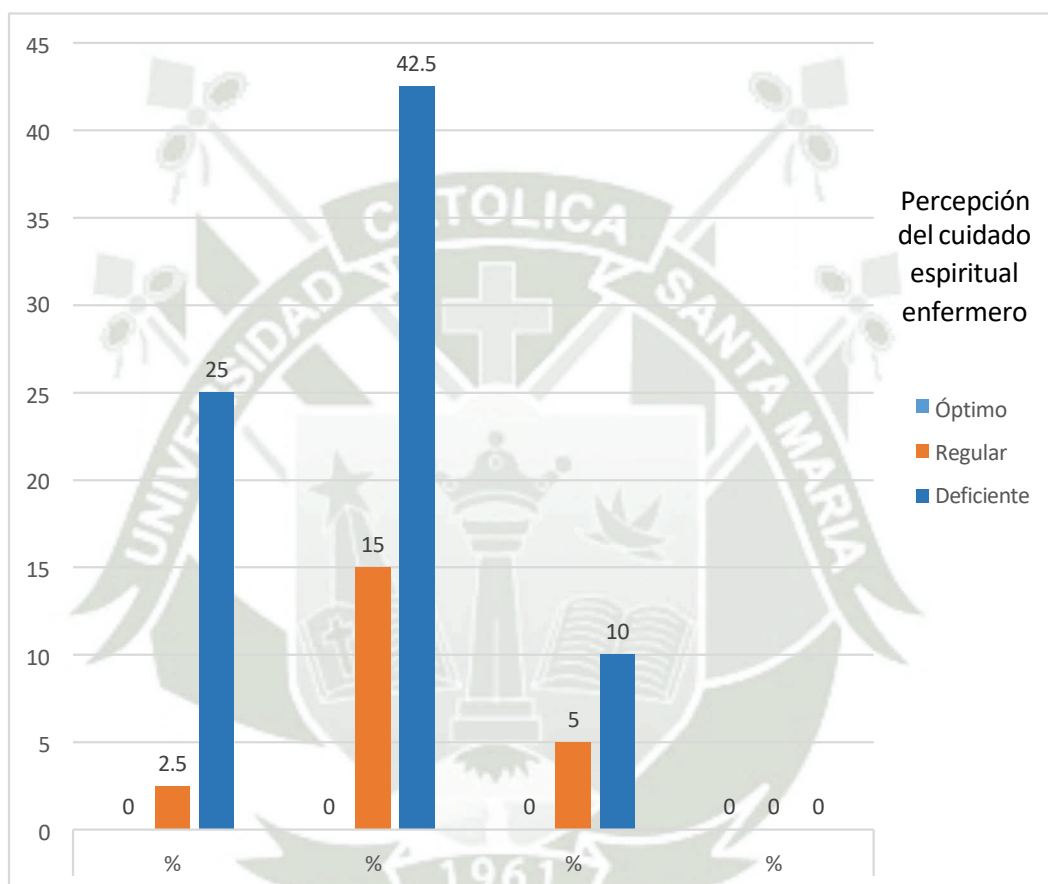
$$\chi^2=1.71 \text{ gl}=2 \text{ sig}=0.426$$

En la tabla se observa que del 77.5% de la población de estudio que percibió como deficiente el cuidado espiritual del personal enfermero 42.5% presentó ansiedad moderada, 25% ansiedad severa y 10% leve; así también del 22.5% de cuidadores que percibió como regular el cuidado espiritual enfermero 15% presentó ansiedad moderada, 5% leve y 2.5% severa.

A la prueba de chi cuadrado se evidencia que no existe relación entre la percepción del cuidado espiritual con la ansiedad ( $P>0.05$ ).

Se deduce que no existe relación entre la percepción del cuidado espiritual con la ansiedad en los cuidadores principales del paciente crítico del Hospital Regional III Honorio Delgado.

**GRÁFICO N°3**  
**PERCEPCION DEL CUIDADO ESPIRITUAL RELACIONADO A ANSIEDAD EN**  
**LOS CUIDADORES PRINCIPALES DEL PACIENTE CRÍTICO. HOSPITAL**  
**REGIONAL III HONORIO DELGADO, 2019**



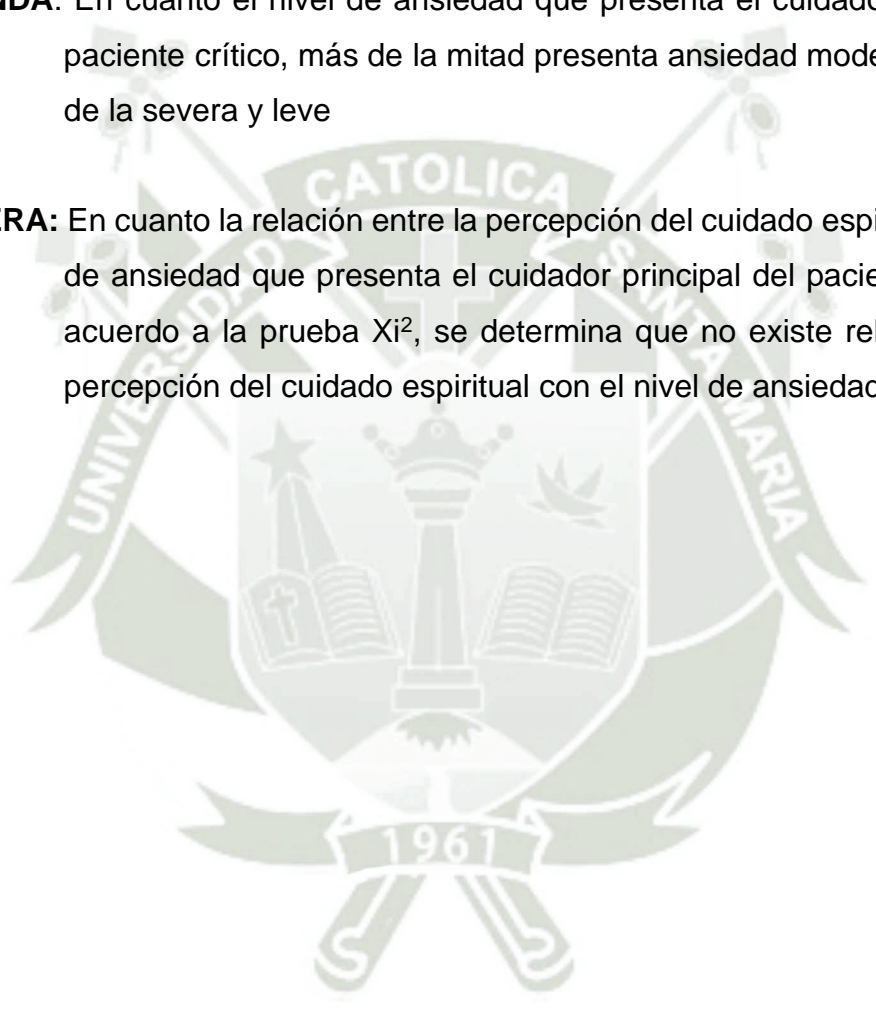
\* Matriz de sistematización de datos

## CONCLUSIONES

**PRIMERA:** En cuanto la percepción del cuidado espiritual enfermero en más de las tres cuartas partes de los cuidadores principales del paciente crítico, es deficiente y menos de la cuarta parte lo percibe como regular.

**SEGUNDA:** En cuanto el nivel de ansiedad que presenta el cuidador principal del paciente crítico, más de la mitad presenta ansiedad moderada, seguida de la severa y leve

**TERCERA:** En cuanto la relación entre la percepción del cuidado espiritual y el nivel de ansiedad que presenta el cuidador principal del paciente crítico, de acuerdo a la prueba  $\chi^2$ , se determina que no existe relación entre la percepción del cuidado espiritual con el nivel de ansiedad ( $P > 0.05$ ).



## RECOMENDACIONES

**PRIMERA:** A la jefatura del departamento de enfermería del Hospital III Regional Honorio Delgado, se recomienda, socializar los resultados del presente estudio con el fin de que se pueda realizar el proceso de mejora continua.

**SEGUNDA:** A la jefatura de la unidad de cuidados intensivos Hospital III Regional Honorio Delgado, se sugiere implementar estrategias para la mejora continua, entre ellas el cuidado espiritual para con el familiar del paciente crítico, dado que el estudio demuestra que más de las tres cuartas partes de la población de estudio percibe como deficiente el cuidado espiritual del enfermero y que conforma parte del quehacer del profesional de enfermería.

**TERCERA:** A los profesionales enfermeros especialista del área de UCI, se sugiere involucrar al familiar como parte del binomio sujeto de cuidado: paciente crítico – familiar, brindando cuidados de enfermería holísticos, entre ellos los espirituales, así también se sugiere realizar investigaciones que den soporte y evidencia de la importancia de estos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García E., Cardozo A., Ostiguín R., Reyes V. El cuidado espiritual: una propuesta con base a las prácticas tradicionales de una comunidad indígena nahua. [Internet]. México. [Consultado 29 de diciembre 2018]. Disponible en: [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/69274/1/CultCuid\\_48\\_12.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/69274/1/CultCuid_48_12.pdf)
2. García M. Historia, teoría y métodos de la enfermería I. [Internet]. España. [Consultado 29 de diciembre 2018]. Disponible en: [https://rodas5.us.es/file/48c64cda-45b4-2f8e-8489-bd56cd84062e/1/bloque1\\_apuntes\\_historia\\_SCORM.zip/files/bloque1\\_apuntes\\_historia.pdf](https://rodas5.us.es/file/48c64cda-45b4-2f8e-8489-bd56cd84062e/1/bloque1_apuntes_historia_SCORM.zip/files/bloque1_apuntes_historia.pdf)
3. Quintero M. Espiritualidad y afecto en el cuidado de enfermería. [Internet]. Colombia. [Consultado 29 de diciembre 2018]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/CyPdeEnfermeria/03.pdf>
4. Alvarado-Valle Eduardo, Rodríguez-Jiménez Sofía, Cárdenas-Jiménez Margarita, Pacheco-Arce Ana Laura. El cuidado espiritual un camino para trascender en la razón de ser de la enfermera; México 2018 [Internet]. [Consultado 29 de diciembre 2018]. Disponible en: [http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_enfermeria/article/view/298](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/298)
5. Ceras Chavez, Kimberly .Cuidado espiritual de enfermería percibido por el paciente internado en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2018. [Internet]. [Consultado 29 de diciembre 2018]. Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/17463>
6. Diaz Rivera Verónica Gaby “Percepción del familiar respecto al cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente en la UCI - UCIN del Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima - 2017” [Tesis] 2018 [Consultado 29 de diciembre 2018]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/7102>
7. Durand Barreto, Juana Elena, Diaz Rivera, Verónica Gaby. Percepción del familiar respecto al cuidado humanizado que brinda la enfermera al paciente en la UCI - UCIN del Hospital Nacional Arzobispo Loayza Lima - 2017[Internet].

- [Consultado 29 de diciembre 2018]. Disponible en:  
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/7102>
8. Baldárrago Nuñez, Paola Vanessa; Rios Flores, Laleska Patricia. "Cuidado espiritual y sufrimiento del familiar, unidad de cuidados intensivos, Servicio de Neonatología H.B.C.A.S.E. EsSalud, Arequipa 2017" [Tesis]. [Consultado 29 de diciembre 2018]. Disponible en:  
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5099>
9. Barreda de la Cruz Miguel. "Calidad en la Atención de Pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo -Essalud- Arequipa Enero-Junio 2016" [Tesis]. [Consultado 29 de diciembre 2018]. Disponible en:  
[http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/136/browse?type=type&sort\\_by=1&order=ASC&rpp=35&etal=1&value=info%3Aeu-repo%2Fsemantics%2FbachelorThesis&offset=2348](http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/136/browse?type=type&sort_by=1&order=ASC&rpp=35&etal=1&value=info%3Aeu-repo%2Fsemantics%2FbachelorThesis&offset=2348)
10. Cássia E. El bienestar espiritual. [Internet]. Sao Paulo-Brasil. [Consultado 29 de diciembre 2018]. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v23n4/pdf/9471.pdf>
11. Gallegos M., Hernández E. Bienestar espiritual en pacientes con cáncer de mama identificado a través de la relación enfermera-paciente. Medigraphic. [Internet]. México. [Consultado 29 de diciembre 2018]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2008/eim082g.pdf>
12. Pérez G. Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. Completo Universitario de Huelva. [Internet]. España. [Consultado 29 de diciembre 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ech/v5n2/v5n2a06.pdf>
13. Alligood M. Modelos y teorías en enfermería. [Internet] Barcelona-España Elsevier; 2018. [Consultado 29 de diciembre 2018]. Disponible en: [https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=nIpgDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Abdellah+modelo+de+enfermeria&ots=6p\\_vjoUk8Q&sig=pM83xjXtjKH6Y9vUEuq\\_3o85AtY#v=onepage&q=Abdellah%20modelo%20de%20enfermeria&f=false](https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=nIpgDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Abdellah+modelo+de+enfermeria&ots=6p_vjoUk8Q&sig=pM83xjXtjKH6Y9vUEuq_3o85AtY#v=onepage&q=Abdellah%20modelo%20de%20enfermeria&f=false)
14. Levine M. El modelo de conservación Myra Estrin Levine, enfermería es interacción humana. [Internet]. [Consultado 29 de diciembre 2018]. Disponible en: <http://www.nursite.com.ar/teoricos/levine/levine.htm>

15. Romero G., Flores E., Cárdenas A., Ostiguín R. Análisis de las bases teóricas del modelo de sistemas de Betty Neuman. ENEO-UNAM [Internet]. [Consultado 29 de diciembre 2018]. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/viewFile/30301/28146>
16. Guerrero R., Meneses-La Riva M., De la Cruz M. Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao, 2015. [Internet]. Lima-Perú. [Consultado 29 de diciembre 2018]. Disponible en: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/9.pdf>
17. Alarcón I. Necesidades espirituales de los pacientes terminales del servicio de medicina en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2009. [Internet]. Lima-Perú. [Consultado 29 de diciembre 2018]. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/522/Alarcon\\_si.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/522/Alarcon_si.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
18. Gayá P. ¿Cómo controlar la ansiedad? [Internet]. Lima-Perú: Albores; 2015. [Consultado 29 de diciembre 2018]. Disponible en: [https://books.google.com.pe/books?id=7SuTBQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=7SuTBQAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
19. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. 5th ed. España: Panamericana; 2014.
20. Bolaños M. "Niveles de ansiedad en estudiantes de psicología clínica e industrial de la universidad Rafael Landívar de tercer año de la jornada vespertina que están por iniciar las prácticas de intervención psicológica." [Internet]. Lima-Perú [Consultado 29 de diciembre 2018]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/42/Bolanos-Maricarmen.pdf>
21. Chávez E. Estrategias de afrontamiento a la ansiedad de evaluación y su relación con el desempeño académico en estudiante universitarios incorporados a modelos educativos innovadores. [Internet]. Colima-Colombia [Consultado 29 de diciembre 2018]. Disponible en: [http://digeset.ucol.mx/tesis\\_posgrado/Pdf/ELSA\\_GUADALUPE\\_CHAVEZ\\_DE\\_ANDA.pdf](http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/ELSA_GUADALUPE_CHAVEZ_DE_ANDA.pdf)
22. SEMICYUC. Recomendaciones para el tratamiento de los pacientes críticos de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias. 2017 [Internet] Revista medicina intensiva Vol 41 N°5

- Pg. 285-305 [Consultado 29 de diciembre 2018]. Disponible en:  
<http://www.medintensiva.org/es-recomendaciones-el-tratamiento-pacientes-criticos-articulo-S0210569117301377>
23. Torres Pérez L, J.M. Morales Asencio. Participación familiar en el cuidado del paciente crítico: recomendaciones de la Sociedad Andaluza de Enfermería de Cuidados Críticos. *Tempus Vitalis*, 4, pp. 18-25. [Internet]. [Consultado 29 de diciembre 2018]. Disponible en:  
<https://remi.uninet.edu/2004/08/REMIA023.htm>
24. Mejías Marianela, Medina Rodríguez Andreina. “Nivel de ansiedad de los familiares del paciente politraumatizado antes y después de la implementación de un programa educativo acerca de la unidad de cuidados intensivos” Ecuador 2017 [Tesis] [Consultado 29 de diciembre 2018]. Disponible en:  
<http://www.riuc.bc.uc.edu.ve/handle/123456789/5505>
25. Calle Gabriel Heras La, Martín Mari Cruz, Nin Nicolás. Buscando humanizar los cuidados intensivos. Brazil, 2017 [Internet]. *Rev. bras. ter. intensiva* [Internet] ; 29( 1 ): 9-13. [Consultado 29 de diciembre 2018]. Disponible en:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-507X2017000100009&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2017000100009&lng=en). <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507x.20170003>.
26. Reyes Carranza, Nataly Marita. “Conocimiento y ansiedad del familiar del paciente en unidad de cuidados intensivos. Trujillo, 2019” [Internet]. [Consultado 27 de Noviembre del 2019]. Disponible en:  
<http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/11765>
27. Matías Robles, Violeta “Sentimientos y necesidades espirituales de los familiares de pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos” 2017. [Internet]. [Consultado 27 de Noviembre del 2019]. Disponible en:  
<http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6820>
28. Díaz Martínez A, Rueda Jaimes G, Barros Bermúdez A. Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [Internet] 2005 [Consultado 27 de Noviembre del 2019];34(1):54-62. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80628403005>



# ANEXOS

## ANEXO N°1

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO.....

, he sido informado (a) sobre los aspectos que conciernen al trabajo de investigación:  
“PERCEPCION DEL CUIDADO ESPIRITUAL Y ANSIEDAD EN EL CUIDADOR  
PRINCIPAL DE PACIENTES CRÍTICOS DEL SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADOS  
INTENSIVOS. HOSPITAL REGIONAL III HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2019”

Se me ha explicado el objetivo de la investigación y entiendo que la información que se proveerá en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima, además estoy consciente que los resultados de la investigación aportarán beneficios para la atención del paciente en el servicio de UCI del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Por lo tanto autorizo de forma voluntaria y doy mi consentimiento a que se me apliquen los instrumentos propios de la investigación.

-----  
1961  
FIRMA

Arequipa \_\_\_\_, \_\_\_\_del 2019

**ANEXO N°2**

**ENCUESTA A FAMILIAR DEL PACIENTE SOBRE CUIDADO ESPIRITUAL QUE  
BRINDA LA ENFERMERA**

**TITULO DE LA INVESTIGACION:** “PERCEPCION DEL CUIDADO ESPIRITUAL Y ANSIEDAD EN EL CUIDADOR PRINCIPAL DE PACIENTES CRÍTICOS DEL SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL REGIONAL III HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2019”

**INSTRUCCIONES.** A continuación presentamos una serie de enunciados, por favor marque con un X la respuesta (sólo una) que UD considere correcta. Recuerde que estos datos se manejarán de forma anónima.

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

**1. ¿Cuál es su edad?**  
\_\_\_\_\_Años

**2. Sexo**

- a) Masculino ( )
- b) Femenino ( )

**3. ¿Cuál es su estado civil?**

- a) Soltero (a) ( )
- b) Casado (a) ( )
- c) Conviviente ( )
- d) Separado (a) ( )
- e) Viudo (a) ( )

**4. Religión:** \_\_\_\_\_

**5. Parentesco con el paciente:** \_\_\_\_\_

**6. ¿Cuál es su grado de instrucción?**

- a) Superior universitario ( )
- b) Superior Técnico ( )
- c) Secundaria ( )
- d) Primaria ( )
- e) Sin estudios ( )

**7. ¿Cuál es su condición laboral?:** \_\_\_\_\_

N°	ENUNCIADO	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1	La enfermera se identifica con su nombre, cuando lo atiende.			
2	La enfermera lo llama por su nombre			
3	La enfermera lo trata con respeto y amabilidad			
4	La enfermera le brinda apoyo emocional permanente			
5	Cuando la enfermera le atiende, le ha preguntado de qué religión es usted			
6	La enfermera le toma la mano , o por el hombro cuando usted está angustiado.			
7	La enfermera le ayuda a usted a practicar su costumbre espiritual y ritual de cada día.			
8	La enfermera le brinda algunos minutos de su tiempo durante su cuidado para hablar de su espiritualidad.			
9	La enfermera coordina su atención espiritual con otros profesionales de la salud.			

10	En relación a su cuidado espiritual le explica a otro trabajador de salud.			
11	La enfermera sabe coordinar con el sacerdote, o pastor para atender su espiritualidad.			
12	La enfermera le da a conocer el poder divino de Dios.			
13	Como enfermera, ella le anima a apreciar la música.			
14	La enfermera le apoya a participar de actos religiosos o espirituales (misa).			
15	La enfermera muestra respeto por sus creencias espirituales			
16	La enfermera le da la debida importancia a la espiritualidad.			
17	Como enfermera le escucha sus angustias y temores.			
18	La enfermera le invita a reflexionar sobre la vida.			
19	Como enfermera le orienta a tener un espacio tranquilo para su meditación			
20	La enfermera respeta la atención a sus necesidades corporales.			
21	La enfermera aborda temas no satisfechos antes de la muerte.			
22	Como enfermera le orienta a encontrar significado y propósito en su vida.			
23	La enfermera le apoya a comprender el proceso de enfermedad de su paciente para ser más llevadera.			
24	La enfermera, participa orando con usted			
25	Para la enfermera, el valor de la sinceridad, es parte de su quehacer diario como principio.			

Fuente: Baldarrago Nuñez, Paola Vanessa; Rios Flores, Laleska Patricia. "Cuidado espiritual y sufrimiento del familiar, unidad de cuidados intensivos, Servicio de Neonatología H.B.C.A.S.E. EsSalud, Arequipa 2017" (8).

**Gracias por su colaboración...**

ANEXO N°3

ESCALA DE ANSIEDAD (EAA) DE ZUNG

**TITULO DE LA INVESTIGACION:** “PERCEPCION DEL CUIDADO ESPIRITUAL Y ANSIEDAD EN EL CUIDADOR PRINCIPAL DE PACIENTES CRÍTICOS DEL SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. HOSPITAL REGIONAL III HONORIO DELGADO. AREQUIPA, 2019”

N°	ENUNCIADO	Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntaje
1	Me siento más tranquilo y nervioso que de costumbre					
2	Me siento atemorizado sin motivo					
3	Me altero o me angustio fácilmente					
4	Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos					
5	Creo que todo está bien y no va a pasar nada					
6	Me tiemblan los brazos y las piernas					
7	Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda					
8	Me siento débil y me canso fácilmente					
9	Me siento tranquilo y me es fácil estarme quieto					
10	Siento que el corazón me late a prisa					
11	Sufro mareos					
12	Me desmayo o siento que voy a desmayarme					
13	Puedo respirar fácilmente					
14	Se me duermen y me hormiguean los dedos de la mano y de los pies					
15	Sufro dolores de estómago o indigestión					
16	Tengo que orinar con mucha frecuencia					
17	Generalmente tengo las manos secas y calientes					
18	La cara se me pone caliente y roja					
19	Me duermo fácilmente y descanso por la noche					
20	Tengo pesadillas					

**Fuente:** Reyes Carranza, Nataly Marita. Conocimiento y ansiedad del familiar del paciente en unidad de cuidados intensivos. Trujillo, 2019 (24).

Gracias por su colaboración...

## ANEXO N°4

### MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

N°	EDAD	SEXO	SITUACIÓN CONYUGAL	RELIGIÓN	PARENTESCO	GRADO DE INSTRUCCIÓN	CONDICIÓN LABORAL	PERCEPCIÓN DEL CUIDADO ESPIRITUAL	ANSIEDAD
1	29	Masculino	Conviviente	Católico	Espos(a)	Superior técnico	Independiente	Deficiente	Moderada
2	18	Masculino	Soltero	Católico	Hijo(a)	Secundaria	No trabaja	Regular	Severa
3	55	Femenino	Casado	Católico	Espos(a)	Primaria	Independiente	Regular	Moderada
4	20	Femenino	Soltero	Católico	Hermano (a)	Superior técnico	Dependiente	Regular	Moderada
5	58	Femenino	Viudo	Cristiano	Madre/"Padre	Primaria	Independiente	Regular	Moderada
6	60	Masculino	Viudo	Cristiano	Madre/"Padre	Primaria	Independiente	Deficiente	Severa
7	34	Femenino	Casado	Cristiano	Hijo(a)	Superior técnico	Independiente	Deficiente	Moderada
8	25	Masculino	Soltero	Cristiano	Hijo(a)	Secundaria	No trabaja	Deficiente	Leve
9	65	Masculino	Viudo	Cristiano	Madre/"Padre	Secundaria	No trabaja	Deficiente	Severa
10	28	Femenino	Conviviente	Católico	Espos(a)	Superior técnico	Dependiente	Deficiente	Moderada
11	55	Masculino	Casado	Católico	Hijo(a)	Superior universitario	Dependiente	Regular	Moderada
12	35	Femenino	Conviviente	Católico	Hijo(a)	Secundaria	No trabaja	Deficiente	Severa
13	55	Masculino	Casado	Cristiano	Hijo(a)	Secundaria	No trabaja	Deficiente	Moderada
14	39	Femenino	Casado	Católico	Espos(a)	Superior técnico	Dependiente	Deficiente	Moderada
15	28	Femenino	Soltero	Cristiano	Hijo(a)	Secundaria	No trabaja	Deficiente	Severa
16	19	Femenino	Conviviente	Evangélico	Hijo(a)	Secundaria	Independiente	Regular	Leve
17	25	Femenino	Casado	Católico	Espos(a)	Secundaria	No trabaja	Deficiente	Moderada
18	33	Masculino	Casado	Católico	Espos(a)	Superior universitario	No trabaja	Deficiente	Severa
19	38	Femenino	Casado	Católico	Espos(a)	Superior técnico	Independiente	Deficiente	Severa
20	27	Masculino	Soltero	Católico	Hermano (a)	Superior técnico	Independiente	Deficiente	Leve

21	18	Masculino	Soltero	Católico	Hijo(a)	Secundaria	No trabaja	Deficiente	Leve
22	24	Femenino	Soltero	Católico	Hijo(a)	Superior universitario	No trabaja	Deficiente	Moderada
23	57	Femenino	Casado	Católico	Hijo(a)	Secundaria	Independiente	Deficiente	Moderada
24	35	Masculino	Casado	Evangélico	Madre/"Padre	Secundaria	Independiente	Deficiente	Moderada
25	35	Masculino	Casado	Evangélico	Madre/"Padre	Secundaria	Independiente	Deficiente	Moderada
26	53	Masculino	Casado	Católico	Madre/"Padre	Superior técnico	Dependiente	Deficiente	Severa
27	60	Masculino	Casado	Católico	Madre/"Padre	Secundaria	Independiente	Deficiente	Moderada
28	65	Masculino	Viudo	Católico	Madre/"Padre	Secundaria	Independiente	Deficiente	Moderada
29	29	Masculino	Conviviente	Católico	Hijo(a)	Superior técnico	No trabaja	Regular	Moderada
30	38	Femenino	Casado	Católico	Espos(a)	Superior técnico	Dependiente	Deficiente	Moderada
31	55	Masculino	Casado	Cristiano	Hijo(a)	Secundaria	Independiente	Deficiente	Moderada
32	29	Masculino	Conviviente	Católico	Espos(a)	Superior técnico	Independiente	Regular	Moderada
33	45	Masculino	Casado	Evangélico	Madre/"Padre	Secundaria	Independiente	Deficiente	Severa
34	18	Masculino	Soltero	Católico	Hijo(a)	Secundaria	No trabaja	Deficiente	Moderada
35	45	Masculino	Casado	Evangélico	Madre/"Padre	Secundaria	Independiente	Deficiente	Severa
36	45	Masculino	Casado	Evangélico	Madre/"Padre	Secundaria	Independiente	Deficiente	Moderada
37	45	Masculino	Casado	Evangélico	Madre/"Padre	Secundaria	Independiente	Deficiente	Leve
38	28	Femenino	Soltero	Cristiano	Hijo(a)	Secundaria	No trabaja	Deficiente	Severa
39	19	Femenino	Conviviente	Evangélico	Hijo(a)	Secundaria	Independiente	Regular	Leve
40	25	Femenino	Casado	Católico	Espos(a)	Secundaria	No trabaja	Deficiente	Moderada

