

**Connie Neil Cope.**

*Lic. en enfermería. Hospital Clínica Bíblica.*

**Esmeralda Azofeifa Ugalde.**

*Lic. en enfermería. Hospital Clínica Bíblica.*

**Lucitania Calderón Montero.**

*Lic. en enfermería. Investigadora independiente.*

✉ [connie.neilc@yahoo.com](mailto:connie.neilc@yahoo.com)

**Recibido** el 23 de enero del 2013

**Aceptado** el 11 de abril del 2013.

# Intervención del y la profesional de enfermería ante las necesidades religiosas de la persona hospitalizada.

*The nursing professional's intervention with the religious needs of the hospitalized person.*

## RESUMEN:

Este artículo estudia cómo se desarrolla la intervención del y la profesional de enfermería ante las necesidades religiosas de las personas hospitalizadas en un hospital público clase A. La metodología empleada es la cualitativa de tipo fenomenológico-hermenéutico. Los datos se obtuvieron por medio de entrevistas en profundidad y grupos focales con los y las profesionales de enfermería que laboran en el hospital. Los resultados ponen de manifiesto que la religiosidad debería integrarse más estrechamente con la intervención de enfermería; no obstante, esta visión no se lleva a la práctica. Se determinó que, en el y la paciente, el concepto de salud incluye la religiosidad y se reconoció la importancia de tomar en cuenta las necesidades religiosas de las personas. Se concluyó que la religiosidad es parte del concepto de salud y por ende el o la profesional de enfermería debería de considerar esas necesidades religiosas aunque existan factores limitantes para incorporarlas a las prácticas de salud.

## ABSTRACT:

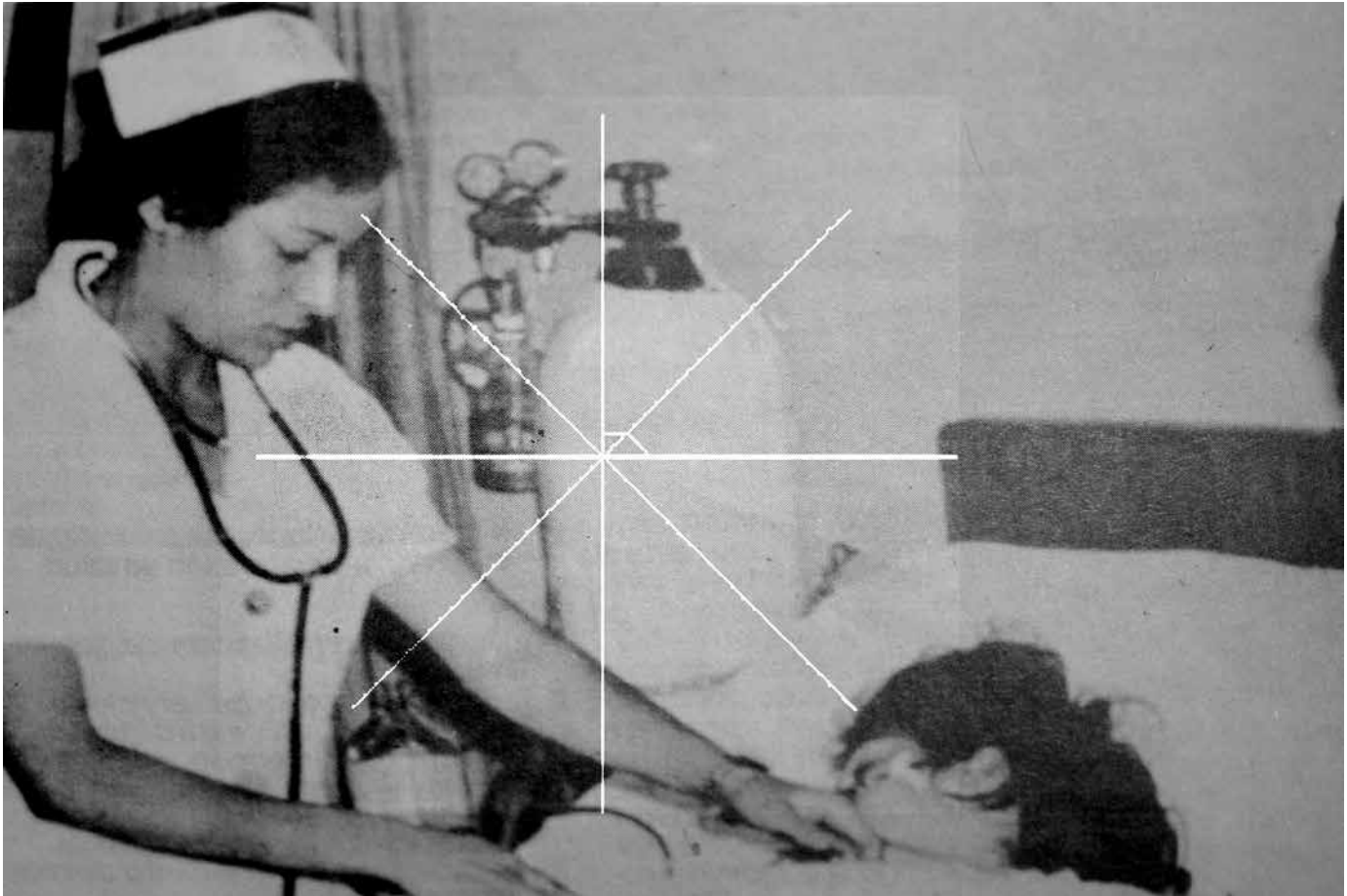
The objective of this research was to determine the nursing professional's intervention with the religious needs of the hospitalized person. It was analyzed from the health concept, knowledge and its implementation in a class "A" public hospital. This was a qualitative research of phenomenological-hermeneutic methodology. The data was obtained through focus groups with nursing professionals of the previously mentioned hospital; also, in-depth interviews conducted with experts were important to gather information. The results showed that religiosity should be more relevant in the nursing intervention but it's not included in their actual practice. The health concept includes religiosity, so the importance of the people's religious needs was highlighted, although they were not taken in mind for different reasons. The hospitalized person's religious needs can be influential to their health, as holistic human beings are these needs have to be addressed. The need to promote education and training in this topic is highlighted. In conclusion, religion is part of the health concept and nurses should intervene with the religious needs, although different factors limit their intervention.

## PALABRAS CLAVE:

Religiosidad. Religiosidad en enfermería. Concepto de salud. Intervención integral.

## KEY WORDS:

Religiousness. Nursing. Health Concept. Integrality.



## INTRODUCCIÓN

La religiosidad se entiende como una de las formas en que las personas manifiestan su espiritualidad. Es una parte sustancial del individuo, que emerge con fuerza en todas las áreas que lo constituyen como persona; por ello es necesario que enfermería tome en cuenta si se pretende una intervención integral. (Sánchez, 2004) El grado en que la religiosidad afecta la salud de las personas depende de la influencia que éstas le atribuyen en su existencia, al significativo poder que le dan en el desarrollo de sus vidas. (Vizúete, Martínez y García, 2000) De ahí que surge la necesidad de investigar con mayor precisión cuál es la integración de la religiosidad de la persona hospitalizada en la intervención que realiza el y la profesional de enfermería.

Los tratados sobre derechos humanos establecen que la manifestación de la religiosidad es uno de ellos y debe ser respetado como tal. No obstante, está probado que los y las profesio-

nales de enfermería no la consideran como prioritaria o relevante dentro de la atención hospitalaria. La importancia de estudiar esta temática desde enfermería surge al considerar la religiosidad como un aspecto inherente a la esencia del ser humano directamente relacionada con el concepto de salud y la cual a su vez puede generar consecuencias negativas o positivas en la persona hospitalizada.

Es gracias a las inquietudes y necesidades que se detectaron durante esta investigación, que surge el objetivo de determinar la percepción de los y las profesionales de enfermería en un centro de salud sobre su papel frente a la religiosidad de la persona hospitalizada; siempre desde la perspectiva de la salud, el conocimiento y la implementación.

## METODOLOGÍA

Este estudio se desarrolló desde un enfoque cualitativo, utilizando el método estructural fenomenológico-hermenéutico. La pobla-

ción estuvo compuesta por ochenta y ocho profesionales de enfermería, incluyendo profesionales generales y especialistas, que laboran en un centro hospitalario público de salud clase A, ubicado en el área metropolitana. Se omitió el nombre de la institución, para mantener la confidencialidad de la misma y de las personas que participaron en el estudio. En total, se llevaron a cabo cuatro sesiones de grupo focal, cada una con un promedio de siete profesionales de enfermería. La selección de la muestra se realizó solicitando participantes voluntarios. Además, se aplicaron cuatro entrevistas a profundidad a profesionales especialistas en el área de la religiosidad. El análisis de los resultados obtenidos se efectuó a través de la triangulación de los datos, posterior a la definición de las categorías de análisis.

Toda la recolección de datos se llevó a cabo en el periodo de agosto a noviembre del año 2011, en diferentes lugares a conveniencia; en caso del grupo focal, en la institución donde

**“el concepto de salud incluye la religiosidad y se reconoció la importancia de tomar en cuenta las necesidades religiosas de las personas.”**

se llevó a cabo, y en el caso de los especialistas, en su lugar de trabajo.

En total, en cada grupo focal se contó con la participación de un promedio de siete profesionales de enfermería. Se desarrolló en cuatro sesiones de aproximadamente una hora de duración cada una, los días 4, 10, 17 y 23 de agosto del año 2011. En cuanto a las preguntas generadoras del grupo focal se destacan: ¿Cómo define usted el concepto de salud?, ¿Cuál es su concepto de la palabra religiosidad?, ¿Considera usted que existe alguna relación entre la religiosidad y el concepto de salud para la intervención de enfermería?, ¿Cree usted que la religiosidad es influyente en el concepto de salud?, Cuando la persona hospitalizada ejerce su autonomía, ¿también esto involucra la manifestación de su religiosidad?, ¿Considera usted que debe ser tomada en cuenta la religiosidad de la persona usuaria en la intervención del profesional de enfermería?, ¿Cómo esto se reflejará en las acciones de enfermería?, ¿Cree usted que debería respetarse la religiosidad de las personas hospitalizadas? ¿Considera que los y las profesionales de enfermería respetan la religiosidad de las personas hospitalizadas? ¿De qué manera considera que esto se puede hacer?

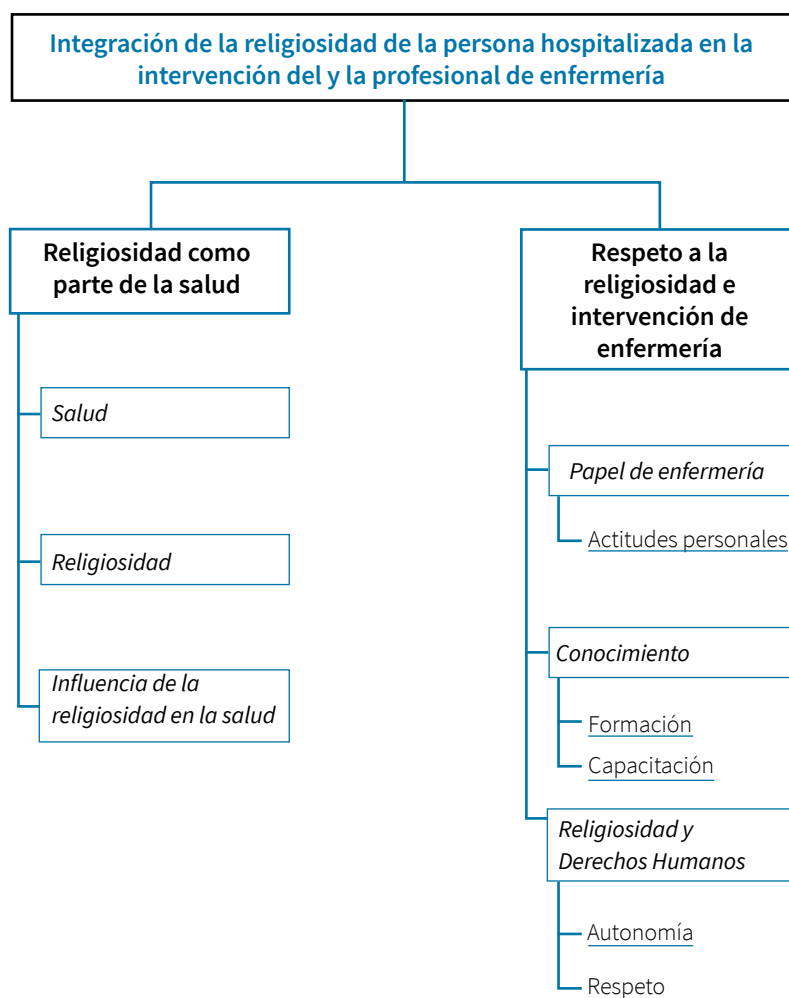
En lo que respecta a las entrevistas a profundidad, se entrevistaron tres especialistas en el tema de la bioética, religiosidad y enfermería, durante el periodo de agosto a noviembre del 2011. Cada entrevista constó de dos a tres sesiones de aproximadamente cuarenta y cinco minutos a una hora y treinta minutos. Sobresalen como preguntas generadoras: ¿Cómo define usted el concepto de salud?, ¿Cuál es su concepto de la palabra religiosidad? ¿Considera usted que existe alguna relación entre la religiosidad y el concepto de salud para la intervención de enfermería?, ¿Cree usted que la religiosidad es influyente en el concepto de

salud?, Dentro de la realidad costarricense, ¿cree usted que existe, por parte del profesional de enfermería, algún trato diferencial con la persona hospitalizada, asociado a su religiosidad?, Cuando la persona hospitalizada ejerce su autonomía, ¿también esto involucra la manifestación de su religiosidad?, ¿Considera usted que debe ser tomada en cuenta la religiosidad de la persona usuaria en la intervención del profesional de enfermería?, ¿Cómo esto se reflejará en las acciones de en-

fermería?, ¿Cree usted que debería respetarse la religiosidad de las personas hospitalizadas? ¿Considera que los y las profesionales de enfermería respetan la religiosidad de las personas hospitalizadas? ¿De qué manera considera que esto se puede hacer?

Los resultados permitieron determinar las siguientes categorías, unidades y subunidades de análisis (ver figura 1):

**Figura 1. Categorías, unidades y subunidades de análisis desarrolladas a partir del tema de la integración de la religiosidad de la persona hospitalizada en la intervención del y la profesional de enfermería.**



**Categorías**  
 **Unidades de análisis**  
 **Subunidades de análisis**

Fuente: Elaboración propia

Este estudio se desarrolló cumpliendo con todas las consideraciones éticas respectivas y se llevó a cabo con el fin de desarrollar conocimiento para mejorar la calidad de vida de los seres humanos. Se entregó a cada participante un consentimiento informado que involucró los detalles del proceso investigativo y la opción de retirarse si ellos lo consideraban necesario. Además se contó con los permisos necesarios por parte de la Dirección de Enfermería de la institución.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El principal propósito del presente estudio fue determinar la percepción de los y las profesionales de enfermería en un centro de salud acerca de su papel frente a la religiosidad de la persona hospitalizada. Se destaca en la revisión bibliográfica que:

*“Según la enfermería basada en la evidencia, en un estudio de centros de asistencia primaria, relacionados con seis centros universitarios, un tercio de los pacientes deseaban ser preguntados sobre sus creencias religiosas durante una visita ambulatoria, y dos tercios sentían que su médico debería estar enterado de sus creencias religiosas”.* (Ackley y Ladwig, 2007. p. 1090)

Las personas usuarias ya esperan ese trato. Tras una primera fase de análisis de los resultados obtenidos de los y las profesionales participantes en esta investigación, se desprende que ellos consideran que la religiosidad debería integrarse más estrechamente con la intervención de enfermería. No obstante, esto no se aplica en la práctica; principalmente debido a factores como el tiempo y la cantidad de funciones asignada al personal de este hospital público clase A, tal y como menciona una participante del grupo focal *“A mí no me pagan para eso, a mí me pagan para dar otro tipo de atención”.* (Grupo focal, 4 de agosto, 2011) Esto no coincide con lo planteado por Virginia Henderson (citada por Luis, Fernández y Navarro, 2005) quien plantea que:

*“La función básica de la enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de aquellas actividades que él realizaría si tuviera la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario*

*para hacerlo, y lo hace facilitando la independencia del individuo”.* (p.49)

Lo anterior implicaría incluso, asistirle en sus rituales religiosos, situación que no siempre se da. Muchas veces este tipo de acompañamiento depende del o la profesional, como bien explicó una participante en la primera sesión del grupo focal. (4 de agosto, 2011) *“no es todo el personal de enfermería que tiene esa sensibilidad para preguntar o para abordar a las personas”;* otra participante, refiriéndose a la forma en que se interviene en los aspectos de religiosidad afirmó: *“ya es como parte de nosotros, no hay un lineamiento”.* En relación con esto, Mora Guevara afirma que:

*“no es una actividad propia de la enfermería como tal, no está dentro del perfil dar ese acompañamiento, pero es una actividad humana, en el sentido de que la persona está ahí y te hace una consulta”.* (Entrevista a profundidad, 4 de octubre, 2011)

Además del elemento actitudinal, el factor tiempo se constituye como una de las principales limitantes para intervenir en las necesidades religiosas. Las múltiples labores y la cantidad de personas que cada profesional debe atender dificultan una verdadera intervención integral de enfermería. Esto lo confirman tanto los expertos entrevistados, como los profesionales de enfermería participantes del grupo focal. Como lo menciona Fallas López:

*“a ustedes como profesionales en ese campo no les toca. Eso es trabajo; trabajo es trabajo, y un profesional, esto lo ve, lo mira con respeto, lo propicia en la medida de lo posible, y se acabó”.* (Entrevista a profundidad, 5 de agosto, 2011)

Por más que se pretenda abarcar más funciones de las que se atienden actualmente, siempre se deben establecer prioridades. La atención actual en los hospitales públicos costarricenses se centra en un modelo biomédico, donde lo principal es “curar el cuerpo”. Ir más allá de este modelo puede volverse una aspiración casi imposible.

A pesar de las dificultades identificadas para propiciar las manifestaciones religiosas y una atención aún más integral, tampoco se encon-

traron indicios de que exista un irrespeto manifiesto a la religión de las personas; por lo menos en la gran mayoría de los casos. Como evidencia en el grupo focal una participante acota:

*“... uno va detectando, incluso a veces la paciente no dice nada y uno ve en el expediente algunas cosas, lo bueno de ahora -porque antes el asunto era como más frío- es que tenemos mucho apoyo de psicología, tenemos una enfermera de psiquiatría, incluso hay un psiquiatra, o sea, en varias formas se apoya”* (4 de agosto, 2011)

Los y las profesionales de enfermería entienden claramente que el concepto de salud es un término complejo, con una gran amplitud de perspectivas y que conlleva en sí mismo el contemplar la integridad de las distintas dimensiones constitutivas del ser humano. No basta atender solamente el aspecto físico, esto expresado por los participantes de la pri-

*“el conocer la cultura religiosa de las personas que se atienden puede ser extremadamente importante para lograr una atención integral.”*

*“él y la profesional de enfermería deberían considerar la religiosidad como una herramienta beneficiosa, muy importante para coadyuvar a potenciar el proceso de salud-enfermedad y recuperación.”*

mera sesión del grupo focal en esta investigación, quienes definieron la salud como:

*“el proceso en el que no se está ni saludable ni enfermo, sino que es un intermedio” o como “un estado parte del individuo de donde vienen diferentes elementos como el físico, emocional, social, espiritual”.* (Grupo focal, sesión 1, 4 de agosto, 2011)

Por ende, la religiosidad se percibe como uno de los factores que se enmarcan dentro del concepto de salud. Dado que para las personas creyentes, la fe forma parte ineludible y palpable de su diario vivir, la OMS (2003) concluyó que este componente influye de forma determinante en la salud. Esto quiere decir que el concepto de salud ya no se reduce a un aspecto meramente biológico, sino que debe trascender a áreas psicológicas y espirituales del ser humano, donde, claro está, se encuentran las raíces mismas de la religiosidad.

Sin lugar a dudas el término salud es un eje medular de la ciencia enfermera, pues es parte fundamental de toda la labor que despliegan sus profesionales. La teorizante de enfermería Imogene King (1981) la define como:

*“las experiencias dinámicas en la vida de un ser humano que implican continuos ajustes a agentes del medio interno como externo a través del uso óptimo de los recursos propios para lograr un potencial máximo en el diario vivir”.* (Leibold y Frey, 2007, p.7)

Por otra parte, King (1981), citada por Leibold y Frey (2007), propone el supuesto de que el centro de la enfermería es la interacción de

***“Dada la interrelación que existe entre los diferentes planos del ser, ignorar uno de los aspectos que más pesa en la vida de las personas, implica una intervención de enfermería deficiente.”***

los seres humanos con su entorno, lo que va a conducir a los individuos a un estado de salud que los capacita para funcionar dentro de su rol social. Este concepto de la teoría enfermera coincide con la definición de salud actual de la OMS (2008), ya que ésta se considera como un proceso dinámico que contempla aspectos tanto del individuo como del medio en el que éste se desenvuelve; y trae al centro de la discusión, de forma contundente, el tema de la religiosidad en tanto determinante social.

La necesidad de visualizar la salud como un común denominador de múltiples factores que la influyen es determinante para la atención y las acciones de enfermería (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette y Major, 1996); por esto no se pueden dejar de lado las necesidades religiosas de las personas. Sería tanto como mutilar sus derechos y limitar una de las expresiones más íntimas de su ser.

Las necesidades espirituales de las personas hospitalizadas, o en otros niveles de atención, deberían abordarse con el cuidado y la importancia que merecen; en especial si existen procesos de enfermedad. De lo contrario, se estaría ignorando el carácter integral del ser humano y la complejidad de sus diferentes dimensiones. Dada la interrelación que existe entre los diferentes planos del ser, ignorar uno de los aspectos que más pesa en la vida de las personas, implica una intervención de enfermería deficiente.

La religiosidad influye en la salud cuando se transita cerca de los límites del saber positivista. Cuando la racionalidad y la ciencia no tienen más respuestas, la religiosidad le da a la persona una explicación y un motivo de esperanza, justo cuando es más necesaria: cuando se piensa que ya no hay nada más que hacer. En estas situaciones, las personas le dan más relevancia a su religiosidad, y la integran con fuerza en su proceso de salud. Por esto, él y la profesional de enfermería deberían considerar la religiosidad como una herramienta beneficiosa, muy importante para coadyuvar a potenciar el proceso de salud-enfermedad y recuperación. Muchos de quienes atraviesan por alguna situación especial de salud expresan su religiosidad en este proceso, al referirse a la importancia de mostrarla en situaciones de estrés, como un proceso de hospitalización

(Prada. 2004). Esto coincide con lo planteado en el grupo focal (Sesión 1, cuatro de agosto, 2011), *“un paciente que esté bien espiritualmente se recupera más rápido, así como la oración tiene mucho poder de sanación”.* Otro comentario citado por un participante del grupo focal señala:

*“las personas que tienen una fe, una creencia o una práctica religiosa son las personas que al final cuando van a fallecer, fallecen más rápido y más tranquilas que las personas que no, tienen agonías más largas y dolorosas que las personas que tienen una creencia religiosa”.* (Sesión 1, 4 de agosto, 2011)

Aunque los y las profesionales de enfermería participantes del grupo focal consideran importante facilitar que la persona satisfaga sus necesidades religiosas, por ejemplo brindándoles privacidad para rezar o realizar algún otro rito, admitieron que muy pocas veces toman en cuenta las necesidades religiosas de las personas que atienden. Una manera en la que tratan de satisfacer dichas necesidades lo constituye la atención interdisciplinaria, por medio del área de salud mental; también al facilitar el acceso de la persona usuaria a los servicios o consejos de algún líder religioso.

En todo caso, la religiosidad de las personas hospitalizadas no debe dejarse de lado como algo accesorio o, peor aún, como si fuera un estorbo en el proceso de atención. Como refieren los y las participantes de la investigación, muchas veces las personas usuarias aplacan su sufrimiento con algún símbolo o ceremonia religiosa. Si no se le diera espacio a estas expresiones, podría traer más perjuicios que beneficios, ya que:

*“los pacientes que experimentan la carencia de cuidados enfermeros culturalmente coherentes, responsables, seguros y sensibles, mostrarán signos de estrés, dolor sensible y conflictos culturales (tomando en cuenta: lengua, filosofía, religión o espiritualidad, política...)”.* (Marriner y Raile, 2008. p. 482)

Dicho de otra forma: el proceso de recuperación se puede ver severamente perjudicado e, incluso, podría interrumpirse, si se insiste en dejar la religiosidad fuera de la atención hospitalaria.

Con base en los argumentos anteriores es posible afirmar que la enfermería está en la capacidad de detectar las necesidades relacionadas con la religiosidad o bien, en caso de ser necesario, referirlas a otras áreas. Esta posición concuerda con la teoría expuesta por Parra, Arias y de la Torre, (2003) quienes explican que es deber de estos y estas profesionales facilitar el acceso a los servicios religiosos o de otro tipo que precise la persona afectada. Por tanto, se puede aseverar que el facilitar las prácticas religiosas de las personas atendidas debe formar parte de las acciones propias de enfermería. No obstante, en las entrevistas se pone de manifiesto que enfermería muchas veces ni siquiera toma en cuenta este aspecto.

*“Eso que es muy importante, tal vez a muchos de nosotros ‘se nos va’, o no queremos tocar el tema de la religión, cuando uno entrevista a la paciente, al momento que ingresa, porque uno de entrada no le pregunta ‘¿usted de qué religión es?’; uno le pregunta ‘¿qué enfermedades, qué cirugías, qué alergias tiene?’; pero no le pregunta la religión (...). Inclusive en los Kárdex está establecido, pero siempre está en blanco”.* (Grupo focal, sesión 4, 23 de agosto, 2011)

Ahora bien, cómo ya se señaló, una parte importante de la intervención está relacionada con la actitud que asuma el personal de enfermería ante las necesidades que manifieste la persona o ante las diversas situaciones que se presenten. Esto significa que existe un componente enteramente personal y subjetivo en la atención de las necesidades religiosas. Dicho de otra manera, depende de la o el profesional que esté a cargo del cuidado de la persona la satisfacción o no sus necesidades nacidas de religiosidad. Con ello no se quiere señalar que exista dolo o mala atención. En muchas ocasiones se trata del desconocimiento acerca de los diferentes rituales religiosos y su importancia. En este sentido, el conocer la cultura religiosa de las personas que se atienden puede ser extremadamente importante para lograr una atención integral. La enfermera y el enfermero deben considerar que una coherente ética profesional guía naturalmente al ejercicio de la labor enfermera hacia el respeto de las diversas manifestaciones de la religión de cada individuo.

De esta forma, la actitud de los y las profesionales de enfermería y su nivel de conocimiento sobre la religiosidad de las personas, pueden marcar una diferencia significativa en la calidad de su intervención ante las necesidades religiosas. Por eso se consideró importante determinar si ellos y ellas recibieron algún tipo de formación o capacitación que les brindara las herramientas para intervenir las necesidades asociadas a la religiosidad, entendiendo formación como: “programas que tienen como objetivo adquirir los conocimientos necesarios para el desarrollo de una actividad” (Ayuso, 2006, p. 317), en este caso, profesional. Siguiendo a Siliceo, (2006) capacitación hace referencia a proporcionar los conocimientos que permitan al trabajador desarrollar su labor de manera que le sea posible conocer a fondo lo que se hace e interrelacionarlo con otras actividades. A este respecto, en el grupo focal surge el siguiente cuestionamiento:

*“¿Qué se debe conocer sobre la religión?, porque eso no lo dan en la universidad. Entonces, ¿cuáles son las doctrinas?, ¿cuáles son las creencias de ese usuario? y que uno conozca un poquito de todas las religiones”.* (17 de agosto, 2011)

El experto Rojas Elizondo destaca la necesidad de trabajar esta temática desde la formación del y la profesional:

*“Las enfermeras, desde su formación no les interesa esta área, las profesoras no saben nada, para ponerlo muy claro, sí, soporte psicológico, soporte espiritual, pero ¿qué quiere decir soporte espiritual?, no lo sabemos, y como no lo sabemos no lo vamos a profundizar”.* (Entrevista a profundidad, 30 de agosto, 2011)

Después de todo, ¿qué se puede hacer con buenas intenciones –si las hubiera– si no se tienen los insumos de conocimiento y de recursos necesarios para cristalizar la teoría en una práctica activa?

Tras analizar las entrevistas a profundidad y las sesiones de grupo focal, se pone en evidencia cómo la formación de enfermería tiene un enfoque que va más allá de lo biológico o físico a pesar de que la religiosidad y temas similares no son contemplados en el queha-

cer específico de la disciplina y la capacitación de enfermería sobre el tema es nula. Partiendo de los resultados de esta investigación, la importancia de incluir la religiosidad en la capacitación de los y las profesionales de enfermería se muestra como un imperativo. La necesidad de formación es una realidad fácilmente identificable.

El tener conocimiento sobre las necesidades religiosas de las personas, propicia que los y las profesionales de enfermería brinden una intervención pertinente y de calidad y participen en el proceso de salud de la persona mostrando un interés profesional consecuente con la ética enfermera, ante las diversas necesidades que presenta la expresión de la religiosidad. Un participante del grupo focal

*“el concepto de salud ya no se reduce a un aspecto meramente biológico, sino que debe trascender a áreas psicológicas y espirituales del ser humano, donde, claro está, se encuentran las raíces mismas de la religiosidad.”*

*“Cuando la racionalidad y la ciencia no tienen más respuestas, la religiosidad le da a la persona una explicación y un motivo de esperanza, justo cuando es más necesaria: cuando se piensa que ya no hay nada más que hacer.”*

compartió en la cuarta sesión una experiencia acerca de propiciar las manifestaciones religiosas de cada persona: *“yo soy católico, y yo le he dicho a una señora Testigo de Jehová que iba para cirugía: ‘mamá, encomiéndese a Jehová’, y a mí eso no me quita nada”*. (23 de agosto, 2011) Asimismo, Fallas López explica que se puede realizar una oración con la persona usuaria y solicitarle que le enseñe un poco de sus rituales, ya que eso va a ayudarla. (Entrevista a profundidad, 5 de agosto, 2011)

Existen muchos factores para lograr una intervención oportuna de enfermería, pero el tener un conocimiento basto y suficiente sobre la persona y la situación sobre la cual se actúa es indispensable. El conocimiento genera más respeto y un acercamiento más profundo a la persona que se atiende, pues:

*“Aunque el personal de enfermería debería de tener un respeto básico por el paciente simplemente por ser persona, ese respeto aumenta si se comprende la condición única del paciente”*. (Stuart y Laraia, 2006, p.36)

Para conocer con más detalle cómo se manifiesta este saber, se buscó identificar la forma en que las y los profesionales de enfermería implementan en su intervención el respeto a la religiosidad de la persona hospitalizada. Al hablar de este concepto, se deben tomar en cuenta los derechos humanos de las personas como una coordenada para guiar la acción. En Costa Rica, se garantiza el derecho a la libre elección y la manifestación religiosa, ya sea de manera colectiva, individual, privada o pública. (Larena, 2002) Esto, ya de por sí, es un elemento que encausa la práctica de la ciencia enfermera.

En este marco, se debe respetar no solo la libre elección de la religión, sino también sus manifestaciones públicas particulares, lo que lleva a la comprensión de que cualquier usuaria o usuario de los servicios de salud tiene derecho a realizar rituales religiosos en el ámbito hospitalario.

Cabe destacar que Costa Rica es un país plurirreligioso. (Holland, 2010) A pesar de que la religión oficial del país es católica, existen muchas personas con necesidades religiosas distintas a ésta; esto implica que los profesiona-

les de enfermería deben respetar el derecho de cada persona a la libertad de culto. Para ello es importante que existan posibilidades equitativas para satisfacer las necesidades religiosas de las distintas personas hospitalizadas. No sólo es un tema de ética profesional, sino de acceso e igualdad de derechos. Los y las profesionales de enfermería participantes del grupo focal comentan las facilidades que tienen las personas católicas en comparación con las personas con otras religiones, así como situaciones donde se irrespetan distintos rituales y objetos en los que las personas usuarias depositan su fe. Es deseable, pues, que la enfermera y el enfermero se empoderen de su servicio y propicien un ambiente más equitativo y respetuoso.

### CONSIDERACIONES FINALES

La religiosidad es una práctica de influencia significativa en la salud de las personas, ya que estas la utilizan como un factor protector en momentos de morbilidad y puede generar beneficios en términos de la recuperación.

Esto se evidencia en lo comentado por las enfermeras y los enfermeros entrevistados quienes destacan la importancia de tomar en cuenta la religiosidad en su intervención. Sin embargo, al actuar, no todos ni todas la incluyen; la falta de tiempo es una de las razones principales por las que no se toman en cuenta las necesidades religiosas en intervención de enfermería.

Al ser las necesidades espirituales de las personas hospitalizadas —o beneficiarias de otros niveles de atención— parte integrante del concepto de salud, tales necesidades deberían ser abordadas por parte del y la profesional de enfermería. Cuando estas necesidades no se contemplan, se está ignorando la interrelación que existe entre todas las dimensiones que conforman al ser humano; desatender cualquiera de estos aspectos implica una intervención deficiente de enfermería. Brindar la mejor atención posible a las personas que se atienden es un deber ético de los y las profesionales en enfermería.

La actitud y personalidad del y la profesional de enfermería están íntimamente relacionadas con si se toman en cuenta y se incorporan o no las necesidades religiosas de las

personas usuarias de los servicios de salud. Si el profesional es de otra religión diferente a la del usuario o si no posee la actitud para intervenir pertinentemente, es más difícil que se dé atención a las necesidades religiosas. A esto se une el conocimiento que tenga el o la profesional acerca de las diferentes religiones y sus prácticas. Una forma de mejorar esta parte del quehacer de enfermería es promover la formación universitaria y las capacitaciones en el área de trabajo.

Como lo establecen los tratados sobre derechos humanos y la Constitución Política de Costa Rica, la afiliación religiosa de los individuos debe ser respetada. Sin embargo, el respeto va más allá del ‘dejar ser’; comprende también abrir espacios para su manifestación; implica, por parte de los y las profesionales en enfermería, facilitar dicho proceso durante la hospitalización y la atención de la salud.

En síntesis, la consideración de las necesidades religiosas de las personas usuarias hospitalizadas es de gran importancia en procesos de morbilidad; conocerlas y respetarlas es una obligación del personal involucrado con los y las pacientes. Enfermería no queda excluida de este compromiso; su papel se debe enfocar en la coordinación de esfuerzos para una atención multidisciplinaria con el fin de propiciar la satisfacción de las necesidades religiosas de las personas y favorecer así su proceso de recuperación. ■

***"La religiosidad es una práctica de influencia significativa en la salud de las personas, ya que estas la utilizan como un factor protector en momentos de morbilidad..."***

## Bibliografía.

- Ackley, B., y Ladwig, G. (2007). *Manual de diagnósticos de enfermería: guía para planificar los cuidados*. Madrid: Elsevier.
- Ayuso, D. (2006). *La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias*. Barcelona: Díaz de Santos.
- Fallas López, L.A. (29 de junio 2011). *Entrevista a profundidad*. Instituto de Investigaciones Filosóficas. San José.
- Holland, C. (2010). *Directorio de grupos religiosos en Costa Rica, 2010*. San José: Programa Latinoamericano de Estudios Sociorreligiosos (PROLADES).
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., y Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Madrid: Elsevier.
- Larena, J. (2002). *Libertad religiosa y su protección en el derecho español*. Madrid: Dyckinson.
- Leibold, C., y Frey, M. (2007). *Middle range theory development using King's conceptual system*. Washington D.C.: Springer Publishing Company.
- Luis, M., Fernández, C., y Navarro, M. (2005). *De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. Barcelona: ElsevierMasson.
- Marriner, A., y Raile, M. (2008). *Modelos y teorías en enfermería*. Madrid: Elsevier.
- Mora Guevara, E.J. (4 de octubre 2011). *Entrevista a profundidad*. Universidad Bíblica Latinoamericana. San José.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2003). *Determinantes sociales de la salud: los hechos irrefutables*. Medellín: OPS/OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). *Determinantes sociales de la salud, programas y proyectos*. Recuperado el 29 de noviembre de 2011. Accesible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/index.html](http://www.who.int/social_determinants/es/index.html)
- Prada, J. (2004). *Madurez afectiva, concepto de sí y la adhesión en el ministerio sacerdotal*. Bogotá: Editorial San Pablo.
- Parra, M., Arias, S., y De la Torre, A. (2003). *Procedimientos y técnicas en el paciente crítico*. Barcelona: Masson.
- Rojas Elizondo, J.A. (18 de agosto, 2011). *Entrevista a profundidad*. Departamento de Psicología del Centro Nacional del Dolor y Cuidados Paliativos. San José.
- Sánchez, B. (2004). *Dimensión espiritual del cuidado de enfermería en situaciones de cronicidad y muerte*. Recuperado el 29 de noviembre de 2011. Accesible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/2050/2/beatrizsacheherrera.2004.pdf>.
- Siliceo, A. (2006). *Capacitación y desarrollo de personal*. México D.F.: Editorial Limusa.
- Stuart, G., y Laraia, M. (2006). *Enfermería psiquiátrica: principios y práctica*. Madrid: Elsevier.
- Vizúete, C., Martínez, P., y García, B. (2000). *Religiosidad popular y modelos de identidad en España y América*. Castilla-La Mancha: Ediciones de la Universidad de Castilla.

# Enfermería en Costa Rica

Desde 1978, Decana en Centro América

Se complace en anunciar que durante el 2014,  
estaremos celebrando nuestro

35 ANIVERSARIO

con diferentes eventos e iniciativas.

