



Tesis doctoral

CUIDANDO CON SENTIDO:

**LA ATENCIÓN DE LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL
DE LA PERSONA EN EL ENTORNO CLÍNICO**

Tesis presentada para la obtención del grado de Doctor en Ciencias de la Salud por
la Doctoranda

Ángeles del Carmen López-Tarrida

Supervisada por

Dra. Rocío de Diego Cordero

(Directora/Tutora)

Dr. José María Galán González-Serna

(Co-director)

Tesis Doctoral con opción a Mención Internacional

Programa de Doctorado Interuniversitario en Ciencias de la Salud Escuela
Internacional de Doctorado de la Universidad de Sevilla

Sevilla 2023

DEDICATORIA

*A mis padres, Antonio y Filli,
por ellos yo soy y estarán donde yo esté...*

ABSTRACT

Introducción

Ante los desafíos vitales como son los momentos de enfermedad o la finitud de la vida, emerge la dimensión más profunda del ser humano, la que se cuestiona los por qué y los para qué. La literatura científica creciente demuestra que los valores y las convicciones de la persona se trastocan en estos instantes de sufrimiento e incertidumbre, por lo que la atención y cuidado de la dimensión espiritual fortalece el vínculo humano que se produce en el encuentro clínico y lo más relevante, que tiene un impacto positivo en el restablecimiento de su salud y en la mejora de su calidad de vida.

A pesar de estas evidencias, en el entorno clínico existen condicionantes para una oportuna atención espiritual derivadas tanto de la estructura asistencial como de la actitud de los profesionales al respecto que son precisas analizar con el propósito de promover una renovación y adecuado enfoque.

Es por ello que, para garantizar una formación idónea y una apropiada intervención sobre las necesidades espirituales en la asistencia, una aproximación es conocer las perspectivas de los profesionales sanitarios al respecto comprendiendo cuáles son sus valores en su práctica clínica, qué entienden por salud espiritual y cómo consideran su influencia y relación con la salud global de la persona.

Objetivos

1. Analizar las intervenciones que abordan el cuidado espiritual en la atención clínica y las limitaciones de dichas intervenciones en un marco multidisciplinar y en un marco específico médico.
2. Realizar una adaptación transcultural de una herramienta para valorar los conocimientos sobre espiritualidad, religiosidad y ética, en la atención clínica.
3. Conocer las percepciones, conocimientos y actitudes de los profesionales de la salud sobre las necesidades y el cuidado espirituales brindado durante su práctica clínica.

Métodos

El primer objetivo se cumplimenta con el primer estudio en el cual, se ejecutó una revisión sistemática siguiendo las recomendaciones PRISMA con el uso de descriptores MeSH y la estrategia de búsqueda “*spiritual care*”, “*spiritual healing*” o “*spiritual therapies*”, en las bases de datos PubMed, Scopus y CINAHL. Se aseguró la calidad metodológica mediante las directrices CONSORT y STROBE, y se registró en PROSPERO. Se detectaron condicionantes para la atención específica en la dimensión espiritual como son la falta de tiempo y consideración en los protocolos asistenciales, el temor a una invasión de la intimidad de la persona, la confusión terminológica con el concepto religión, y

la más destacada por los propios profesionales, la carencia de capacitación específica para ello. Ante estos hallazgos se sugirieron áreas de mejora.

Una de las propuestas fue optimizar cómo se valora la dimensión espiritual, en este caso enfocada en los profesionales, donde este tipo de exploración es carente, para realizar una educación precisa en atención de esta faceta en clínica. En salud es necesario hacer mediciones y con los resultados, llegar a conclusiones sobre las que actuar.

Para efectuar el segundo objetivo y conocer la realidad de los profesionales en su atención espiritual, se realizó una adaptación transcultural del instrumento NERSH (Network for Research in Spirituality and Health) basándose en las recomendaciones de la International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR), validada en más de 20 países y que mide los valores, la espiritualidad y la religiosidad de los profesionales en su práctica asistencial. Para ello se utilizó la metodología Delphi modificado con la intervención de más de 25 profesionales expertos en la materia.

Finalmente, para el tercer objetivo, se realizaron entrevistas a profesionales del ámbito de la salud mental, muy intrincada con la salud espiritual, para, con una aproximación e investigación cualitativa, extraer más datos relevantes y sugerencias de los profesionales en referencia a la atención y al cuidado de la dimensión espiritual en los entornos clínicos.

Resultados

En la revisión sistemática realizada para el primer objetivo se obtuvieron 1414 estudios, de los cuales sólo 8 estuvieron centrados en médicos y con calidad metodológica suficiente. De ellos, 5 fueron investigaciones descriptivas y 3 se basaron en entrevistas semiestructuradas, la mayoría de ellos en áreas de salud de oncología y cuidados paliativos de Norteamérica y Europa entre 2017 y 2021. Aunque consideran una buena práctica el cuidado espiritual, la mayoría no lo atienden o derivan a proveedores expertos, considerando que la falta de tiempo y la carencia de formación son los principales escollos para una atención oportuna. Se constató que aquellos profesionales más espirituales eran más sensibles a atender las necesidades espirituales de sus pacientes. Se proponen estrategias para subsanar estas barreras, como considerar la dimensión espiritual en los protocolos clínicos asistenciales y una precisa educación en cuidado espiritual que despeje dudas y confusiones terminológicas y de atención.

Respecto a la adaptación transcultural del instrumento NERSH propuesta como segundo objetivo con la pretensión de tener una herramienta de evaluación de valores, espiritualidad y religiosidad de los profesionales, se utilizó la metodología Delphi modificado y las recomendaciones de ISPOR para la conclusión del objetivo. En el proceso intervinieron 27 expertos docentes y asistenciales en el campo de la espiritualidad y la salud,

con la obtención final de una encuesta adaptada al contexto español para poder utilizada en futuras investigaciones en la materia.

Desde otro enfoque, y como último objetivo para una investigación más exhaustiva de la dimensión espiritual en la práctica clínica, se realizó un estudio piloto a 16 profesionales de salud mental del ámbito público y privado. Se trataba de 8 enfermeros, 3 psiquiatras, 1 docente y 4 psicólogos, De ellos, el 56,25% eran mujeres y el 43,75% eran hombres, con una edad media de 45,9 años (rango de 24 a 63 años), todos ellos españoles, y con una media de 20,25 años de experiencia profesional. En cuanto a sus creencias espirituales y religiosas, el 50% de la muestra total se definió como espiritual y religiosa (todos ellos católicos), el 37,5% como espirituales, pero no religiosos, y el 12,5% como religiosos, pero no espirituales. Solo el 25% de ellos recibió capacitación específica relacionada con el enfoque de la espiritualidad. El análisis arrojó tres temas principales que se reflejan en las siguientes categorías: "Abordar la espiritualidad en la práctica clínica y su influencia en la salud", "Barreras para proporcionar atención espiritual en salud mental" y "Formación en atención espiritual para profesionales de la salud".

Conclusiones

Se ha demostrado que el cuidado de la dimensión espiritual es beneficioso para la salud, pero la falta de formación adecuada en el cuidado espiritual es identificada como un predictor importante para abordarla por lo cual, son precisas más investigaciones sobre la atención espiritual para comprender las experiencias de los profesionales y realizar un apropiado abordaje en su formación ya que son los garantes del cuidado.

Introduction

Faced with life challenges such as moments of illness or the finiteness of life, the deepest dimension of the human being emerges, the one that questions the why and what for. The growing scientific literature shows that the values and convictions of the person are disrupted in these moments of suffering and uncertainty, so that the attention and care of the spiritual dimension strengthens the human bond that occurs in the clinical encounter and, most importantly, has a positive impact on the restoration of their health and the improvement of their quality of life.

Even with this evidence in the clinical environment, there are conditioning factors for timely spiritual care derived from both the care structure and the attitude of the professionals in this respect that need to be analysed in order to promote a renewal and adequate approach.

For this reason, in order to guarantee suitable training and an appropriate intervention on spiritual needs in care, one approach is to get to know the perspectives of health professionals in this respect by understanding what their values are in their clinical practice, what they understand by spiritual health and how they consider its influence and relationship with the overall health of the person.

Objectives

- To analyse the interventions that address spiritual care in clinical care and the limitations for such interventions in a multidisciplinary and a specific medical setting.
- To make a cross-cultural adaptation of a tool to assess knowledge about spirituality, religiosity and ethics in clinical care.
- To ascertain health professionals' perceptions, knowledge and attitudes about spiritual needs and care provided during their clinical practice.

Methods

The first objective is fulfilled with the first study in which a systematic review was carried out following PRISMA recommendations using MeSH descriptors and the search strategy "spiritual care", "spiritual healing" or "spiritual therapies" in the databases PubMed, Scopus and CINAHL. Methodological quality was assured by means of the CONSORT and STROBE guidelines, and it was registered in PROSPERO. The lack of time and consideration in the care protocols, the fear of invasion of the person's privacy, the terminological confusion with the concept of religion, and the lack of specific training for this purpose, the most important of which was highlighted by the professionals themselves, were identified as conditioning factors for specific care in the spiritual dimension. In view of these findings, areas for improvement were suggested.

One of the proposals was to optimise how the spiritual dimension is valued, in this case focusing on professionals, where this type of exploration is lacking, in order to carry out a precise education in the care of this facet in the clinic. In health, it is necessary to make measurements and, with the results, reach conclusions on which to act.

In order to achieve the second objective and find out the reality of professionals in their spiritual care, a cross-cultural adaptation of the NERSH (Network for Research in Spirituality and Health) instrument was carried out based on the recommendations of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR), validated in more than 20 countries, which measures the values, spirituality and

religiosity of professionals in their healthcare practice. For this purpose, the modified Delphi methodology was used with the intervention of more than 25 professional experts in the field.

Finally, for the third objective, interviews were conducted with professionals in the field of mental health, which is very closely linked to spiritual health, in order to extract more relevant data and suggestions from professionals regarding the attention and care of the spiritual dimension in clinical settings through a qualitative approach and research.

Results

The systematic review conducted for the first objective yielded 1414 studies, of which only 8 were focused on physicians and of sufficient methodological quality. Of these, 5 were descriptive investigations and 3 were based on semi-structured interviews, most of them in oncology and palliative care health areas in North America and Europe between 2017 and 2021. Although they consider spiritual care good practice, most do not attend or refer to expert providers, considering lack of time and lack of training as the main barriers to timely care. It was found that those practitioners who were more spiritual were more sensitive to the spiritual needs of their patients. Strategies are proposed to address these barriers, such as considering the spiritual dimension in clinical care protocols and accurate education in spiritual care to clear up doubts and confusions about terminology and care.

With regard to the cross-cultural adaptation of the NERSH instrument proposed as the second objective with the aim of having a tool for evaluating the values, spirituality and religiosity of professionals, the modified Delphi methodology and the recommendations of ISPOR were used for the conclusion of the objective. The process involved 27 teaching and healthcare experts in the field of spirituality and health, with the final result being a survey adapted to the Spanish context to be used in future research on the subject.

From another approach, and as a final objective for a more exhaustive investigation of the spiritual dimension in clinical practice, a pilot study was carried out with 16 mental health professionals from the public and private sectors. Of these, 56.25% were women and 43.75% were men, with an average age of 45.9 years (range 24 to 63 years), all of them Spanish, and with an average of 20.25 years of professional experience. As for their spiritual and religious beliefs, 50% of the total sample defined themselves as spiritual and religious (all of them Catholics), 37.5% as spiritual but not religious, and 12.5% as religious but not spiritual. Only 25% of them received specific training related to the spirituality approach. The analysis yielded three main themes reflected in the following categories: "Addressing spirituality in clinical practice and its influence on health", "Barriers to providing spiritual care in mental health" and "Spiritual care training for health professionals".

Conclusions

Care of the spiritual dimension has been shown to be beneficial to health, but lack of adequate training in spiritual care is identified as an important predictor for addressing it, and further research on spiritual care is needed to understand the experiences of professionals and to appropriately address it in their training, as they are the guarantors of care.

AGRADECIMIENTOS

Podría decirse que estar agradecido es estar lleno de gracia, y la gracia es un don conferido por todos aquellos que creen en ti de una manera casi divina (te tienen fe), puesto que en ocasiones es sólo un palpito, un sencillo gesto, una conversación distraída, lo que hace que otros sin apenas conocerte confíen en ti y en tu afán.

Ser consciente de ello, llena de plenitud y de brío y a su vez hace que uno quiera devolver ese don regalado, esa lumbre que han ido avivando todos ellos en un momento o en otro, de una manera o de otra, y que se multiplique y prodigue, más alto, más lejos y más fuerte.

Esta tesis es una manera de retornar esa gracia para los que me han acompañado en este en este periplo, en esta etapa que forma parte ya de un capítulo más de mi experiencia vital y para los que puede que en su lectura se reconozcan o se conmuevan. Quisiera con ella expresar así mi gratitud por su aquiescencia a los unos, por su bondad a los otros.

Todo el que recorrió este camino antes que yo, sabe que puede ser muy árido y arduo por momentos, que requiere de un poco de osadía e inconsciencia el interpelarse para poder así descubrir y demostrar la idea o la conjetura que se tiene en mente, y que esa búsqueda exige constancia y dedicación ya que la mayor parte del tiempo no sólo las ganas pueden. Un viaje emocionalmente voluble y vacilante, con luces y sombras, muy solitario e incomprensido en algunos hitos y a su vez enriquecedor y significativo, donde se pretende ser la mejor versión de uno mismo y no perder el norte de esa brújula interior que todos llevamos dentro, procurando no desviar la mirada del faro donde se encuentra el puerto al que se anhela arribar.

En el trayecto, Rocío mi tutora y directora de tesis.

La causalidad o la casualidad hizo que nuestros caminos que partían de fuentes distintas se cruzaran. Un encuentro único de esos en los que las personas se reconocen en el entusiasmo y la convicción de que, si tu vida tiene sentido, esto hace que sea buena, saludable y feliz. Ha sido guía, mentora, compañera, amiga y confidente, de la mano me ha llevado por el sinuoso camino académico y de la investigación, y ha sido contraste, apoyo y estímulo según los tiempos.

Verdaderamente gracias.

Como punto estoico y metódico, mi co-director de tesis José María.

Ayuda inestimable aportando calma y franqueza. La confianza puesta en mí por su parte ha sido un acicate aun cuando todo era una idea remota, y con sus conocimientos ha ido a completar el puzzle de lo que es el enfoque y la progresión de esta tesis.

Por todo ello, gracias.

En los inicios de este recorrido, agradecer el altruismo demostrado por Joaquín y la idoneidad de Eugenia en su sugerencia, ya que por ellos también se ha llegado hasta aquí, también en mi memoria.

País hermano, país amigo, donde uno encuentra y (re) descubre lugares y rincones (dentro y fuera), y también personas luminosas, de buen talante, dadas, que su condición la muestran por el calibre de sus acciones y su acogida aun todos los imponderables. En Portugal eternamente gracias por lo compartido humano y divino, académico y vital, la experiencia y la hospitalidad de Sílvia, Patricia y Paulo.

En distancias más cortas, mi familia, la recibida y la escogida, ramas del mismo árbol que se entroncan y que se enraízan en la misma tierra.

Hay dos idearios que resuenan en mí desde que tengo uso de razón, las palabras de mi madre en la profunda fe de que la vida tiene un sentido, aunque no seamos capaz de verlo muchas veces “Todo pasa por algo, confía...” y el lema vital de mi padre que lleva a gala a donde esté y donde vaya “Sé positivo, sonríe, vive y deja vivir”. Ambos han sido timón y velas en esta travesía, mi madre allí y mi padre aquí, los dos siempre conmigo, a ellos desde lo más profundo y siempre gracias.

A mis hermanos y mis sobrinos agradecer vuestra escucha, vuestro ánimo, vuestro humor, vuestras sugerencias, que con esas pinceladas también danzáis por estas letras de un modo u otro, por todo aquello en lo que coincidimos antes de ahora y durante todo este tiempo que forma parte ya de este escrito.

A la familia escogida, en Jorge por su amparo a su manera, por los tiempos y los espacios que nos han llevado hasta aquí, gracias por intentar ser y estar, integrándose tu presencia en el aprendizaje vital que ha sido esta tesis.

A los amigos que han estado atendiendo a mis tribulaciones, atendiendo a mis monólogos sobre el tema, procurando con sus palabras infundir ánimo y mostrando que la vida es más que una época circunscrita a un argumentario sobre un tema en concreto como es una tesis, y que como dice la leyenda me recordaron que “todo esto también pasará”.

Y sin querer olvidar a nadie, gracias a todos aquellos que, de manera breve, leve o sutil, han estado y están en el paisaje que conforman estas palabras y entre líneas, lo mismo que agradecer a las personas que desde el anonimato con un afecto sentido, significativo y profundo y una generosidad a espuertas me han acompañado en esta etapa de mi vida, ellas saben quiénes son.

Finalmente, gracias a vosotros que vais a leer estas palabras, fruto de una profunda y meditada reflexión que ha intentado ser rigurosa, científica, humanista y versátil, por prestar vuestra atención y tiempo, vuestra bondad e interés en ellas.

Tras toda esta travesía, este manuscrito que lleva parte de mí y que se ha forjado y crecido desde una idea albergada en algún recóndito lugar de mi ser; os agradecería con humildad que lo leyeseis con compasión y benevolencia, tal vez sea sólo un principio de lo que ha de venir.

Ángela

INDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	2
ABSTRACT	4
AGRADECIMIENTOS.....	10
GLOSARIO	15
INTRODUCCIÓN.....	17
PREÁMBULO.....	23
CAPÍTULO I. Marco teórico	25
Definir lo intangible.....	29
Espiritualidad y Ciencia.....	33
Espiritualidad y determinantes sociales de salud.....	36
Espiritualidad y Fines de la Medicina	39
Espiritualidad y Humanización de la asistencia	43
Espiritualidad en los entornos clínicos.....	48
Teorías enfermeras y Espiritualidad.....	51
La visión médica.....	53
Espiritualidad en la práctica	56
CAPÍTULO II. Justificación y objetivos.....	62
CAPÍTULO III. Resumen del artículo 1. Cumplimiento del objetivo específico 1.....	66
CAPÍTULO IV. Resumen del artículo 2. Cumplimiento del objetivo específico 2	76
CAPÍTULO V. Resumen del artículo 3. Cumplimiento del objetivo específico 3.....	87
CAPÍTULO VI. Discusión integrativa	98
De donde partimos	103
¿Cuáles son los condicionantes para un adecuado cuidado espiritual en los entornos clínicos?	106
¿Cómo podemos valorar el cuidado espiritual en respuesta a la necesidad espiritual?.....	111
Pero ¿cómo experimenta la salud espiritual el propio profesional en su labor asistencial?	116
Fortalezas y limitaciones.....	120
CAPÍTULO VII. Prospectiva de investigación	123
CAPÍTULO VIII. Conclusiones	128
CAPÍTULO IX. Otras aportaciones científicas y reconocimientos derivados de la tesis doctoral	137
CAPÍTULO X. Informe de revistas indexadas donde se encuentran las publicaciones	143
CAPÍTULO XI. Trabajos de investigación publicados	146
CAPÍTULO XII. Fuentes y bibliografía.....	214
CAPÍTULO XIII. Anexos.....	247

GLOSARIO

ABREVIATURA	SIGNIFICADO
CGCOM	Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos
EAPC	European Association Palliative Care
FICA	Escala que valora historia espiritual
GES	Grupo Espiritualidad de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos
HOPE	Escala que valora historia espiritual
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NERSH	Network for Research in Spirituality and Health
NIC	Nursing Interventions Classification
NOC	Nursing Outcomes Classification
OHSJD	Orden Hospitalaria de San Juan de Dios
R/S	Religiosidad/Espiritualidad
SECPAL	Sociedad Española de Cuidados Paliativos
WHO	World Health Organisation
WHOQOL	Quality of Life from World Health Organisation

INTRODUCCIÓN

Uno de los fines últimos de la investigación científica es mejorar la sociedad en que vivimos y en Ciencias de la Salud esta pretensión lleva consigo la vocación de servicio; el profesional sanitario, cualquiera que sea su condición (medicina, enfermería, psicología...) en su hacer procura una atención de calidad en constante renovación y progreso.

El profesional sanitario se enfrenta a desafíos que abarcan la enfermedad y la muerte, el dolor o el sufrimiento. Para acompañar a la persona en estos procesos necesita de habilidades científico-técnicas cada vez más precisas y avanzadas sin duda muy importantes, pero la persona atendida no puede dejar de ser sujeto para convertirse en un mero campo de estudio, objeto de medidas, cálculos, protocolos y guías, y necesita de la persona que lo atiende otro tipo de habilidades sustentadas en los valores del profesional que la asiste y de otro tipo de destreza en cualidades hasta ahora no tan académicas.

La atención global de la persona entraña todas sus dimensiones (física, psíquica, social y espiritual) lo cual es primordial para una verdadera humanización de la asistencia. El abordaje holístico integral e integrativo, supone la consideración de toda la complejidad del ser humano, y en concreto, lo que atañe a la atención de la dimensión espiritual, la cual está cada vez más demandada en esta atención como demuestra la literatura científica existente (Scheunemann et al, 2019; Willemse et al, 2020; Van Nieuw Amerongen-Meeuse et al, 2021; Kelly et al, 2022; Badanta et al, 2022).

Desde hace décadas los estudios en torno a la espiritualidad en los contextos clínicos han ido creciendo, centrados principalmente en los pacientes. Son múltiples las investigaciones que analizan cómo realizar una valoración de la dimensión espiritual y cómo llegar a un diagnóstico, e incluso acerca de la percepción de los pacientes respecto a este cuidado, pero son de menor cuantía las orientadas a los profesionales respecto a su capacitación y su perspectiva. Esto tiene gran relevancia puesto que son al fin y al cabo los que proporcionan el cuidado espiritual.

Según PubMed, el número de investigaciones científicas sobre el enfoque religiosidad/espiritualidad en los cuidados clínicos, ha aumentado en los últimos 5 años un 150%, lo cual señala el incremento en el interés en relación con esta área de salud (Fuente PubMed, [Advanced Search Results - PubMed \(nih.gov\)](#) última consulta 29 de marzo 2023).

Dice un aforismo¹, “si no se avanza recordando se tropieza, ningún proyecto se puede construir en el olvido” ... sabiendo de dónde venimos, sabremos dónde estamos y hacia dónde vamos.

Motivados por esta premisa, y sensibles a la realidad sanitaria imperante esbozamos un primer cuestionamiento: si son los profesionales sanitarios los que auspician este cuidado de lo espiritual, ¿cuál es su visión al respecto?

La primera parte de la investigación de esta tesis se fundamentó en la revisión sistemática de los artículos escritos en los últimos años sobre el cuidado de la dimensión espiritual por parte del profesional sanitario, en este caso del médico, usando las bases de datos PubMed, CINAHL y Scopus. Para la realización del informe de revisión se elaboró un análisis riguroso siguiendo las directrices de PRISMA quedando el protocolo registrado en PROSPERO con el número de registro: CRD42021240704. Se encontraron factores predisponentes, facilitadores, reforzadores y barreras para el cuidado espiritual en la práctica asistencial del médico y se contrastó con la perspectiva de otros profesionales sanitarios (de la enfermería, por ejemplo). Se extrajeron conclusiones y propuestas de mejora en la atención de la dimensión espiritual en los entornos clínicos, sugeridas por parte de los investigadores con experiencia en este sentido dada su experiencia clínica e investigadora. De los resultados obtenidos en toda esta investigación se escribió un artículo publicado en diciembre de 2021 en *Journal Clinical of Medicine* titulado: “*Spirituality in a Doctor’s Practice: What Are the Issues?*”.

Continuando el hilo argumental de la investigación de esta tesis, ante las conclusiones extraídas de los resultados y en prospectiva a los mismos se desarrolló una de las propuestas planteadas: valorar la perspectiva del profesional cuando atiende la dimensión espiritual en su día a día.

Así pues, se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva de instrumentos de medida enfocados en los profesionales sanitarios que explorase de forma específica el manejo y la atención prestada a la dimensión espiritual en su práctica clínica.

En esta indagación se encontró una herramienta específica, la cual explora los valores profesionales, la ética, la espiritualidad y la religiosidad del profesional sanitario a la hora de abordar estas dimensiones en su práctica asistencial y que está avalada por su validación en más de doce países.

¹ Antonio Gala a Carlos Cano en *Cuadernos de coplas*

Se trata del instrumento de la Network for Research in Spirituality and Health (nersh.org – Network for Research in spirituality and Health), con una amplia literatura científica que acredita su efectividad en diferentes contextos culturales.

La iniciativa de realizar esta adaptación fue suscitada primordialmente porque en España y en lengua castellana aún no se había realizado dicha adaptación, además de no existir antecedente de un instrumento de medida respecto a estas cuestiones en el ámbito nacional dirigido específicamente a los profesionales sanitarios, y en esto consistió la segunda parte de la tesis.

Siguiendo las pautas indicadas para la adaptación transcultural por la International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR), se empleó la metodología Delphi modificado o a tiempo real, con la colaboración de veintisiete profesionales sanitarios de toda España del ámbito de la Medicina, Enfermería, Psicología, Antropología y Ciencias Religiosas, expertos en atención espiritual en la práctica clínica.

La adaptación transcultural llevada a cabo por los expertos concluyó que la herramienta NERSH se consideró oportuna para su uso en el contexto español y preparada para su uso. El informe descriptivo de la metodología usada y de todo el proceso realizado se concretó en un artículo prepublicado en junio de 2023 en la revista Medicina Paliativa con el nombre de *Adaptación transcultural al español del cuestionario nersh para la exploración de los valores profesionales, la espiritualidad y la religión en la práctica clínica (QUESTIONNAIRE OF THE NETWORK FOR RESEARCH IN FAITH SPIRITUALITY AND HEALTH - NERSH)*.

Una vez investigadas las características del contexto y del entorno clínico en el cual los profesionales sanitarios abordan la dimensión espiritual y con una herramienta accesible para valorar las características propias del profesional en su práctica clínica como era el cuestionario NERSH, afrontamos la tercera parte de la tesis desde otro enfoque de investigación que acometiera el cuidado espiritual desde otro punto de vista.

El área de salud donde más se ha documentado la atención de la dimensión espiritual es en cuidados paliativos (oncología y final de vida), pero en los últimos tiempos, el aumento de investigaciones en otros entornos sanitarios es creciente, como ocurre por ejemplo en los servicios de cuidados intensivos, revelando que las necesidades espirituales (R/S) también emergen en otros contextos clínicos ya que es inherente a la persona.

Tras los dos estudios realizados, se llevó a cabo una investigación que complementase los abordajes anteriores y con el que se pretendió mostrar cómo la dimensión espiritual se revela en la persona que es atendida en los ámbitos sanitarios, independientemente de cómo se ve afectada su salud y en qué etapa de la vida.

Para hacer ostensible esta realidad, la tercera parte de esta investigación se centró en el ámbito de la salud mental y se quiso indagar en percepciones, conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios asistenciales que trabajaban en este ámbito acerca del cuidado espiritual/religioso (R/S). Para ello se diseñó un estudio cualitativo basado en entrevistas clínicas estructuradas que explorasen estos aspectos.

Los resultados apuntaron que, aunque no existe un consenso en los conceptos de espiritualidad y religiosidad, los profesionales de este ámbito consideraban que estas dimensiones influyen de forma positiva en el afrontamiento de la enfermedad de los pacientes de salud mental. Hay patologías en las que su temática redundan en estos temas, como en los delirios y en los trastornos de la personalidad, donde los profesionales se mostraban prudentes o rechazaban el manejo de esta dimensión en estos casos. Algunos contemplaban que su propia R/S podía interferir en la relación clínica y en su manejo. Aún esto, pocos son los que en verdad abordaban habitualmente las necesidades R/S de sus pacientes puesto que refirieron barreras que los desmotivan para ello como la falta de tiempo o la carencia de una formación específica en cuidado R/S, declarando que debía implantarse en los planes de formación de los profesionales sanitarios.

En esta parte de la investigación también se evidencia nuestra pretensión de estar en constante actualización en consonancia con la demanda social existente y la realidad en la que se desarrolla la misma. Así pues, ante la preocupación en alza por la salud mental muy intrincada con la salud espiritual, aunque con grandes diferencias latentes en ocasiones difíciles de dirimir, quisimos ahondar en la relación de ambas en busca de una mejores prácticas en el cuidado de la salud mental desde la salud espiritual.

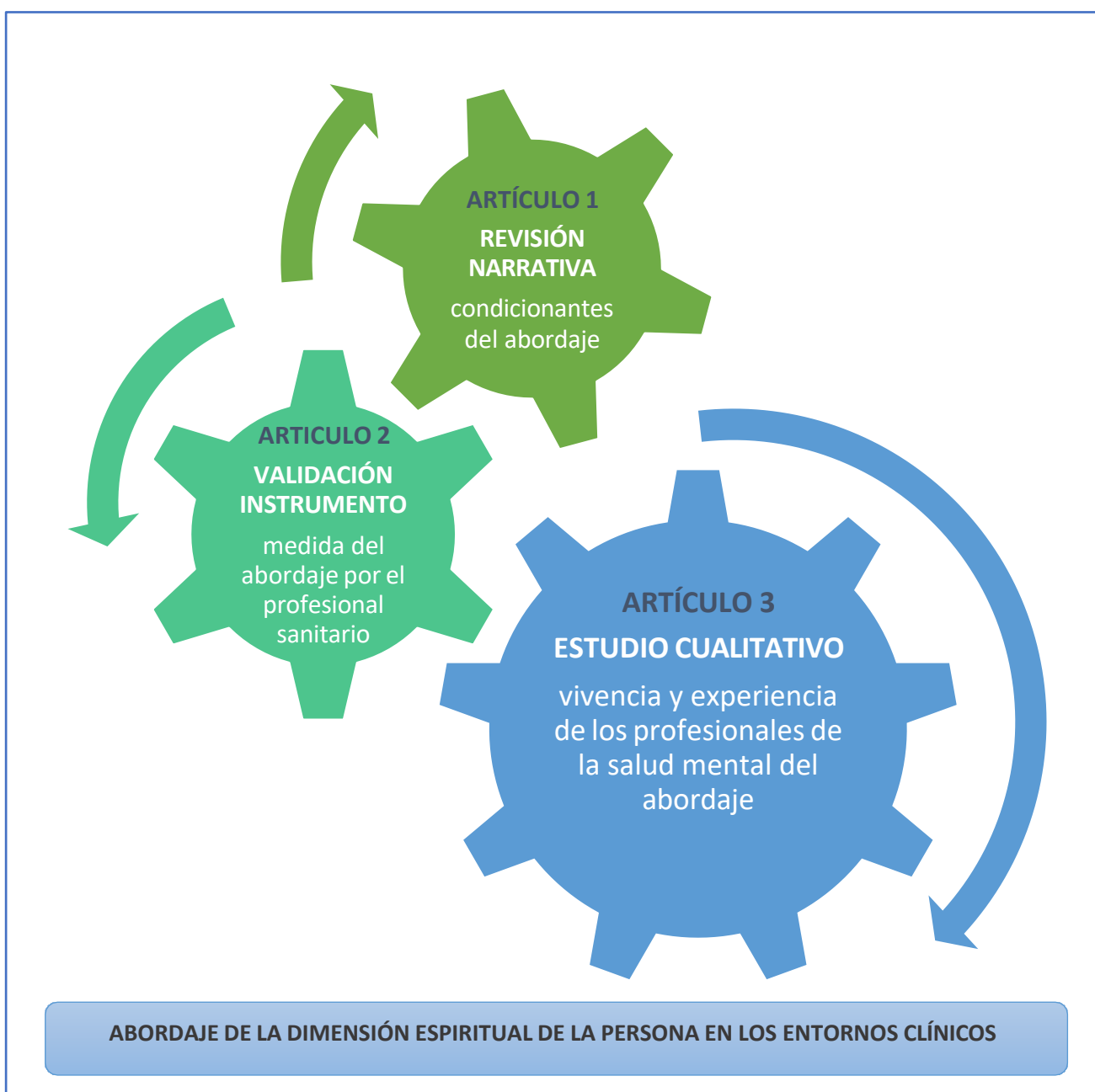
De la resolución de este estudio también se realizó un artículo publicado en la revista *Healthcare*, en enero de 2023 titulado: *“More Spiritual Health Professionals Provide Different Care”: A Qualitative Study in the Field of Mental Health.*

Con las tres partes que conforman la investigación de esta tesis, siguiendo el hilo argumental y conductor de la misma, se han planteado desde diferentes puntos de vista y con distintos abordajes metodológicos el estudio de la dimensión espiritual en los entornos clínicos.

La finalidad principal de esta tesis fue procurar una mejora en la atención sanitaria, hacerla de forma más humana, dando su espacio al cuidado de la dimensión espiritual con un adecuado abordaje científico fundamentado en una investigación rigurosa, transparente y colaborativa para ser compartida en la comunidad científica sanitaria a nivel interdisciplinar.

Figura 1

Resumen tesis por compendio



Fuente: elaboración propia

PREÁMBULO

Todas las historias empiezan con una sorpresa, el imprevisto, el azar o tal vez eran lo que tenían que ser...

Cómo llegó el libro *“El héroe de las mil caras”* a mis manos, apenas lo recuerdo, quizás fue debido a la curiosidad y a la fascinación que he tenido siempre por las historias, las que conforman nuestra memoria universal y las figuradas que han intentado explicar el mundo, o quizá porque son las historias lo que quedará de nosotros cuando ya sólo seamos un eco.

Tras años de estudio y de recorrer cientos de lugares a través de relatos, cuentos, leyendas, mitos, fábulas, tradiciones y religiones, el pensador y antropólogo Joseph Campbell elaboró una teoría de lo que había observado y que expone en este manuscrito, donde revela un patrón común que denominó *monomito*, más conocido como *el camino del héroe*. En él se describe cómo el protagonista de esas historias, relatadas a lo largo del tiempo y a lo ancho de todo el mundo, es interpelado por una llamada hacia lo desconocido, partiendo de su mundo ordinario conocido, de su vida cotidiana, en pos de una búsqueda donde sortea aventuras y contrariedades que le provocan una profunda transformación interior y cómo tras finalizar la peripecia, regresa a su mundo con una sabiduría adquirida que compartirá con su entorno.

Esta teoría vino a mi memoria cuando esboqué en mi cabeza el desarrollo de esta tesis, porque esa misma transformación sucede en quien se aventura en una empresa como esta.

En cada capítulo de esta investigación encontraréis un extracto de dicho libro y una experiencia o aprendizaje al hilo de este. No aparecen todas las etapas, pero sí las más relevantes. Mi deseo ha sido con ello compartir de esta manera lo profundo y polifacético que puede ser al que lo desconozca, la realización de un proyecto de esta envergadura, no sólo a nivel académico y profesional, sino también personal y vital; cuestionarse requiere evolucionar, aprender y crecer en todos tus matices.

Desconocía que esta aventura pudiera mostrarme tantas cosas.

Como refiere el propio Campbell:

“The cave you fear to enter, holds the treasure you seek”
("La cueva en la que temes entrar, guarda el tesoro que buscas")

CAPÍTULO I. Marco teórico

STATU QUO:

Se define como el mundo tal y como lo conocemos, relacionado con el estado y los hechos de las cosas hasta este momento... no es sólo importante la situación sino la época en que ocurre. Se trata pues del panorama previo antes del inicio del camino...

EXPERIENCIAS Y APRENDIZAJES:

Tuve la oportunidad de elegir ser médico porque desde que recordaba y en mi fuero interno albergaba el anhelo de ayudar a los demás.

Me fascinaba esa suerte de personaje que con su sola presencia transmitía calma y conocimiento, que parecía tener respuesta a todos los males y sufrimientos, que observaba con mirada cálida y serena a la persona que estaba en sus manos y que con su cercanía, juicio y aplomo, escuchaba, acompañaba y aliviaba.

Estudí anatomía, fisiología, patología y cirugía entre otras materias, para convertirme en un médico de principios del siglo XXI, inmersa en los avances exponenciales científicos y técnicos, en la velocidad de la hiperconectividad de internet, en la magnitud del big data y en la heterogeneidad que traía la globalización y los movimientos socioculturales.

¿Dónde estaba ese médico al cual yo quería parecerme?

Desde mi experiencia sentía que algo que me faltaba...

Desde que nacemos hasta que morimos se van sucediendo momentos que conforman nuestra vida y son nuestras acciones y reacciones la que determinan su rumbo. Ante cualquier desafío vital que se presente buscamos que cada acontecimiento encaje en lo que es nuestra trayectoria biográfica, que tenga un sentido desde el cual poder explicarnos y comprender el para qué o el porqué de lo que nos ocurre. Esa reflexión intelectual fundada en una narrativa y en un argumento personal va más allá de la mera comprensión o del aspecto emocional y se sustenta en la búsqueda de un sentido vital como refiere Frankl², de un significado existencial de esas vivencias y experiencias.

Las personas no somos seres aislados ajenos a lo que acontece a nuestro alrededor, sino que estamos en constante interacción con el mundo que nos rodea que abarca desde lo que sucede en nuestro interior, la relación que establecemos con las otras personas y hasta con algo más allá de lo que es nuestra propia vida sensible. Esa conexión con nosotros, con los demás y con el mundo es algo esencial e inmanente en el ser humano, impregna nuestra vida de significado, es transversal y cada cual la cristaliza y la comprende de una manera^{3,4}.

Bajo este prisma, donde la persona está en constante relación con cuanto le rodea y acontece en su fuero interno, los cambios sociales y culturales en los cuales se desarrolla como ser humano, impactan en la manera de concebir y comprender la vida y el mundo. Esta inquietud interior respecto a la conexión y al significado que anteriormente quedaba reservada al ámbito de lo colectivo expresado en la creencia de un Dios y un dogma formalizándose y delimitándose como Religión (Allport & Ross, 1967; Quinceno & Vinaccia, 2009; Lévano, 2016), hoy en día también se concibe en el contexto de la Espiritualidad, entendida de una forma más individual (Woodhead, 2010; Streib & Hood, 2013, 2016) y a su vez ubicada en un espacio social más plural y heterogéneo.

Tal vez debido a esta singularidad, en el cual se la puede entender de diferente forma según la cultura, la sociedad, el contexto y el momento histórico, la Espiritualidad no se define de manera unánime y es extraordinariamente polisémica a nivel conceptual.

² El hombre en busca del sentido último: el análisis existencial y la conciencia espiritual del ser humano. Viktor E. Frankl, (2012).

³ Long Walk to Freedom Volume II: 1962–1994. Nelson Mandela, (2004).

⁴ Letter to My Daughter. Maya Angelou, (2008). **CTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD** | Ángeles C. López-Tarrida

DEFINIR LO INTANGIBLE

Considerando la cosmovisión de la sociedad occidental vigente e indagando en este aspecto, son diferentes las valoraciones que se realizan del término *Espiritualidad* bajo el prisma de disciplinas como la Antropología, la Sociología, la Filosofía, la Psicología, e incluso la Religión, en algunas de las cuales, hay ramas específicas para su estudio.

Históricamente son las Ciencias Humanas las disciplinas que han tratado sobre la naturaleza, la conducta y el desarrollo del ser humano y su integración en un colectivo que es la sociedad de la cual también emana un sentido de pertenencia y de identidad. Todas y cada una de estas disciplinas tienen perspectivas aledañas sobre la Espiritualidad que en ocasiones llegan a solaparse o difuminarse, ya que están referidas a la persona y su contexto, y en su estudio es complejo escindir las dimensiones humanas que la conforman, los roles que ejerce y las actitudes del ser humano que derivan de todo ello.

A grandes rasgos, por contextualizar el hecho de las divergencias y convergencias entre todas ellas respecto a la pretensión de analizar y comprender el constructo Espiritualidad, se aprecian distintos enfoques en el intento de definirla:

Desde la Antropología de la Religión (Cáceres et al, 2008; Smoljo-Dobrovolski, 2021) se parte del estudio de los fenómenos religiosos en la sociedad y la cultura a lo largo de los tiempos, como sistema de creencias y de definición de lo trascendente. La pretensión de la Antropología por estudiar al ser humano de manera integral, considera su complejidad y además su evolución biológica, la estructura social y la cultura en la que se desenvuelve que influyen en enfoques conceptuales (qué es) o funcionales (para qué es) los cuales se han sucedido durante toda la historia de la humanidad para comprender los hechos o fenómenos religiosos. Actualmente uno de sus enfoques viene determinado por el postsecularismo y la convergencia de la Religión y la Espiritualidad en las sociedades contemporáneas, en un ambiente holístico y plural (Valle & Rodríguez, 2013).

En Sociología se analiza la influencia de la Religión y la Espiritualidad en el comportamiento del colectivo social (Holmes, 2016; Ruiz-André 2022) y en los individuos que la componen, lo cual promueve variaciones de unas sociedades a otras, al considerarla como un rasgo distintivo. Autores clásicos como Durkheim o Weber, analizaron desde sus perspectivas la relación entre la sociedad y la Religión. Durkheim considera que la Religión es un sistema de creencias y prácticas referidas a cosas

sagradas que une sus adherentes en una comunidad moral singular⁵, y Weber piensa que otorga la capacidad para construir la visión que un individuo tiene del mundo que le rodea y cómo atañe a sus intereses y su conducta⁶. La óptica de la Sociología actualmente se traslada a la relación de la Espiritualidad en un contexto que abarca la educación y la cultura como componentes que influyen en la concepción de la Espiritualidad escindida de la Religión (Flanagan & Jupp, 2007).

Desde la Filosofía (Ershov et al, 2018; Rousseau 2019; Connelly, 2021), se cuestionan aspectos de la realidad inaccesibles de manera claramente empírica. Dentro de la Filosofía, la rama dentro de la Metafísica que se emplea en dilucidar qué entidades existen más allá de las apariencias, que plantea respuestas a incógnitas como los principios y las causas de la realidad que vivimos, que estudia aspectos de la realidad que son inaccesibles a la investigación empírica, es la Ontología. La Espiritualidad es entendida como el conjunto de creencias y prácticas fundamentadas en la certidumbre de la existencia de una dimensión no tangible de la vida. Entraña a su vez, un medio para encontrar las claves para todo aquello que no puede ser explicado mediante la ciencia porque no es objetivable de forma directa. Supone la consciencia y la asunción de la esencia inmaterial del ser humano.

A nivel de la Teología, como ciencia que trata de Dios y de la vivencia del ser humano del mismo, la espiritualidad cristiana es entendida como el dinamismo que invita y llama al cristiano a vivir según el Espíritu Santo y a reconocer en Jesucristo como fuente y relación con lo trascendente (Torres, 2009). Como la misma autora refiere:

Ser espiritual es vivir de acuerdo al conocimiento de que Dios está presente como el principio de transformación personal, interpersonal, social y cósmico. Estar abiertos al Espíritu es aceptar quienes somos, quienes estamos llamados a ser y dirigir nuestras vidas a responder a la gracia de Dios en nosotros. Dios es universal, por lo tanto no sólo existe la espiritualidad cristiana, existen otras espiritualidades.

La Teología se desarrolla en un contexto socio-cultural determinado, por lo cual en la historia encontramos a místicos como Santa Teresa de Ávila o San Juan de la Cruz en el siglo XVI cuya experiencia directa con lo trascendente les confería un conocimiento

⁵ *Las formas elementales de la vida religiosa: el sistema totémico en Australia (y otros escritos sobre religión y conocimiento)*. Fondo de cultura económica. Émile Durkheim (2021)

⁶ *Sociología de la religión* (Vol. 222). Ediciones Akal. Max Weber(2012).

más profundo y auténtico que el meramente racional y lo alcanzaban mediante la oración o la meditación. Desde estos conceptos, el ser humano se comprende como un espíritu encarnado y no sólo es vida biológica, sino que es existencia (Pannikar, 2015).

En Psicología en el ámbito humanista y transpersonal, la Espiritualidad se determina como la búsqueda propia del ser humano para entender las respuestas a las *últimas preguntas* sobre la vida, su significado y la relación con lo sagrado o lo trascendente, que puede o no concretarse en rituales religiosos (Captari et al, 2018; Corbett, 2019; Vieten & Lukoff 2022). Es una relación entre los aspectos psicológicos y los fenómenos religiosos. Esta acepción descansa en la inquietud de la persona por la conexión con su entorno (interno y externo) y la necesidad de significado (darle explicación a todo) y de seguridad (el control de sí mismo y de lo que le rodea sustentado en algo más allá de la realidad). Esta conexión concede al individuo un estado interno de equilibrio y armonía que le hace afrontar desafíos vitales.

Es en la *Teoría de las Inteligencias Múltiples* de Howard Gardner (1983)⁷ donde se comienza a hablar de una inteligencia existencial-trascendente y se concreta como *“la capacidad para situarse a sí mismo con respecto al cosmos, a los rasgos existenciales de la condición humana como el significado de la vida, el significado de la muerte y el destino final del mundo físico y psicológico en profundas experiencias como el amor a otra persona o la inmersión en un trabajo de arte”*.

Zohar y Marshall (1997)⁸ acuñan la definición de *inteligencia espiritual* como *“la inteligencia con que afrontamos y resolvemos problemas de significados y valores, la inteligencia con que podemos poner nuestros actos y experiencias en un contexto más amplio y rico de significados y valores, la inteligencia con que podemos determinar que un curso de acción o un camino vital es más valioso que otro”*. Esta definición se aleja del ámbito de los pensamientos y las emociones, elementos netamente de carácter psicológico, donde en ocasiones la Espiritualidad es confundida como factor afectivo.

La Religión por su parte contextualiza la Espiritualidad como un impulso íntimo que dinamiza las dimensiones del ser humano (Palacio Vargas, 2015), considerando que en la sociedad actual se externaliza desde diferentes significaciones, y no sólo desde la óptica tradicional del término.

Etimológicamente, la palabra procede del latín “spiritus” y significa “cualidad del alma”, una entidad no corpórea ni visible en contraposición al cuerpo, lo material,

⁷ Intelligence Reframed: Multiple Intelligences for the 21st Century. Howard Gardner, (1999).

⁸ Inteligencia Espiritual, la inteligencia que permite ser creativo, tener valores y fe. Danah Zohar y Ian Marshall, (2002).

según se establecen estos conceptos en la filosofía griega y la tradición judeocristiana, y esta acepción arraigada culturalmente en la sociedad, puede que la aleje de otros entornos donde es posible que quede relegada, como puede ocurrir en el ámbito de la salud, al considerarla perteneciente al contexto de la religión o de la intimidad de la persona.

Una de las principales dificultades encontradas para definir la Espiritualidad es terminológica (Saad et al, 2017; Liefbroer et al 2019), al generarse confusión con el concepto Religión y considerarlas lo mismo, y esto ocurre en el ámbito sanitario como un reflejo del contexto socio cultural en el que se desarrolla. Factores sociales, psicológicos y culturales llevan a que ambas acepciones se superpongan y solapen e incluso se confundan entre sí.

Según refiere Schneiders en 2003, se pueden definir tres modelos de relación entre Espiritualidad y Religión, que coexisten en la sociedad actual caracterizada por un cariz multicultural:

- Son dos conceptos separados sin ninguna conexión, donde lo religioso se identifica con los ritos y las normas bajo un dogma determinado.
- Se trata de dos realidades opuestas en relación inversa la una con la otra.
- Son consideradas como dos expresiones de una misma dimensión de búsqueda de significado y trascendencia.

Algunos autores apoyan esta última apreciación considerando a la Espiritualidad como un concepto más amplio que la Religión, ya que permite al individuo tener un sentido de lo sagrado sin las prácticas institucionales y limitaciones que se asocian con la Religión (Zinnbauer et al, 1999) y refieren que no se puede aislar de la misma ya que la mayoría de las personas religiosas son espirituales. A su vez, las experiencias que forman parte de la Religiosidad tradicional (la oración, el ir a la iglesia, etc.) también son espirituales si son parte de la búsqueda de un individuo de lo sagrado (Hill et al, 2000). Muchas personas espirituales son, sin saberlo, parte de una Religión no tradicional, mientras que otros, que no tienen ninguna afiliación religiosa, practican una especie de Religión privada mediante determinadas prácticas. En el plano ontológico, la Religión y la Espiritualidad se caracterizan por componentes similares, y aunque la Espiritualidad no dependa de una Religión formalizada es ciertamente interdependiente con ella (McGhee & Grant, 2008).

Respecto al propio significado de Espiritualidad, no hay una respuesta consensuada, debido a la gran variedad de definiciones e interpretaciones que se le atribuyen desde diferentes ópticas y planteamientos, lo cual la reviste de una gran

complejidad a la hora de comprenderla, al igual que según el contexto histórico desde el cual se intente explicar.

El tratadista y académico Bruce W Speck (2005), realiza un análisis del concepto Espiritualidad, abordándola desde tres cuestiones y orientada en función de la cosmovisión de cada sociedad: la dimensión de sentido de la propia existencia en base a la necesidad de crear un significado de nosotros mismos, la dimensión de valores o finalidades con respecto a su relación con lo que le rodea, y la dimensión de apertura a la trascendencia.

La Religión puede ser entendida como los sistemas e instituciones sociales organizados, constituidos por personas que se unen y comparten las mismas creencias, tradiciones y rituales, caracterizada en gran medida por sus fronteras (Emblen 1992; Dyson et al, 1997; Strang et al, 2002), mientras que la Espiritualidad presenta cierta dificultad en la definición de sus límites y puede ser utilizada por aquellos que desean ir más allá de la Religión institucional, hacia una búsqueda personal de significado y propósito en la vida, que puede o no puede estar relacionado con la Religión (Walter 2002; Tanyi, 2002). La relevancia de la Religión y la Espiritualidad es que proporcionan un contexto en el que la persona puede dar sentido a su vida, explicar y hacer frente a sus experiencias y encontrar y mantener un sentido de esperanza, armonía interior y serenidad en medio de los desafíos existenciales de la vida (Bretzke, 2008).

Así pues, la Espiritualidad se podría definir como una cualidad íntima y propia de cada persona, constitutiva del ser humano. Una aspiración profunda por adquirir una conexión con todo lo que le rodea, pues necesita dar sentido a su existencia y al mundo en el que vive. Tiene una gran variabilidad interpersonal y temporal, diferente según la persona y el momento, y evoluciona como lo hace el individuo a lo largo de su trayectoria vital. Si esta dimensión espiritual se cristaliza y se manifiesta a través de una relación trascendente con Dios, a través de un credo y un dogma, estamos ante una dimensión religiosa. Así pues, toda persona es espiritual por naturaleza, pero no toda persona espiritual es religiosa (Torralba, 2016; Schultz et al, 2017; López-Tarrida et al 2020).

ESPIRITUALIDAD Y CIENCIA

La Medicina como ciencia empírica, observante de los fenómenos que acontecen en el cuerpo humano, se centra en el método científico para extraer resultados de datos

objetivos y plantear hipótesis y conclusiones, y está encaminada a prevenir, diagnosticar y tratar los problemas de salud. El desarrollo científico-técnico del siglo XX impulsa el análisis de los hechos biológicos y fisiológicos que se presentan en el ser humano y posibilita que cada vez más se despeje la incertidumbre respecto a estas cuestiones y se procure y consiga la rehabilitación de la salud. Se ha centrado en la observación experimental de datos medibles y comprobables y no ha realizado un viraje en su modelo biomédico tradicional en relación con lo trascendente hasta hace unas pocas décadas.

En una mirada retrospectiva, la Medicina en sus inicios⁹ se había fundamentado como un área de conocimiento muy intrincado con las creencias religiosas, espirituales y filosóficas. Con el tiempo, el ser humano ha ido cuestionándose sobre la realidad en la cual vive y eventos cruciales como la enfermedad y la muerte. Ha ido buscando una explicación comprensible a lo que sucede a su alrededor que a su vez le afecta y condiciona en su propia existencia, también en términos biológicos y corporales. En este periplo, la Medicina ha ido desarrollando teorías y prácticas para dar respuesta a ello conforme a los tiempos que han favorecido su evolución.

Las primeras civilizaciones se balanceaban en el ejercicio de la medicina entre la práctica experimental objetiva con la aplicación de remedios naturales y la práctica mágico-religiosa con la invocación a dioses y espíritus en un intento de comprender lo inexplicable de la enfermedad y la muerte. En el transcurso de los siglos, con el progreso de las técnicas¹⁰, los descubrimientos biológicos y la creación de instrumentos, se desarrolla una medicina meramente científica, alejada de valoraciones religiosas, filosóficas, psicológicas, sociales y culturales, dejando de lado estos aspectos que están presentes en el ser humano y que forman parte también de su naturaleza y su salud.

Ciencia y Espiritualidad no difieren demasiado entre sí, tanto la Espiritualidad como la Ciencia se interpelan con incógnitas y se sustentan en una búsqueda de significado (Gleiser, 2021): la Ciencia intenta descubrir el orden en el mundo externo y la Espiritualidad en cambio lo que procura es desvelar el orden de nuestro interior. En la Ciencia el observador está en términos generales separado de lo observado y en relación con la espiritualidad el observador se implica e identifica con el observado, siendo más complejo ser objetivo. A su vez la Espiritualidad puede ser una guía, una motivación y un punto de evaluación sobre la Ciencia, ya que en sí la ciencia se ocupa

⁹ Historia de la Medicina. Pedro Laín Entralgo, (1999).

¹⁰ Ciencia, Técnica y Medicina. Pedro Laín Entralgo, (1986).

de responder al *cómo*, y la espiritualidad se enfoca en el sentido, el significado y la finalidad de lo existe, es decir, del por qué y el para qué¹¹.

La visión humanista que caracterizaba a la Medicina en sus albores ha ido perdiendo relevancia adhiriéndose progresivamente al modelo racional científicista y segregándose gradualmente de la sensibilidad humana consustancial al ejercicio de la Medicina clásica. El abordaje en la atención clínica extremadamente científicista comienza a ser cuestionado en un interés creciente por solventar esta perspectiva fragmentada de la persona al considerarla sólo objeto y no sujeto en el proceso de su enfermedad¹². Con la medicina basada en la evidencia, de carácter fundamentalmente biologicista se plantea un nuevo paradigma cuyo modelo contempla el binomio salud-enfermedad condicionado por factores biológicos, psicológicos y sociales, y amplía la mira más allá de los límites puramente físicos, considerando elementos como son las emociones y el estatus socioeconómico de la persona (Bolton & Gillet, 2019).

En el estudio de la salud y la enfermedad, hay un punto de inflexión en el momento en el que se considera a la persona como un organismo y también en su condición de ser humano; la persona es un ser biológico en el cual se suceden hechos medibles y cuantificables que provocan la enfermedad y que servirán para esclarecer su origen y la actuación sobre los mismos cuyos fines serán la rehabilitación de la salud (Frazier, 2020). A su vez es un ser con poder de raciocinio, consciencia de sí mismo y de sus actos (conciencia moral), con capacidad de reflexión (inteligencia), con identidad propia e independencia (lo cual la diferencia de cualquier otra criatura del planeta, área psicológica), puede entender el mundo, relacionarse con sus semejantes (área social) y dar una orientación a su existencia con capacidad de elegir y actuar responsablemente (libertad) sin olvidar una dimensión intangible, trascendente y en íntima relación con sus convicciones y valores: la dimensión espiritual (Guirao-Goris 2013). Este aspecto profundo del ser humano le influye en la vivencia de la enfermedad, ya que le sirve para dilucidar y comprender el sentido y el significado de lo que le ocurre, y no sólo en cómo le afecta en términos físicos, psicológicos o sociales (Sulmasy, 2002).

¹¹ 13 Académicos ante el diálogo ciencia y fe. Carlos Valiente Barroso, (2014).

¹² Cáncer: Biografía de una supervivencia. El esperanzador testimonio de un médico enfermo de cáncer. Alber J. Jovell, (2008).

ESPIRITUALIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD

Considerar el enfoque multidimensional de la persona es fundamental para el abordaje de la salud de forma pertinente y adecuada en el ámbito de la medicina. Por lo cual, es posible tener en cuenta a la Espiritualidad como un factor determinante más dentro de la complejidad de interacciones que se producen entre las personas y el medio en que se desarrollan para la construcción de la salud, como lo pueden ser su estado físico, psicológico o social (Rodríguez- Yunta, 2016).

El desarrollo científico y tecnológico de la Medicina, y la transformación industrial y social producidos durante la segunda mitad del siglo XX, generan un cambio en la acepción de la sanidad, dando lugar a una conceptualización incipiente de los determinantes de salud en cuatro campos reflejados en el *Informe Lalonde* de 1974 (biología humana, medio ambiente, estilo de vida y sistemas de atención sanitaria), y al compromiso por parte de los gobiernos, los profesionales sanitarios y de la comunidad internacional, para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo en el informe de la *Conferencia Alma-Ata* (1978)¹³.

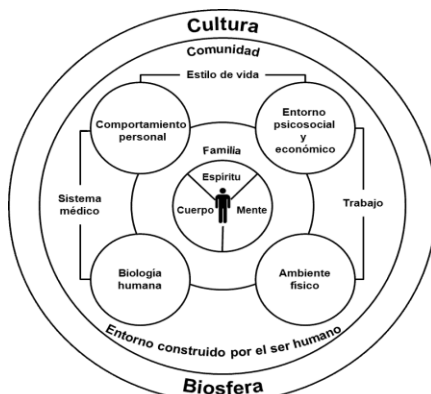
Desde esta perspectiva, en 1985, Hancock desarrolla una investigación en relación con cómo actúan e interaccionan los determinantes de salud, situando en el centro a la persona (constituida por mente, cuerpo y espíritu), factor principal y más relevante en el desarrollo y edificación de su propia salud, y donde por primera vez se introduce el término espíritu en las ciencias de la salud de forma específica como factor influyente.

Este modelo dinámico, basado en el informe Lalonde, distingue el estilo de vida del comportamiento personal, sustentado en los valores y creencias de la persona, por lo tanto, influido, modificado y limitado por el sistema social y cultural en el que se desenvuelve. Otras de sus características, innovador por entonces, es que aborda la salud en sentido holístico lo mismo que integra “*la aplicación juiciosa*” (sic) de los conocimientos de las ciencias sociales y las ciencias naturales, dejando de lado “*los enfoques simplistas que ignoran la realidad compleja del ecosistema humano*” (sic).

¹³ Conclusiones Conferencia Alma-Ata 1978. [9243541358.pdf?jsessionid=98B7B1DE3A9F6FF17AC6B3DD2196860F \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/9243541358.pdf?jsessionid=98B7B1DE3A9F6FF17AC6B3DD2196860F)

Figura 2

Modelo Mandala de la Salud



Fuente: Adaptado de Trevor Hancock. *“The mandala of health: a model of the human ecosystem”*

Posteriormente, la Carta de Ottawa (1986)¹⁴ establece los requisitos fundamentales para la salud y se populariza en modelo de capas de Dahlgren y Whitehead (*The Rainbow Model*) como un sistema interdependiente en el cual las estrategias para la salud y su equidad basan su efectividad en la sinergia de esfuerzos a diferentes niveles, clave para procurar su éxito.

Figura 3

Modelo de capas



Fuente: Adaptado de Dahlgren, Göran & Whitehead, Margaret, 1991. *«Policies and strategies to promote social equity in health»*

En 2003, la WHO publicó la segunda edición de *“Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados”*, revisado en 2008, donde de nuevo toman especial

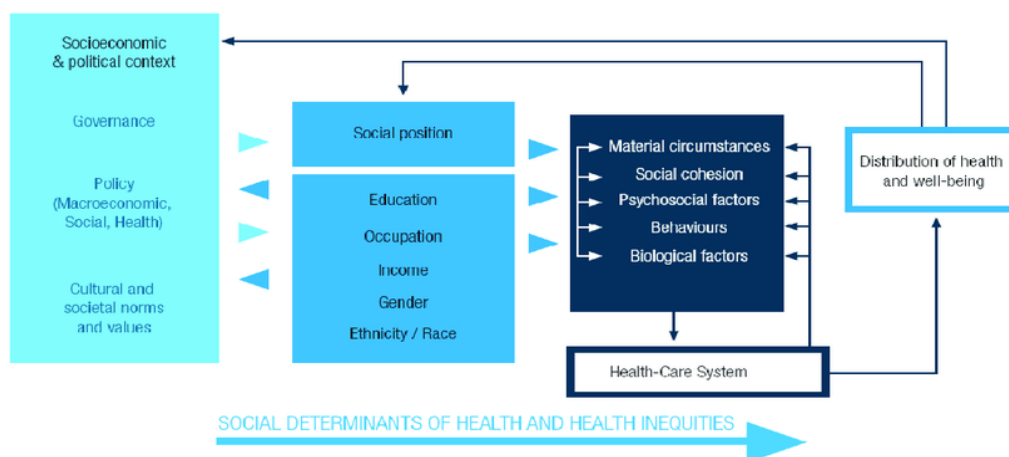
¹⁴ [Carta de Ottawa-01-1 \(uvigo.es\)](http://Carta de Ottawa-01-1 (uvigo.es))

relevancia, los valores (*values*), que condicionan la educación (*education*) y la conducta (*behaviours*), lo cual finalmente repercute en el sistema sanitario respecto a la distribución del cuidado de la salud y el bienestar.

En esta revisión el paradigma del bienestar se descentra del abordaje de la salud desde el tratamiento de la enfermedad, y se considera desde un enfoque en el cual el bienestar se fundamenta desde la realidad del ser humano y no de su patología. En este sentido, el sistema de creencias está condicionadas por factores individuales derivados de la personalidad y la vivencia de su existencia, y por factores sociales que emanan de la interacción con el medio en el que subsiste y que se concreta en una conducta propia (Valdés, 2004).

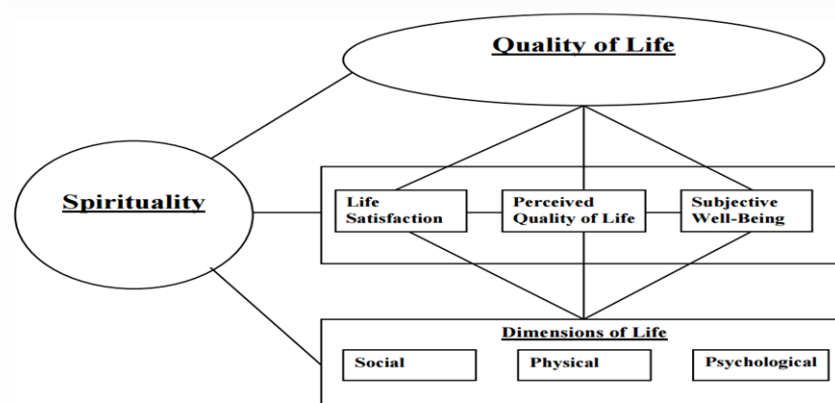
Figura 4

Marco conceptual de la Comisión en Determinantes sociales de Salud



Fuente: OMS 2008

La WHO, también en su grupo estudio de Calidad de Vida (WHOQOL, 1995), evalúa “la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares e intereses”, e introduce como aspecto sustancial reconocer a la espiritualidad, la religión y las creencias personales como parte de la naturaleza multidimensional de lo que es la interpretación de la calidad de vida. Propone seis dimensiones compuestas por diversos subdominios a evaluar: físico, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, medio ambiente y por último espiritualidad, religión y creencias personales.

Figura 5***Relación espiritualidad y calidad de vida***

Fuente: The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization

Investigaciones posteriores demuestran la relación significativa entre bienestar espiritual y calidad de vida (Brady et al, 1999), por ejemplo, en oncología, del mismo modo que la relación existente con el bienestar físico y que incluso se relaciona con la capacidad de disfrute en medio de los síntomas. Existen otros estudios realizados que también evidencian este hecho abriendo la perspectiva respecto al cuidado de la dimensión espiritual y su impacto en la calidad de vida, valorado en otras áreas de salud (Moberg, 2005; Counted et al, 2017; Burlacu et al, 2019; Borges et al, 2021).

Por otro lado, hay otro tipo de investigaciones que demuestran que cuanto mayor es el nivel espiritual de una persona, mejor es su calidad de vida y su grado de resiliencia (Ano & Vasconcelles, 2005; Peres et al, 2007; Dewi & Hamza, 2019; de Diego-Cordero et al, 2022) ante los desafíos vitales como por ejemplo son la enfermedad y la entereza ante la muerte y la estrecha relación que existe entre la salud mental y el estado espiritual como también demuestran otros tipos de investigaciones al respecto en su influjo en la ansiedad, la depresión o el riesgo de suicidio (Sloan et al, 1999; Koenig, 2000; Mueller et al, 2001; Van Ness et al, 2002; Braam & Koenig, 2019; Garssen et al, 2021; Balboni et al, 2022).

ESPIRITUALIDAD Y LOS FINES DE LA MEDICINA

En 1996, un grupo de investigadores expertos de 14 países pertenecientes al Hastings Center elaboró un documento llamado *Los Fines de la Medicina*, en el que se dilucidaron los desafíos a los que hasta entonces se enfrentaba la medicina tradicional,

la cual era definida como “el arte y la ciencia del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y la conservación de la salud (Medical Dictionary, Dorland)”.

Fueron las presiones de diferente índole (sociales, culturales, políticas, económicas...) las que generaron una reformulación de la realidad de la medicina y de sus objetivos, considerando que entre sus deberes éticos se encontraba responder a las necesidades existentes y actualizar el concepto tradicional hasta entonces imperante.

El primer reto fue definir el concepto salud el cual radica en cómo se expresa en el ser humano, suscrita al contexto socio cultural:

... experiencia de bienestar e integridad del cuerpo y la mente. La salud se caracteriza por la ausencia de males de consideración y, por tanto, por la capacidad de una persona para perseguir sus metas vitales y desenvolverse adecuadamente en contextos sociales y laborales habituales. (...) el buen funcionamiento del cuerpo, la ausencia de disfunciones y la consiguiente capacidad de actuar en el mundo¹⁵.

Con esta definición se desmarcó de la definición de salud de la OMS de 1948: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹⁶.

En el documento del Centro Hastings se enarbolaron una serie de premisas con el fin de que la práctica de la medicina contribuyese a un progreso real de la humanidad considerando las vicisitudes que puedan aparecer en su desarrollo; las sociedades cambian y la medicina debe ir a la par manteniéndose accesible, viable y sostenible al servicio de todos los seres humanos. Ante la evolución científica y tecnológica, la concepción tradicional de la medicina sobre su cometido (salvar y prolongar la vida, promover y conservar la salud, aliviar el dolor y el sufrimiento) quedaba obsoleta, debiendo actualizarse en función de las demandas sociales.

¹⁵ Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Los fines de la medicina – N.º 11 – (2004).

¹⁶ La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la WHO, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N.º 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. web; [Preguntas más frecuentes \(who.int\)](#).

En este sentido y respecto a la definición de salud de la OMS, no fue hasta la Asamblea Mundial de la Salud de 1984, que la dimensión espiritual se incluyó como una faceta más en las estrategias de promoción de la salud (ANEXO I).

En los Fines de la Medicina también se contempla que ésta no debe abstraerse de la condición esencial del ser humano en cuanto se centra en los datos objetivos medibles y biológicos en el abordaje de su salud y en detrimento de otros aspectos igualmente de interés como son las dimensiones psicológica, social y espiritual.

En el documento se establecen 4 objetivos fundamentales de la medicina actual (entendida globalmente en relación con todas las ciencias de la salud):

- La prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud.
- El alivio del dolor y el sufrimiento causados por males.
- La atención y la curación de los enfermos y los cuidados a los incurables.
- La evitación de la muerte prematura y la busca de una muerte tranquila.

En el contexto del alivio del dolor y el sufrimiento, habría que tener en cuenta un matiz previo con respecto a sus significados como refiere Eric Cassel en su libro *La naturaleza del sufrimiento y los Fines de la Medicina*¹⁷: mientras que el dolor es objetivo y ocurre en tiempo real, el sufrimiento tiene una connotación subjetiva, ligado a aspectos psicológicos, emocionales e incluso trascendentes que pueden emerger y modular una respuesta somática y por tanto biológica. En cuanto a este contexto, se considera a la dimensión espiritual, además de ser origen de necesidades, puede ser fuente de recursos para el afrontamiento, proporcionando a la persona mayor resiliencia (Walsh, 1999; Lorenzo, 2018).

El sufrimiento abarca también a la dimensión de la trascendencia: durante la enfermedad, todo sentido de significado de la persona pueda estar amenazada por la aparición aguda repentina de una enfermedad potencialmente mortal (Mayou et al. 2000, Lane et al. 2002) y la persona puede pasar por un período de reevaluación de su vida en un intento de comprender el alcance y el propósito de enfermedad y la esperanza de su vida futura (Baldacchino 2002, Walton 1999, 2002). El sufrimiento espiritual puede ser el resultado de la incapacidad para encontrar fuentes de significado, esperanza, fuerza y conexión en la vida y/o cuando surgen conflictos entre

¹⁷ The nature of suffering and the goals of medicine. Eric J. Cassell, (1998).

sus creencias y su enfermedad (Dossy & Dossy 1998, Anandarajah & Hight 2001) pudiendo ser perjudicial para la salud de la persona (Koenig et al. 2001, Baldaccino 2003).

Este aspecto es evidente a su vez en la línea de la atención y curación de los enfermos, en el cuidado de aquellos que no tienen cura y en el final de la vida, donde el cuestionamiento sobre preguntas existenciales emerge más si cabe, no debiendo relegar la atención en esta esfera. Varios autores han mostrado que los pacientes con enfermedades terminales desean que los médicos exploren sus necesidades R/S (Post et al, 2000; Chochinov & Cann, 2005; Alcorn et al, 2010), que incluyen ayuda y acompañamiento para afrontar sus miedos, encontrar esperanza y significado a sus vidas, encontrar recursos espirituales, tener a alguien con quien hablar sobre la vida y la muerte (Moadel et al, 1999), así como apoyo familiar, emocional, necesidad de comprensión, de reducción de la soledad, necesidades religiosas (ritos y oración), consuelo, significado y restablecimiento de un sentido de normalidad (Nixon & Narayanasamy, 2010).

Deriva de estos hechos, referido y documentado por otros autores (Spohn, 1997; Post et al, 2000; Puchalski, 2001; Thoresen & Harris, 2002; Kirschner, 2003; Cobb et al, 2012; Pujol et al, 2016), el interés ético en atender a la persona para responder a ese sufrimiento y para su afrontamiento de la enfermedad también desde la dimensión espiritual, la dimensión *del sentido*, en íntima relación con la naturaleza única e irrepetible de la persona, de la dignidad del ser humano, extensible a otros ámbitos de la salud.

Algunos autores refieren que las enfermedades, antes incurables, tienen solución o se han vuelto crónicas y no letales, y la medicina actual se centra en la finitud de los cuerpos, de la dimensión física y biológica, sin ampliar su mirada a las personas en su totalidad y por completo. Se precisa considerar a la persona como un ser en relación donde la enfermedad irrumpe afectando a sus conexiones físicas, psíquicas, sociales y espirituales, de igual modo y como partes de un mismo ser, primordial para dar respuesta a las necesidades de la Medicina actuales. Para ello defienden el modelo biopsicosocial y espiritual, holístico, fundamento de una verdadera humanización de la atención clínica, de una asistencia integral (Sulmasy, 2002).

ESPIRITUALIDAD Y HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

En la práctica clínica, la humanización sanitaria se sostiene en un enfoque multidimensional que implica considerar a la persona como un ser con diferentes facetas que abordar: física, psíquica, social y espiritual (Saad et al, 2017), más allá del propuesto por Engel (1977).

El ser humano no es una realidad simple sino un todo complejo en el que se pueden distinguir, sin separarlas, un ser corpóreo, pero más que un cuerpo biológico, un ser individual que necesita de la sociedad formada por sus semejantes, un ser con capacidad cognoscitiva que se orienta no sólo a la contemplación teórica sino también a la acción práctica y un ser que experimenta una serie de necesidades trascendentes que ha de satisfacer (Sulmasy, 2002).

Todas las dimensiones son importantes, todas experimentan procesos de desarrollo y se influyen mutuamente. Se encuentran en relación dinámica permanente y simultánea formando un todo en el cual ninguna de ellas se puede reducir o subordinar a otra ni puede ser contemplada de forma aislada. En conjunto dotan a la persona de capacidades y posibilidades específicas, conforman su personalidad y la manera en que se conduce en su trayectoria vital.

La interacción mutua de estas dimensiones confiere singularidad a cada persona (López-Tarrida et al, 2020) lo cual condiciona sus medios y recursos para abordar el contexto en el que vive. La integración de estas dimensiones hace que la persona se desarrolle de forma plena en un proceso que se extiende durante toda su vida, la caracteriza e identifica como tal, con una personalidad, una vivencia y una experiencia de los acontecimientos que se suceden, que es única y distintiva. Ante cualquier eventualidad, el comportamiento y la conducta varía según se tengan desarrolladas unas u otras dimensiones, lo mismo que según el momento vital en el que se encuentre la persona.

La humanización sanitaria implica además de estas consideraciones otras relacionadas con la organización, la estructura, la dinámica asistencial y los recursos humanos y materiales en el sistema de salud que ayuden a establecer relaciones significativas, base del cuidado humanizado, sustentado en un abordaje empático (compasivo) y respetuoso.

Imagen 1

Evolución de la atención centrada en el paciente a la atención centrada en la persona a la humanización de la atención y los cuidados

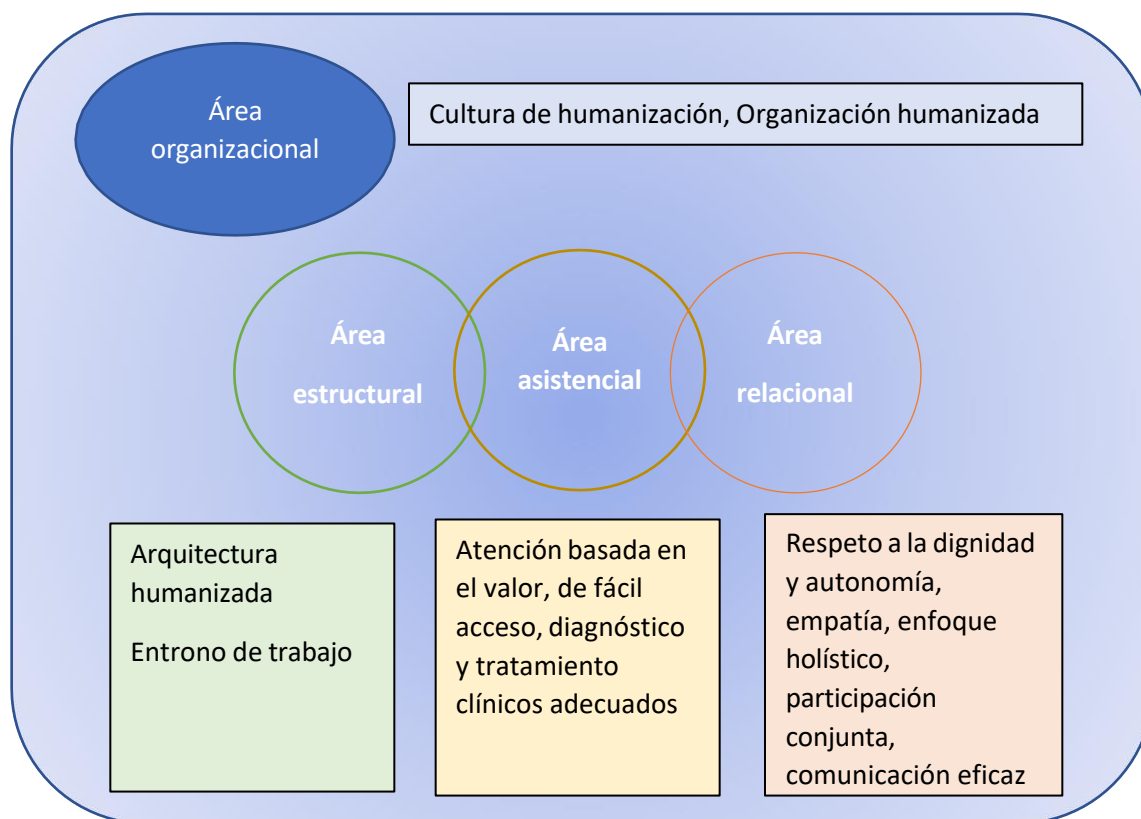


Fuente: Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. (2019)

Busch et al (2019), reflejaron en su manuscrito una compilación de elementos clave para una verdadera humanización de la asistencia sanitaria, considerando las perspectivas de las partes interesadas (personas atendidas, cuidadores de los mismos y profesionales de la salud), conscientes de las barreras existentes de toda índole, los desafíos futuros y las estrategias plausibles para su implementación.

Realizando un análisis, es en las áreas transversales que integran la asistencia sanitaria centrada en la persona, y en concreto en el aspecto relacional donde la atención espiritual toma mayor relevancia como parte del enfoque holístico y de atención a la singularidad de la persona atendida.

Figura 6

Áreas transversales centradas en las personas en la Humanización sanitaria

Fuente: adaptado del Plan de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía, Estrategia de Humanización compartida (2021)

En el entorno clínico, comprender la enfermedad transita por comprender al ser humano que la padece, en todas sus dimensiones, y en este ámbito se suelen paliar las carencias o las necesidades del individuo ya sean de índole física, psicológica, social o espiritual. Pero hay una salvedad, y es que la dimensión espiritual también puede ser una fuente de recursos y de herramientas para el afrontamiento de la enfermedad (Walsh, 1999; Lorenzo, 2018).

La WHO con su informe de reflexión 804 sobre el Alivio del Dolor y Tratamiento de Apoyo activo en el Cáncer (1990)¹⁸, puso énfasis en esta cuestión; un comité de expertos comenzó a valorar de manera formal los aspectos espirituales de los pacientes con cáncer (extrapolables a toda persona que enferma). En este documento se describe a la espiritualidad como “*esos aspectos de la vida humana relacionados con experiencias*

¹⁸ Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer: informe de un Comité de Expertos de la OMS [se reunió en Ginebra del 3 al 10 de julio de 1989] (who.int)

que trascienden los fenómenos sensibles”, lo cual hace que trascienda de los fenómenos sensibles, somáticos e “ir más allá de la realidad inmediata” (Nogués, 2013)¹⁹.

Torralba describe “en virtud de la inteligencia espiritual”, que (...) “el ser humano es capaz de generar un mundo intangible. Por ello es más que cuerpo”²⁰.

Oncología y Cuidados Paliativos son los entornos clínicos pioneros donde comienzan a considerarse con mayor criterio la atención de la dimensión espiritual en la asistencia integral de las personas con cáncer o con enfermedad grave terminal, para dar respuesta a todas las necesidades de la persona y garantizando una buena calidad de vida.

Poniendo mayor énfasis en este hecho, el Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos de Norteamérica afirma que el bienestar religioso y espiritual puede ayudar a mejorar la calidad de vida²¹ de diferentes maneras, ya que se ha demostrado que disminuye la ansiedad, la depresión, el enojo y el malestar, disminuye la sensación de aislamiento (sentirse solo) y el riesgo de suicidio. También disminuye el abuso de bebidas alcohólicas y medicamentos, reduce la presión arterial y el riesgo de enfermedades cardíacas, ayuda a que el paciente haga ajustes relacionados con los efectos del cáncer y su tratamiento, aumenta la capacidad de disfrutar de la vida durante y a pesar del tratamiento de cáncer, provee un sentimiento de crecimiento personal a causa de vivir con cáncer, aumenta los sentimientos positivos tales como la esperanza y el optimismo, evita los remordimientos favoreciendo la reconciliación con uno mismo y la propia vida, favorece la satisfacción con la vida y la sensación de paz interior y guarda relación con la esperanza de vida. Por otra parte, también se conoce que el sufrimiento espiritual puede afectar la salud, haciendo más difícil el afrontamiento del cáncer y su tratamiento.

Con estas evidencias, el Instituto Nacional del Cáncer en Estados Unidos de Norteamérica concluye que los proveedores de atención de la salud deben alentar a los pacientes a que se reúnan con consejeros espirituales o religiosos con experiencia para que los ayuden a tratar sus inquietudes espirituales.

En una revisión sistemática realizada en 2019 por Busch et al., cuyo objetivo fue identificar los elementos clave para una verdadera humanización, el área relacional que incluía todos los aspectos asociados directamente en la relación personal y humana

¹⁹ Cerebro y trascendencia. Ramón M. Nogués, (2013).

²⁰ Inteligencia espiritual. Francesc Torralba, (2016).

²¹ National Cancer Institute of USA. [Internet] [Último acceso 19 de marzo de 2022] Disponible en <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidadosmedicosapoyo/espiritualidad/patient/page2#Keypoints> C. López-Tamida

entre profesionales, pacientes y familias, fue el más relevante. Se reflejó la necesidad de una relación genuina en la que no era suficiente tratar los síntomas de la enfermedad, sino que se mencionaron elementos clave como la atención y la presencia. Como especifican los propios autores:

Según nuestros resultados, el elemento clave respeto por la dignidad, singularidad, individualidad y humanidad del paciente apunta a la comprensión de que cada paciente es una persona única con sus propios valores, expectativas y experiencias de vida que han dado forma a la identidad y el estilo relacional del paciente y que podrían haber sido destrozado por la enfermedad.

El respeto por la autonomía de la persona, considerando sus valores y necesidades, se ha demostrado que es significativo para las personas atendidas y es fundamental para una adecuada relación asistencial, donde la toma de decisiones clínicas se realiza de manera conjunta y consensuada (Fitch & Bartlett, 2019). En esta misma revisión se incide en la importancia en que los profesionales estén capacitados para una atención integral, se rijan por principios éticos en su atención y se atiendan sus propias necesidades humanas para una humanización real de la asistencia.

Estas cuestiones están íntimamente relacionadas con la dignidad; la persona puede estimar que su ser está mermado en situaciones de enfermedad al perder la propia funcionalidad (autonomía), lo cual conlleva poner de manifiesto que exprese sus necesidades en toda su globalidad y en este sentido el abordaje interdisciplinar cobra más importancia. El modelo biopsicosocial y espiritual (Sulmasy, 2002) pretende abarcar todas las esferas del ser humano, y entiende que, la enfermedad, el sufrimiento, el dolor y la muerte que se originan de forma tan habitual en los espacios clínicos, provocan momentos de crisis y oportunidad, donde lo espiritual emerge más si cabe, considerando esta ambivalencia que la estima tanto una necesidad que atender como una cualidad que confiere resiliencia a la persona (Koenig, 2004). Numerosos estudios demuestran cómo la espiritualidad, entendida desde lo religioso o no, es soporte para vivir la enfermedad, evidenciando una influencia claramente positiva, con gran relevancia a su vez en su impacto en la calidad de vida (Counted et al, 2018; Hoogeven et a, 2022) e incluso demostrado mediante investigaciones en neurociencia y a nivel molecular (Miller et al, 2012; Shattuck & Muehlenbein, 2020; Britt et al, 2022).

ESPIRITUALIDAD EN LOS ENTORNOS CLÍNICOS

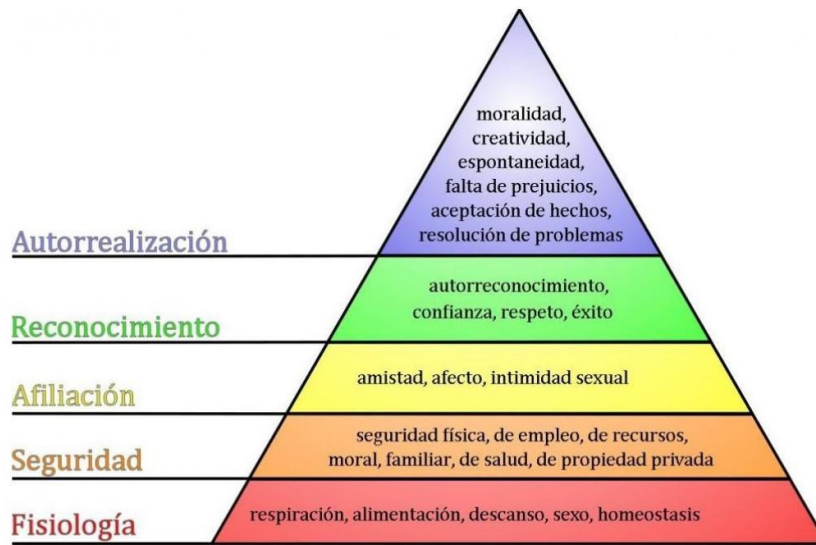
En las últimas décadas y de forma progresiva ha ido adquiriendo mayor relevancia e interés el impacto beneficioso del cuidado espiritual en la salud de los pacientes, puesto que cada vez es mayor el número de publicaciones que inciden en ello (Koenig, 2012, 2020; Puchalski et al, 2019; Balboni et al, 2022) , pero parece que todavía hay una escasa sensibilización en esta área de salud, tal vez, entre otras cuestiones, por diferentes barreras o limitaciones como demuestra la bibliografía existente, tales como una carencia en la formación de los profesionales sanitarios para llevarlo a cabo en su práctica asistencial o los protocolos clínicos establecidos mayoritariamente que no contemplan esta dimensión inicialmente (Kristeller et al, 1999; Farahani et al, 2019), aunque sí se observan en cuidados paliativos los cuales sí incluyen pautas sobre detección y atención de necesidades espirituales.

Ante el abordaje de una adecuada atención a la dimensión espiritual en la práctica clínica, existe una amplia literatura científica al respecto y entre las diferentes perspectivas que analizan este hecho, se encuentran cómo medir la dimensión espiritual en los pacientes (Saad et al, 2017), los cuales demandan hablar con los profesionales que los atienden sobre estos temas (Ernecoff et al, 2015; Astrow et al, 2018), en diferentes áreas de la salud (Willemse et al, 2020; Badanta et al, 2022) o desde el distinto abordaje según el profesional al que se le interroga (Hawthorne & Gordon, 2020; Bar-Sela et al, 2019).

Pero esta atención de lo espiritual ¿cómo se expresa y articula en la práctica? ¿cómo es posible apreciarla cuando la persona atendida precisa de una atención sobre la misma?

El psicólogo humanista Maslow en su Teoría sobre la Motivación Humana²², establece una jerarquía de necesidades con las que trata de explicar qué impulsa y determina el comportamiento del ser humano. Visualmente se configura como una pirámide en cuya base se encuentran las necesidades básicas para la supervivencia del individuo y en la cúspide, las necesidades más elevadas para la autorrealización personal, donde está incluida lo que se explica como “la necesidad de ser”, del desarrollo del potencial humano y del sentido vital. La conducta del ser humano asciende en este orden de necesidades en función de que las que van siendo satisfechas, al igual que se retrocede si aparece alguna carencia en niveles inferiores.

²² A Theory of Human Motivation. Abraham Maslow, (1943).

Figura 7***Pirámide de Maslow***

Fuente: A Theory of Human Motivation (1943)

Atender estas necesidades “más elevadas”, confiere a la persona de las herramientas para la búsqueda de significado, la integración de los retos que afrontar y la trascendencia de estos. Mientras que las otras necesidades (fisiológicas, de seguridad y protección, sociales-afiliación, estima-reconocimiento), son presentadas como carencias a paliar, esta se presenta a su vez como la más racional y que distinguen al ser humano del resto de los animales.

En esta línea, la enfermera Virginia Henderson incorporó prácticas éticas integradas en la enfermería basadas en la relación profesional con los pacientes, considerando la entrevista clínica y la valoración enfermera mediante el Modelo de Necesidades Básicas Humanas (Henderson, 1961).

La función 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. (extraído de la Revista Enfermería Actual. Actualización de Enfermería, 2022)

Así pues, las necesidades básicas de la persona atendida son entendidas como requisitos fundamentales para mantener la integridad de la persona, ya que cada necesidad implica a todas sus dimensiones: biológica, psicológica, sociocultural y

espiritual. Entre ellas se encuentra la necesidad de practicar sus creencias, entendida no sólo como una carencia sino como una facultad:

La capacidad de la persona a explorar, conocer, y promover, sus propios principios, valores, y creencias. Igualmente, manejar esas cuestiones a efectos de elaborar el sentido que le desea dar a la propia vida y a su paso por la sociedad. (Allgood & Tomey, 2018)

Por tanto, la dimensión espiritual se encarna en la experiencia de la necesidad espiritual (R/S) en la práctica clínica, como se aprecia dado el repositorio de estudios sobre esta experiencia definida por múltiples autores (Narayanasamy et al, 2004; Cobb et al, 2012; Timmins & Caldeira, 2017).

Como define Torralba, lo espiritual se expresa en lo corporal²³, y las necesidades espirituales se expresan en la corporeidad del ser humano, en lo material, con diferencias según la persona y el contexto socio cultural en el que se encuentra. Las necesidades de orden espiritual irrumpen en lo más profundo del ser humano y exhortan a un cuidado acorde profesional y capacitado. Entre las que enumera en el contexto sanitario se encuentran: la necesidad de sentido, de reconciliación con uno mismo y la propia vida, el reconocimiento de la propia identidad como persona o la de silencio (Torralba, 2003).

Christine Jomain en su libro *Morir en la ternura, vivir el último instante*²⁴, las define: "Son las necesidades de creyentes y no creyentes que buscan un alimento espiritual, una verdad esencial, la esperanza, el sentido de la vida y de la muerte, o que también desean transmitir un mensaje al final de la vida".

La necesidad espiritual genera una atención y un cuidado espiritual, como la EAPC (European Association Palliative Care) refiere:

La atención espiritual reconoce y responde al espíritu humano cuando se enfrenta a acontecimientos que cambian la vida o a la tristeza, y puede incluir la necesidad de sentido, de autoestima, de expresarse, de apoyo en la fe, quizá de ritos u oraciones o sacramentos, o simplemente de un oyente sensible. La atención espiritual comienza

²³ Inteligencia espiritual. Francesc Torralba, (2016).

²⁴ Morir en la ternura: vivir el último instante. Christine Jomain. (1987).

con el fomento del contacto humano en una relación compasiva y avanza en la dirección que la necesidad requiera.

Caldeira (2009) concreta: “Actitud de cuidado que se expresa en la realización de intervenciones reflexionadas y planificadas, individualmente, o dentro del equipo multidisciplinar, cuyo objetivo es promover el máximo bienestar y facilitar el hallazgo de sentido a la vida”.

El replanteamiento de por qué el dominio espiritual (o existencial como lo llaman algunos autores) debe estar integrado en la atención holística en la práctica clínica y en un contexto social plural en relación con este aspecto, origina un auténtico desafío. Se ve implicada tanto la competencia profesional en la atención espiritual como la propia orientación del sanitario (Liefbroer et al, 2019).

Entre las principales cuestiones que se generan es quién debe proporcionar el cuidado espiritual en los entornos clínicos y la influencia de la espiritualidad del profesional en dicha atención. La mayoría de las aportaciones científicas y académicas al respecto van encaminadas a una capacitación específica de los profesionales tanto de la enfermería como de la medicina en la atención de la dimensión espiritual del mismo modo que se contempla en otro tipo de cuidados (Timmins & Caldeira, 2019; Puchalski et al, 2020, 2022), ejerciendo la responsabilidad profesional de atender a la persona de forma integral.

TEORÍAS ENFERMERAS Y ESPIRITUALIDAD

En este sentido, son los profesionales de la enfermería los que prestan más atención curricular al respecto, ya que en el histórico de su fundamentación autores como Nightingale incorporando la visión humanista y el paradigma del cuidado integral o Rodgers al incorporar el término *holismo*, considerando a la persona como “*un todo único con integridad propia*” (Alligood & Tomey, 2018), avalan la atención global del ser humano en todas sus dimensiones. Son autoras como Watson, Roy, o Peplau las que principalmente versan sus teorías incorporando la dimensión espiritual en ellas, confiriendo entidad a esta esfera dentro del modelo integral de atención y cuidado.

En consecuencia, Jean Watson mediante su *Teoría sobre el Cuidado Transpersonal*²⁵ (Alligood & Tomey, 2018) explica que la persona no se limita al mero

²⁵ Nursing: Human science and human care: A theory of nursing (Vol. 15, No. 2236). Jean Watson, (1999).

hecho de la existencia de un cuerpo físico, sino que este se encuentra conectado a un alma y a una mente, los cuales funcionan en un conjunto, abandonando el modelo biomédico tradicional y dando relevancia a aspectos más trascendentales. La salud es entendida como la armonía entre cuerpo, alma y mente, así como una concordancia en la identificación y ejecución del yo; cuando esa relación se rompe, hablamos de enfermedad. En sus reflexiones incide sobre la inminente deshumanización del cuidado debido tanto al avance de la medicina como a la reestructuración de los sistemas de salud donde es necesario centrarse en los aspectos más humanos, espirituales y trascendentales.

Callista Roy sostiene que la persona es un ser en relación con cuanto lo rodea y con el cual interactúa. Según su *Modelo de Adaptación*²⁶, basado en premisas filosóficas y científicas, la espiritualidad es un factor influyente para todo comportamiento de adecuación, una estrategia para hacer frente a los estímulos y habituarse al medio ya que esta adaptación le confiere salud a la persona.

Hildegard E. Peplau, con su *Teoría de las relaciones interpersonales*²⁷ expone que el individuo debe ser visto como un ser bio-psico-social-espiritual, donde la dimensión espiritual se conforma de un sistema de creencias y propone que comprender la dimensión espiritual puede ayudar a conectar con la forma de sentir, pensar y desenvolverse en el mundo de la persona atendida.

Actualmente la Enfermería va progresando en el desarrollo de investigaciones que sustentan la importancia del cuidado de la dimensión espiritual como parte integral de sus competencias dentro de la asistencia sanitaria apoyadas en estas teorías, desarrolladas y fundamentadas en estudios con una metodología variada que muestran su veracidad (Caldeira et al, 2013; Timmins & Caldeira 2017; Badanta et al, 2022; de Diego-Cordero et al, 2022).

Una mención aparte recibe la rigurosa integración de los cuidados de las necesidades en el ámbito enfermero como se demuestra en el uso de la taxonomía norteamericana de Enfermería NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*)²⁸. una fundación de enfermeras que se creó con el objeto de definir y

²⁶ The Roy adaptation model and research: Global perspective. Callista Roy, Martha V. Whetsell, & Keville Frederickson, (2009).

²⁷ Overview of Peplau's Theory. In *From Therapeutic Relationships to Transitional Care* (pp. 3-15). Cheryl Forchuk (2021).

²⁸ [NANDA International, Inc | Home](#)

auspiciar una terminología que fuera útil para la realización de juicios clínicos enfermeros y una implementación internacional para así asegurar un correcto registro de los mismos junto con una mayor difusión a nivel global. La identificación de necesidades de cuidados se articula a través de la *Nursing Outcomes Classification* (NOC) y se evalúan las actuaciones emprendidas mediante la *Nursing Interventions Classification* (NIC).

Hay que señalar que entre estos diagnósticos NANDA se pueden encontrar valoraciones de la persona que es atendida como el bienestar espiritual, el sufrimiento espiritual, la desesperanza (hundimiento espiritual) o la incomunicación espiritual (indiferencia espiritual), y entre las intervenciones (NIC), el apoyo espiritual o la ayuda al crecimiento espiritual, prueba de que se tiene más integrado el abordaje de esta dimensión en sus competencias.

LA VISIÓN MÉDICA

En los últimos tiempos, la aportación médica adolece de la sistematización que por ejemplo proporciona la Enfermería en relación con el cuidado espiritual, desde su identificación a su manejo.

Por ejemplo respecto a la taxonomía clínica enmarcada en la CIE-10 (Clasificación Internacional de enfermedades) que recoge la clasificación y codificación enfermedades, signos, síntomas, hallazgos anormales, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad o la DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) como sistema de clasificación de trastornos psicológicos o mentales, apenas habida cuenta de afecciones de la dimensión espiritual, y sólo la DSM-IV contempla la codificación *Z71.8 Problema religioso o espiritual (V62.89)*:

El objeto de atención clínica es un problema religioso o espiritual. Los ejemplos incluyen el malestar que implica la pérdida o el cuestionamiento de la fe, los problemas asociados con la conversión a una nueva fe, o el cuestionamiento de los valores espirituales que pueden o no estar necesariamente relacionados con una iglesia organizada o con una institución religiosa.

Poco más se especifica en Medicina al respecto sobre el enfoque R/S, a su diagnóstico y tratamiento, a excepción de las áreas de cuidados paliativos donde la constatación empírica de la afectación espiritual en sus pacientes y donde la

emergencia de lo espiritual es más evidente y relevante, supone una reconducción de sus planteamientos y sus prácticas de atención clínica (Puchalski et al, 2009).

Se ha identificado al bienestar espiritual por un estado de ánimo positivo donde predomina la esperanza y la salud espiritual, mientras que el malestar espiritual se caracteriza por un estado de ánimo negativo en el que predomina el sufrimiento espiritual. La causa, según determina la clasificación enfermera NANDA, es el *“deterioro de la capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza y/o un poder superior al propio yo”*.

Parece que tiene mayor raigambre el cuidado de la espiritualidad en la práctica clínica por parte de la Enfermería en cuanto la persona se ha de enfrentar a desafíos como son la enfermedad grave o la muerte. Referentes como Cicely Saunders²⁹, fundadora de los cuidados paliativos modernos y su promoción del movimiento *hospice*, además de acuñar el término *dolor total* (sufrimiento espiritual al final de la vida), contribuyeron a que la atención de las personas al final de sus vidas se realizara de forma integral e integrada en el cuidado clínico asistiendo a todas sus dimensiones.

En Medicina, varios autores en el siglo pasado (McKee & Chappel, 1992; Sloan et al, 1999) comenzaron a contemplar el alcance de las investigaciones respecto a la atención de lo espiritual y/o religioso en los entornos clínicos, teniendo en cuenta el aspecto ético en la consideración de los valores, creencias y convicciones de las personas que atendían (aunque no se compartieran los mismos y sin imponer los propios), para la toma de decisiones clínicas y como generador de fortalezas para afrontar la enfermedad.

Otros clínicos (Koenig et al, 1999; D’Souza, 2007) argüían el deber del vínculo humano que se establece en la relación clínica entre médico y paciente al abordar su dimensión espiritual para una comprensión más profunda de la persona y de sus necesidades, que además de mejorar dicha relación se constituye como fortaleza para su sanación y la recuperación de su salud. Este vínculo es sustrato del humanismo médico, cuya vocación es *“curar a veces, aliviar a menudo y consolar siempre”* (frase, atribuida a Hipócrates por unos y a los médicos franceses Bérard y Gubler, por otros) acompañando a la persona que sufre en lo que le confiere sentido y esperanza a su vida durante la enfermedad.

²⁹ Watch with Me. Inspiration for a life in hospice care. Cicely Saunders, (2005).

Sin embargo, para otros colegas (Puchalski & Larson, 1998) es preocupante que los médicos parece que se han olvidado de la compasión y con frecuencia relegan hablar de los temas espirituales con sus pacientes, aun sabiendo que éstos lo requieren (Wirpsa et al, 2019; Scheunemann et al, 2019) y las evidencias científicas existentes a cerca del impacto positivo de la espiritualidad en la curación y recobramiento de la salud, proponiendo para ello la formación específica en la educación médica.

Voces de autores clínicos como las de Puchalski (Puchalski & Romer, 2000) y Sajja (Sajja & Puchalski, 2018), defienden el imperativo del desarrollo de competencias educativas orientadas al cuidado de la dimensión espiritual, con pautas para desarrollar esta habilidad en la profesionalización del médico. Handzo (Handzo & Koenig, 2004) o Koenig (Koenig, 2004, 2008; Koenig et al, 2010) además, desplazan el foco de atención a mejorar la calidad de la atención clínica con la incorporación de la atención espiritual en la estructura de los sistemas de salud, ofreciendo propuestas de mejora para salvar las dificultades que puedan surgir al considerar esta dimensión en la práctica.

Contemplando esta idea de una formación específica en atención espiritual de manera formal junto con las habilidades científico-técnicas ya integradas, se genera en el profesional una sensibilidad al respecto y una mayor percepción e inclinación hacia el cuidado de lo espiritual como demuestran diversos estudios realizados a nivel académico (Lucchetti et al, 2013; Smothers et al, 2019; Piscitello & Martin, 2020).

También se aborda el interés en realizar más investigaciones en este sentido para conformar un adecuado enfoque del cuidado de lo espiritual desde el punto de vista médico, tanto en cuanto se profundiza más en el tema con diferentes estudios. Entre ellos, la evaluación de las necesidades en la práctica clínica, entre las cuales se encuentran las espirituales, valora la disparidad entre las experiencias reales de los pacientes y sus expectativas en el proceso de su enfermedad. La atención médica que acomete este tipo de necesidades contribuye a la mejora de su recuperación, como refieren varios autores, y el no satisfacer este tipo de cuestiones, significa ignorar su dignidad y sus derechos fundamentales (Büssing & Koenig, 2010; Sharma et al, 2012). Otros estudios en medicina demuestran que la atención de las necesidades espirituales en las enfermedades crónicas tiene gran valor para soportar el dolor crónico y el sufrimiento (Büssing, A., & Peng-Keller, 2021), en la salud mental como recurso (Milner et al, 2020) y en las unidades de cuidados intensivos creando una atmósfera de apoyo espiritual (Ho et al, 2018).

En un estudio reciente realizado en Dinamarca por médicos respecto a las necesidades espirituales, se evidencia la importancia de la atención espiritual en los

entornos clínicos en sociedades postseculares, tanto en personas sanas como enfermas, lo cual demuestra a su vez, que la dimensión de sentido está presente en el ser humano, independientemente de si esa espiritualidad la cristaliza en un dogma y un credo. Los propios investigadores defienden que sus hallazgos son esenciales para las políticas de salud pública y la atención clínica (Stripp et al, 2023).

ESPIRITUALIDAD EN LA PRÁCTICA

Para mayor comprensión del interés de la espiritualidad en la práctica clínica, en 2009 se convocó una Conferencia de Consenso la cual tuvo como fin identificar puntos de acuerdo sobre la espiritualidad en su aplicación a los cuidados de salud y hacer recomendaciones para aumentar la atención de lo espiritual en los cuidados paliativos (Puchalski et al, 2009).

En el modelo planteado para el abordaje integral de la persona, se declaró que los profesionales sanitarios debían saber discernir cuándo plantea problemas de índole espiritual y realizar las derivaciones oportunas a proveedores experimentados. Si se detecta una necesidad espiritual, debe establecerse un cuidado, de igual manera que cualquier otro problema físico, psíquico o social, respetando la dignidad de la persona, sus creencias y convicciones, procurando un enfoque interdisciplinario.

Se propuso una definición que concilia las visiones europea y norteamericana:

La Espiritualidad es la dimensión humana que se refiere a la forma en que las personas buscan y expresan el significado y el propósito vital y la forma en que viven su conexión con el momento, con uno mismo, con los demás, con la naturaleza, el arte y con lo significativo o con lo sagrado.

En este grupo de reflexión sobre el cuidado al final de la vida, se dirimió el constructo *campo espiritual*, contemplando su aspecto multidimensional, que abarca:

1. Los retos existenciales (cuestiones relativas a la identidad, significado vital, el sufrimiento y la muerte, la culpa y la vergüenza, la reconciliación y el perdón, la libertad y la responsabilidad, la esperanza y la desesperación, el amor y la alegría)

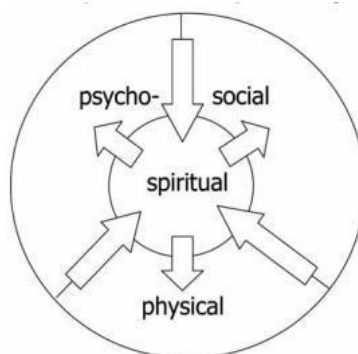
2. Las consideraciones vitales basadas en valores y actitudes (lo que es más importante para cada persona, tales como relaciones con uno mismo, la familia, los amigos, el trabajo, las cosas la naturaleza, el arte y la cultura, la ética y la moral y la vida misma)
3. Las cuestiones y fundamentos religiosos (fe, creencias y prácticas, la relación con Dios o lo último)

Esta dimensión también se refiere a la necesidad de encontrar significado vital en la crisis, como ocurre ante la enfermedad o la muerte, lo que requiere una atención y ayuda específica para elaborar el sentido de la situación; las personas, para afrontar esos momentos de crisis, buscan respuestas en sus fuentes vitales, en unos casos serán espirituales y/o religiosas, en otros podrán ser filosóficas, culturales o de otro carácter.

Algunos autores clínicos incluso profundizan y desarrollan esta concepción y declaran que la espiritualidad es la dimensión más profunda e íntima del ser humano, menos cuantificable que las facetas física, psicológica y social, y es definida como:

La espiritualidad es la capacidad filosófica de revisión del ser humano, con la cual se cuestiona, experimenta y da sentido a su vida, relacionada con todas las fuentes de inspiración, desde las religiosas hasta las cotidianas. Para algunas personas el acento se pone en la vida interior emocional (por ejemplo, la oración, el disfrute de la naturaleza, la literatura, la música, el arte) o actividades (meditación, realizar o participar en rituales, o esforzarse por una buena causa), otros la experimentan más intelectualmente (contemplación estudio). La espiritualidad influye en toda nuestra existencia, es dinámica y tiene más que ver con el origen de nuestras actitudes que con un ámbito definido de la vida. (Van de Geer & Leget, 2012).

No la consideran una faceta más del ser humano estructurada con los aspectos físico, psicológico o social sino imbuida en el fuero interno de la persona dotando a la misma de su capacidad de gobierno y acción vital.

Figura 8***La posición de la espiritualidad***

Fuente: Figura extraída del documento *How spirituality is integrated system-wide in the Netherlands Palliative Care National Programme* (Van de Geer y Leget, 2012)

Para estos autores, la espiritualidad no es una dimensión más del ser humano, sino que es el sustrato, la esencia misma del individuo, el cual es el sostén por el cual se rige y se conduce en su vida, y cuya integridad influye en su estado de salud. La EACP señala que una mejor educación del profesional en relación con la atención espiritual se acompaña de modelos de mejoras en las prácticas sustentados en evidencias científicas (Best et al, 2019).

Su investigación fructifica en tres líneas generales respecto a lo que es la capacitación específica:

- Desarrollar la capacidad de autorreflexión del personal sanitario sobre cuestiones espirituales para considerar su importancia en la propia vida
- Reconocer la relevancia de la espiritualidad en la vida de la persona atendida para así detectar y comprender sus necesidades espirituales y poder asistirles en el entorno clínico
- Integrar las necesidades espirituales como parte de los planes de atención sanitaria con un adecuado registro de la historia espiritual
- Respeto por la idiosincrasia de la persona respecto a su cultura, su tradición, sus convicciones y sus creencias

En todas ellas se explicitan sugerencias de cómo realizar dicha educación cimentada en un ambiente y enfoque multidisciplinar.

En la pretensión de posibilitar *medir lo intangible* en la práctica clínica, existen herramientas para la realización de un diagnóstico espiritual en el paciente de las cuales existen multitud de variantes sin ser ninguna *gold standard* (FICA, HOPE, DUREL...). La mayoría de ellas están orientadas a generar un ambiente de confianza por medio del diálogo entorno a la espiritualidad, lo cual establece un vínculo consistente en la relación clínica que muestra al paciente y su familia la capacidad para acompañarlos en el tránsito de la mejora de su salud a través de la circunstancia acaecida por la enfermedad aguda, crónica o ante el final de la vida. Estas herramientas son de gran utilidad para una primera aproximación y facilitan con preguntas abiertas que la persona exprese sus necesidades en este sentido (Slater et al, 2001; de Jager Meezenbroek, 2012).

En España, el interés del médico en el cuidado de la dimensión espiritual tiene mayor trascendencia en el ámbito de la oncología y en los cuidados paliativos, donde la emergencia de lo espiritual es mayor si cabe. Autores inciden en la importancia del acompañamiento espiritual al final de la vida como parte de una verdadera asistencia integral (Benito et al, 2014, 2016; Galiana et al, 2014). De hecho, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), en coordinación con la EAPC, promovió un equipo de trabajo al respecto denominado Grupo de Espiritualidad (GES), que derivó en la elaboración de un documento monográfico donde se fundamenta la importancia de la atención de la dimensión espiritual en las personas al final de sus días³⁰.

Progresivamente las investigaciones que se aproximan al estudio de la dimensión espiritual en la práctica clínica desde otros entornos clínicos y en contextos multidisciplinares van cobrando mayor relevancia, como ocurre en la salud mental (Romero-García, 2022; de Diego-Cordero et al, 2023), las unidades de cuidados intensivos (Estella et al, 2018), las de atención primaria y pediatría (Villalba-Nogales, 2015) y también en oncología (Almaraz et al, 2022).

El cuidado espiritual debe considerarse tan importante como el cuidado de otros aspectos de la persona, y numerosas investigaciones previas en nuestro ámbito han apuntado la influencia de la espiritualidad en aspectos como el burnout, el insomnio, la adherencia a los tratamientos, la salud laboral, los hábitos saludables o la vivencia del cáncer de mama y la mastectomía entre otros (Badanta et al, 2018; de Diego-Cordero et al, 2018, 2019, 2020, 2021; de Diego. Cordero & Guerrero-Rodríguez 2018).

Abundan, como se ha referido y en los últimos tiempos, las investigaciones referentes al cuidado de la salud espiritual en los entornos clínicos, en diferentes

³⁰ [Monografía-secpal.pdf\(seor.es\)](#)

contextos sociales y culturales, con estudios desde la percepción de los pacientes y los profesionales sanitarios, mediante datos demostrados a nivel molecular, metabólico y de neurociencia. También se ha evidenciado la influencia positiva que tiene el cuidado de lo espiritual a nivel de las otras dimensiones del ser humano (física, psíquica y social) e incluso en la calidad de vida. El reto tal vez se encuentre, como refieren los diferentes autores revisados, en determinar las variables que valoran realmente el efecto de la espiritualidad en la salud en un contexto cada vez más plural y heterogéneo, con alta complejidad en conceptos clave como serían aspectos relacionados con la identificación R/S frente a los modelos tradicionales y la medición de resultados en referencia a qué parámetros utilizar, ya que estos determinarían cual es el adecuado abordaje del cuidado espiritual y la capacitación específica para afrontar estos desafíos, ya que se ha demostrado que impacta en la salud global de la persona (Moestrup & Hvidt, 2016; Ransome, 2020; Stripp et al, 2023).

CAPÍTULO II. Justificación y objetivos

LA LLAMADA A LA AVENTURA

... levanta siempre el velo que cubre un misterio de transfiguración; un rito, un momento, un paso espiritual que cuando se completa es el equivalente de un renacimiento...

los viejos conceptos, ideales y patrones dejan de ser útiles...

El héroe de las mil caras. Joseph Campbell (extractos)

EXPERIENCIAS Y APRENDIZAJES:

No me parecía a aquel médico idealizado, a aquel galeno que contaban mis padres y abuelos, a aquel personaje que había leído en relatos e historias, en el cual se integraba el saber de la medicina y la filantropía del ser humano.

¿qué era lo que adolecía en mí que no percibía?

Después de más de una década ejerciendo la profesión clínica y balanceándome entre la experiencia y el aprendizaje para intentar ser una mejor versión del médico que yo era, sabía que había algo de lo que carecía.

Me sentí llamada a preguntarme la razón, cuando me di cuenta de que podía ser que el personaje no estaba dejando ser a la persona...

La escucha atenta y veraz debía no sólo contener el interés científico por la toma de signos y síntomas para el diagnóstico y el tratamiento, sino que a su vez debía ir más allá y captar lo que “solo se dejaba entrever” y alcanzar también el alivio de lo invisible...

JUSTIFICACIÓN

En la práctica clínica cada vez es más evidente que para dar respuesta a las necesidades en salud, la mera capacitación científica y técnica, relevante y de gran interés para la realización de una atención de calidad y profesional no es suficiente, sino que debe estar avalada por una responsabilidad ineludible de carácter moral y humano.

En esta apreciación, considerar la dimensión profunda del individuo, es indiscutible para una verdadera atención holística de la persona, ya que, de no ser así, quedaría exangüe la atención y el cuidado clínico, al limitarse únicamente a la elemental observación de datos objetivos, a la correlación de los mismos para llegar a un dictamen y en función de este, a la adopción de unas medidas de contención y terapia.

El debate generado en torno al estudio de la espiritualidad en relación con la salud en la medicina de nuestro entorno occidental se ha evitado por no considerarla dentro del ámbito de la clínica al no tener clara su ubicación en su constructo o dejándola relegada a un segundo plano debido a la organización de los sistemas de salud.

Sin embargo, en las últimas décadas, numerosas investigaciones han demostrado que la atención de la dimensión espiritual en los entornos clínicos tiene un impacto positivo, asociada con numerosos beneficios, con una mejora en la salud y la calidad de vida de las personas, disminución de los niveles de ansiedad, depresión e incluso suicidio, así como un aumento en la velocidad de recuperación de las personas (Koenig, 2000; Guirao Goris, 2013; Milner et al, 2020).

Es relevante el aumento de estudios en el campo de la espiritualidad y la salud en las últimas décadas, mostrando una influencia significativa de las creencias espirituales y religiosas en los resultados de salud física y mental (Damiano et al, 2016). Entre 1999 y 2013 se publicaron aproximadamente 30.000 artículos en este campo de investigación (Lucchetti y Lucchetti, 2014), sumándose casi otros 14.000 desde 2013 hasta la actualidad, según la base de datos PubMed.

OBJETIVOS

Para ello se establecen un objetivo general y otros más específicos:

✚ OBJETIVO GENERAL

- Analizar la necesidad del cuidado de la dimensión espiritual en la atención clínica para que sea realmente integral

✚ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Averiguar cómo los médicos abordan la dimensión espiritual describiendo sus características, los factores que influyen en ella y las limitaciones que encuentran.
- 2) Describir el proceso de la adaptación transcultural del instrumento NERSH al contexto español, que explora los valores, la espiritualidad y la religiosidad del profesional en el abordaje de estos aspectos en la práctica clínica.
- 3) Investigar las percepciones, conocimientos y actitudes de los profesionales que trabajan en unidades de salud mental en España sobre las necesidades espirituales de los pacientes y las familias y la atención espiritual proporcionada durante su práctica clínica.

CAPÍTULO III: Resumen del artículo 1. Cumplimiento del objetivo específico 1

CRUZAR EL UMBRAL

*... y sin embargo, sólo atravesando los límites... pasa el individuo a una
nueva zona de experiencia....
La aventura es siempre y en todas partes un pasar más allá del velo de lo
conocido a lo desconocido...*

El héroe de las mil caras. Joseph Campbell (extractos)

EXPERIENCIAS Y APRENDIZAJES

Lo llaman salir de la zona de confort, hacer algo que te infunde respeto pero que a la vez te seduce y te atrae,

acceder a un mundo inexplorado para mí que suponía adentrarme en un contexto, en una jerga y en unas relaciones que no había establecido anteriormente;

de un lado, booleanos y truncamientos, bases de datos, PRISMA, PROSPERO...

del otro, abrir los ojos y ver en verdad la realidad tal cual era más allá de los límites conocidos en la propia experiencia de la práctica clínica,

¿sería lo mismo o diferente? ¿había más que desconocía?

Suponía un compromiso voluntario con una idea, un enigma a descubrir y el inicio del viaje.

Todo un reto.

- **OBJETIVO ESPECÍFICO 1.**

Averiguar cómo los médicos abordan la dimensión espiritual describiendo sus características, los factores que influyen en ella y las limitaciones que encuentran.

RESUMEN DE RESULTADOS

Métodos:

Se realizó una síntesis narrativa siguiendo las pautas de la declaración PRISMA, sobre los estudios que evalúan la perspectiva de los médicos en la atención que administran a la dimensión espiritual en su práctica clínica, registrándose el protocolo para consulta en la base de datos PROSPERO (número de registro: CRD42021240704, <http://www.crd.york.ac.uk>).

Durante los meses de febrero y abril de 2021, se llevan a cabo búsquedas en los estudios archivados en las bases de datos electrónicas internacionales: PubMed, Scopus y CINAHL, usando la misma estrategia de búsqueda: (“spiritual care” OR “spiritual healing” OR “spiritual therapies”). Los artículos se incluyeron si eran artículos revisados por pares: (a) con datos originales; b) con acceso al texto completo; (c) se publicaron en español, inglés o portugués; y d) que cumplían los criterios de PICOTS. Los artículos se excluyeron si: a) estaban duplicados en otras bases de datos; (b) notas al editor, revisiones, validación de instrumentos, capítulos de libros, casos clínicos, narraciones, disertaciones, artículos de opinión o no encontrados; o (c) de baja calidad metodológica después de controlar los sesgos. También se excluyeron los estudios que trataban exclusivamente con médicos internos (médicos residentes) porque se decidió que no tenían suficiente experiencia en la práctica médica.

En una primera etapa, después de la búsqueda, todas las referencias se incluyeron en el gestor de referencias bibliográficas Mendeley, excluyendo todas las publicaciones duplicadas y luego leyendo los títulos y resúmenes, cribado realizado de forma independiente por dos revisores para identificar estudios potencialmente relevantes basados en los criterios de inclusión y exclusión. Cuando hubo falta de consenso con respecto a la calidad de un artículo, se consultó a un tercer revisor.

En una segunda etapa, los artículos a incluir fueron sometidos a una lectura de texto completo por dos revisores de forma independiente. Los artículos incluyeron estudios que analizaron el abordaje de la atención espiritual en la práctica clínica por parte de los médicos, así como las barreras o limitaciones encontradas por los médicos

en la dimensión espiritual de la prestación de cuidados. Cuando surgieron dudas sobre cualquiera de los procedimientos descritos, los autores de los artículos fueron contactados por correo electrónico.

Finalmente, en una última etapa, se extrajeron los siguientes ítems de cada estudio: autores, año, país, características de la muestra, diseño, propósito y resultados principales. Se llevó a cabo de manera independiente la evaluación de la calidad metodológica de los estudios seleccionados según los criterios de validez establecidos por las guías CONSORT (para entrevistas y grupos focales) y STROBE (para estudios transversales).

Resultados

El proceso de búsqueda identificó 1414 publicaciones potencialmente relevantes que coincidían con los criterios de elegibilidad. Después de eliminar los duplicados, quedaron 1041 artículos, de los cuales otros 962 artículos fueron excluidos después de examinar los títulos y resúmenes. A continuación, un total de 79 artículos se sometieron a análisis de texto completo, y tras considerar los criterios de inclusión y exclusión, y el nivel de calidad en la metodología empleada, se seleccionaron 8 artículos. En base a los trabajos seleccionados, cinco eran estudios descriptivos que analizaron las creencias, actitudes y comportamientos de los médicos al abordar la dimensión espiritual. Tres de ellos evaluaron a médicos con diferentes creencias religiosas, la mayoría cristianos (católicos o protestantes), en oncología en Australia, en diferentes áreas clínicas en los Estados Unidos y en cuidados paliativos en los Países Bajos. Los que analizaron a médicos musulmanes, uno fue en cuidados paliativos en los Estados Unidos, y otro el cuidado espiritual de los médicos musulmanes en diferentes áreas clínicas en Arabia Saudita. Las muestras fueron representadas principalmente por participantes masculinos, y la edad media fue de 45 años.

Entre los principales hallazgos, se encontró que los médicos más espirituales eran más sensibles y realizaban una atención espiritual más apropiada. En uno de ellos, el 91,1% de los encuestados pensaba que la influencia de la religión en la salud era generalmente positiva. En un estudio se encontró que la disposición de los médicos a atender las necesidades espirituales de los pacientes variaba según la concordancia religiosa entre el médico y el paciente; Se demostró que los pacientes quieren discutir estos temas con sus médicos, y los médicos informaron que atender la dimensión espiritual de sus pacientes mejoró la relación de confianza en la práctica clínica. Consideran que el cuidado espiritual es una buena práctica, aunque en dos de los estudios descriptivos analizados, más del 50% de los encuestados informaron que no

abordaron esto. En otro de ellos, el 45% de los médicos se consideraron capaces de abordarlo por sí mismos, aunque el 90% optó por referirse a proveedores expertos como capellanes, consejeros o agentes pastorales.

Por otro lado, el tiempo insuficiente y la falta de capacitación fueron identificados como las principales barreras para que los médicos aborden la dimensión espiritual, aunque también se destacaron la falta de un ambiente adecuado, el miedo a ofender al paciente que cuidan y no considerarlo de su competencia. En los tres estudios cualitativos seleccionados basados en entrevistas semiestructuradas, las muestras fueron en su mayoría mujeres y no se especificó afiliación religiosa ni edad, aunque el tiempo en la práctica clínica se especificó con una media de 15 años. Un estudio en atención primaria en el Reino Unido expuso que los médicos no abordaban este tipo de problemas en su práctica habitual y lo aludieron a la falta de experiencia profesional y personal al respecto o que no creían que estuviera dentro de sus competencias clínicas. En el estudio de médicos de cuidados paliativos en Canadá refirió que la atención de la dimensión espiritual era un factor positivo para la salud de los pacientes y de ellos mismos desde el punto de vista profesional y personal. En el otro estudio también realizado en Canadá en cuidados paliativos, valoran el cuidado espiritual como fundamental para aliviar el sufrimiento y promover la curación en sus pacientes.

Discusión

Los resultados mostraron que la gran mayoría de los médicos están dispuestos positivamente a incorporar la dimensión espiritual en la atención al paciente. La principal dificultad para abordar la dimensión espiritual fue que para ser abordada es necesario definir claramente qué es la espiritualidad, por qué es relevante en el cuidado de la salud y cómo debe ser valorada.

Una proporción significativa de médicos informó creer que la espiritualidad pertenece a la esfera íntima de una persona y no considerar que desempeña un papel clave en las actitudes y la toma de decisiones cuando un individuo se enfrenta a una enfermedad grave sin embargo, los pacientes piden a sus médicos que aborden sus necesidades espirituales porque necesitan sentir que alguien los ha escuchado y se preocupa por sus problemas y preocupaciones cuando se enfrentan al desafío de una enfermedad grave o incluso al final de su vida (Koenig et al 1992; Ehman et al, 1999). Esta atención fortalece la relación médico-paciente y, desde el punto de vista ético, favorece la toma de decisiones clínicas conjuntas, así como el respeto de la autonomía y dignidad del paciente y la garantía de que la atención prestada en la práctica clínica sea

holística y humanizada (McSherry et al, 2002; Winslow & Wehtje-Winslow, 2007; Seccareccia & Brown, 2009; Penderell & Brazil, 2010).

Dada la complejidad de dar una definición adecuada de espiritualidad en la atención clínica, no se encontró una forma homogénea de evaluarla en los artículos revisados (Kichenadasse et al, 2016), una barrera que hace que un médico no atienda las necesidades espirituales y / o derive a su paciente a proveedores expertos (como capellanes, consejeros y agentes pastorales). Esta dificultad se tradujo en la forma en que se ha analizado el concepto, ya que algunos de estos estudios descriptivos vistos utilizaron encuestas y cuestionarios ad hoc, o escalas validadas que ofrecen datos objetivos interesantes sin profundizar. En este sentido, la metodología de estudios cualitativos permitió obtener información más profunda y detallada sobre el tema. Existe evidencia de que una combinación de perspectivas cuantitativas y cualitativas permite una mayor profundidad y comprensión y confiere mayor consistencia y rigor científico (Wisdom et al, 2012; Coughlin et al, 2017; Kaur et al, 2019).

Desde otro punto de vista, se ha demostrado que los médicos con una espiritualidad más desarrollada brindan a sus pacientes una mejor atención en esta dimensión (Curlin et al, 2005, 2006, 2007; Curlin, 2018; Best et al, 2016; Coughlin et al, 2017) y le dan al paciente más oportunidades para dialogar y escuchar en una relación simétrica y recíproca de persona a persona que la asimetría relacional que ocurre a menudo. En contraste, el estudio de Hamouda et al. (2021) mostró que no existe una relación directa entre la espiritualidad/religiosidad del médico y una mejor atención espiritual, en cambio el estudio de Al Yousefi (2012), había mostrado lo contrario. En este sentido, hubo otros estudios que mostraron que ante las preguntas existenciales de sus pacientes, las respuestas de los médicos iban desde la evitación, el miedo al daño y la sobreprotección hasta un manejo a veces inadecuado debido a la falta de habilidades, todo lo cual genera angustia, desconcierto o incluso dolor en los pacientes (Banin et al, 2014; McEvoy et al, 2014), de ahí la extrema importancia de una formación adecuada como defienden algunos de los estudios analizados (Ramondetta et al 2013; Selman et al, 2014; Kichenadasse et al, 2017; Shah et al 2018; Hamouda et al, 2021; Koenig et al, 2021; Wasner et al, 2005).

Ninguno de los estudios analizó diferencias en relación con el sexo o la edad, por ejemplo. Parece que son las mujeres y los médicos con más experiencia clínica los que están más inclinados a proporcionar atención espiritual. También comentaron la falta de tiempo para atender a los pacientes con respecto a esta dimensión (El-Nimr et al, 2004; Tanyi et al, 2009; Selby et al, 2016; Farahani et al, 2019) debido a los protocolos estandarizados establecidos, por lo que los pacientes a menudo son referidos a otros

profesionales que tienen más experiencia en esta área, dado que se concede mayor importancia a los otros aspectos de su trabajo clínico dentro de la práctica sanitaria. Un estudio de Kichenadasse et al. (2016) sugirió posibles soluciones a la dificultad expresada de la falta de tiempo, proponiendo el uso de herramientas breves de evaluación espiritual en pacientes como las escalas FICA, HOPE o SPIRIT que podrían facilitar la asistencia tanto en la detección de necesidades espirituales como en la derivación a profesionales de atención espiritual.

Las principales barreras encontradas en la práctica fueron las limitaciones de tiempo, el miedo a ofender a los pacientes y la falta de capacitación, como también fueron identificadas en otros artículos (El-Nimr et al, 2004; Tanyi et al, 2009; Selby et al, 2016; Farahani et al, 2019; de Diego- Cordero et al, 2019; Siler et al, 2019; Alch et al, 2021). Por otro lado, se informó que los enfermeros atienden a los conceptos de espiritualidad y religiosidad mientras cuidan a sus pacientes desde el inicio de su formación profesional, lo que les da mayor sensibilidad al abordar esas necesidades. Al consultar otras referencias, encontramos comparaciones en la dinámica de la atención espiritual en salud entre médicos y enfermeras, resultando en que las enfermeras son más sensibles al cuidado espiritual que los médicos (El-Nimr et al, 2004; Balboni et al, 2014; Rodin et al, 2015; Balboni & Balboni, 2018; Bar-Sela et al, 2019; Choi et al, 2019; Palmer et al, 2021), tal vez debido a este hecho con respecto a su formación académica.

En este sentido, Sajja y Puchalski (2018), por ejemplo, abogaron por el desarrollo de competencias educativas para la dimensión espiritual de la atención médica y propusieron pautas para desarrollar esta habilidad como parte del plan de estudios de un médico, además de las otras habilidades científico-técnicas requeridas para su práctica clínica normal. Por otro lado, Koenig (2014) y Koenig et al (1992, 2017) abogaron por mejorar la calidad de la atención clínica mediante la incorporación de la atención espiritual en los sistemas de salud, así como evaluar y ofrecer soluciones para las posibles barreras encontradas por los equipos médicos al considerar esta dimensión en la práctica.

En dos estudios recientes, encontramos que la defensa explícita de un enfoque espiritual desde la atención multidisciplinaria es una prioridad en el cuidado de estos pacientes (Palmer et al, 2021), e incluso los médicos han descrito este enfoque como un factor facilitador en el apoyo del equipo multidisciplinario para una atención espiritual adecuada (Siler et al, 2019). Del mismo modo, creemos que para promover la salud espiritual de los pacientes a un nivel adecuado, el enfoque multidisciplinario es fundamental y ético.

Finalmente, la mayoría de las publicaciones se centraron en las áreas de salud de cuidados paliativos, oncología y unidades de cuidados intensivos (Peterman et al, 2002; Moestrup & Hvidt, 2016), donde se podría decir que la necesidad de atención espiritual es más urgente, sin embargo, la espiritualidad no se limita exclusivamente a estas áreas de la atención médica, ya que todos los pacientes tienden a hacer una amplia gama de preguntas para ayudarlos a aceptar la experiencia de estar enfermos y los médicos tienen el deber profesional de responder a estas necesidades (Barnes et al, 2000; Canteros, 2016; Lucchetti et al, 2018; Ribeiro et al, 2020).

Conclusiones

Existen ciertas diferencias en las perspectivas, creencias y prácticas de los médicos y otros profesionales de la salud (por ejemplo, enfermeras), y aunque la posición general de los médicos es a favor de incorporar la dimensión espiritual en la atención médica, pocos lo hacen en la actualidad. La mayoría de los estudios se han centrado en los obstáculos encontrados pocos contenían propuestas para remediarlos.

Nuestras conclusiones son:

1. Los médicos son conscientes de que la atención al paciente involucra muchas dimensiones, incluida la espiritualidad, pero encuentran obstáculos en su práctica para proporcionar una atención adecuada a esta dimensión.
2. Uno de los principales obstáculos relatados por los clínicos es la falta de tiempo y espacio para explorar este delicado tema con mayor profundidad, ya que no está incluido en los protocolos clínicos estandarizados. Aunque existe una creciente conciencia y sensibilidad hacia el cuidado espiritual, no se le da suficiente consideración en los planes globales de atención médica.
3. Algunos médicos consideran que la espiritualidad es parte de la vida privada de un individuo y, por lo tanto, no debe abordarse en el cuidado de la salud. Esto hace que no estén dispuestos a intervenir o incluso a referir a los pacientes a proveedores expertos (por ejemplo, capellanes) si los pacientes lo solicitan. En cambio, aquellos médicos que se consideran más espirituales / religiosos y cuya propia espiritualidad está más desarrollada tienen más probabilidades de ser más receptivos a estas necesidades.
4. La principal y más importante barrera reportada por los médicos es la formación específica en la prestación de cuidados espirituales. Los diferentes estudios la necesidad de mejorar este aspecto para incluir la dimensión espiritual en la práctica clínica.

5. Debido a la dificultad de definirlo, se han diseñado múltiples instrumentos para evaluar adecuadamente los enfoques de la espiritualidad en la práctica clínica (Idler, 1995; Hatch et al, 1998; Daaleman & Fry, 1999; Piedmont, 2001; McSherry et al, 2002; Peterman et al, 2002; Suzuki & Kino, 2008; Van Leeuwen et al 2009; Koenig & Büssing, 2010; Korup et al, 2021). Creemos que, para una buena atención a la dimensión espiritual, es necesario hacer una evaluación adecuada. Su uso estandarizado facilitaría el cuidado de esta dimensión, y su incorporación en los protocolos clínicos ayudaría a proporcionar una atención más integral a los pacientes.

6. Varios de los estudios seleccionados compararon las perspectivas de los médicos con las de otros profesionales de la salud. Estos estudios mostraron que mientras los médicos entienden la importancia de la espiritualidad en la atención clínica, otros, como las enfermeras, la integran más en la práctica. Un enfoque multidisciplinario favorece un ambiente enriquecido por diferentes perspectivas sobre el cuidado y diferentes actitudes hacia la espiritualidad en este contexto. La coordinación y el trabajo conjunto en espiritualidad garantizarían la calidad y continuidad de dicha atención.

7. No se encontraron estudios de ensayos clínicos aleatorios que exploraran específicamente las estrategias de intervención para los médicos en atención espiritual (ya sea para ellos mismos o sus pacientes) y los resultados obtenidos después de su implementación. Creemos que los estudios con este objetivo podrían promover un enfoque más riguroso científicamente de estos resultados, abriendo así nuevas vías de investigación que podrían explorar la atención espiritual en la práctica clínica dirigida por médicos con mayor profundidad e impartir la relevancia científica y la importancia que realmente merece.

- **ARTÍCULO 1 PUBLICADO QUE DA CUMPLIMIENTO AL OBJETIVO ESPECÍFICO 1.**

López-Tarrida, Á. D. C., de Diego-Cordero, R., & Lima-Rodríguez, J. S. (2021). *Spirituality in a Doctor's Practice: What Are the Issues?*. *Journal of clinical medicine*, 10(23), 5612. <https://doi.org/10.3390/jcm10235612>

CAPÍTULO IV. Resumen del artículo 2. Cumplimiento del objetivo específico 2

PRUEBAS, ALIADOS, ENEMIGOS

El héroe es solapadamente ayudado por el consejo, los amuletos y los agentes secretos... o pudiera ser que aquí descubra por primera vez la existencia de la fuerza benigna que ha de sostenerlo en este paso sobrehumano...

El héroe de las mil caras. Joseph Campbell (extractos)

EXPERIENCIAS Y APRENDIZAJES

La primera barrera que se interpone para cualquier iniciativa es uno mismo...

lo que nos decimos se hace realidad para nosotros...

¿Cuáles son los condicionantes para progresar en el cuidado de la dimensión espiritual en medicina?

La necesidad de tener algo, una herramienta, objetiva e imparcial que ahonde en la cuestión sobre cuál es la perspectiva en la atención de lo espiritual de la persona, qué es lo que se valora que se mantiene velado y qué es lo que se hace y es visible en la práctica profesional... esas son las pruebas, los aliados y los enemigos a los que nos enfrentamos cada día.

Los hallazgos harán que me cuestione y que me prepare para mirar de otra manera esta dimensión y ponga a prueba las habilidades que tengo o que voy adquiriendo al interpelarme con las preguntas que a medida que el tiempo pasa y tienen lugar acontecimientos vitales me voy realizando a mí misma...

- **OBJETIVO ESPECÍFICO 2.**

Describir el proceso de la adaptación transcultural del instrumento NERSH al contexto español, que explora los valores, la espiritualidad y la religiosidad del profesional en el abordaje de estos aspectos en la práctica clínica.

RESUMEN DE RESULTADOS

Material y Métodos

➤ **Cuestionario NERSH**

Está formado por 45 cuestiones divididas en 3 secciones:

- A: Datos demográficos del profesional (10 ítems)
- B: Perspectiva del profesional sobre valores, espiritualidad/religiosidad y la salud (19 ítems). Los autores originales son miembros de NERSH (nersh.org — [Network for Research in spirituality and Health](http://nersh.org)).
- C: Características espirituales/religiosas del profesional (16 ítems). Los autores han usado un compendio de varias escalas: ítems 36-40: © DUREL (Koenig et al., 1997), ítem 41 © ASP (Büssing et al., 2007, 2010), ítem 42 © Farr Curlin 2007 Q32 (incluyendo ítems 31 and 32), ítem 43 © International Social Survey Programme 2008 Q 19, ítem 44 © BENEFIT (Büssing et al., 2008), ítem 45 © BMLSS (Büssing et al., 2009).

Los ítems 30 a 40 corresponden a la escala DUREL que tiene una adaptación en español ([Duke University Religion Index \(DUREL\) | Measures Library \(miami.edu\)](http://duke.edu)). El ítem 43 está extraído de una encuesta nacional de salud con correlación en español en la encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas en España (CIS) en su cuestión 19 (sondeo realizado en 2008, octubre-noviembre). Estos ítems no fueron objeto de la adaptación transcultural en esta investigación.

Se contactó con los autores originales para la obtención del permiso de uso de la herramienta y su adaptación transcultural que fue concedido. La adaptación transcultural se realizó siguiendo las recomendaciones de la International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) (Wild et al, 2005) y de la literatura revisada al respecto (Carvajal et al, 2011; Varela-Ruiz et al, 2012; Lira & Caballero, 2020).

➤ **Traducción del instrumento NERSH**

Se procedió a la traducción por dos traductores bilingües independientes cuya lengua materna era el castellano, conocedores del propósito del cuestionario, profesionales de las Ciencias de la Salud. Se contrastaron ambas versiones, resolviendo las diferencias un nuevo traductor nativo inglés también bilingüe y profesional de la salud, obteniéndose un único documento traducido. De esta forma se buscó obtener el mismo significado en cada uno de los ítems analizados (*equivalencia semántica*). Para la *equivalencia conceptual* se procuró que el cuestionario midiera el mismo constructo teórico en ambas culturas y con la *equivalencia de contenido*, que cada ítem tuviera el mismo valor para las dos culturas. En sendas cuestiones se aplicó la metodología panel Delphi modificado.

➤ **Panel Delphi modificado**

La literatura científica evidencia que el método Delphi es de gran eficacia para la adaptación transcultural en el campo de las Ciencias de la Salud (Varela-Ruiz et al, 2012; Shinnars et al, 2021; Nasa et al, 2021). Se utilizó la metodología *panel Delphi modificado o en tiempo real*, denominado enfoque RAND (RAND/UCLA Appropriateness Method cuyo acrónimo es RAM), un híbrido que comienza como el método Delphi pero que posteriormente involucra una reunión cara a cara entre los jueces (Fitch et al, 2001). Esta técnica es ágil por su dinámica: el proceso tiene lugar en una reunión donde los expertos ya han contestado previamente a un cuestionario de evaluación comparando la versión original y la traducida. Se expone un resumen y se genera un grupo de discusión (Steuer 2011; Donohoe et al, 2012; Shinnars et al, 2021) donde se debaten las áreas de acuerdo-desacuerdo y donde se facilita el proceso de clarificación y aproximación de posturas. Se limita el proceso iterativo a dos rondas con el mismo procedimiento (Steuer, 2011).

➤ **Criterios de evaluación, consenso y estabilidad**

Para la validez de contenido se siguieron las recomendaciones de Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez (2008) y se diseñó una lista con cuatro categorías (suficiencia, claridad, coherencia y relevancia) para los criterios de evaluación; se debía comparar cada ítem en su versión original con la versión traducida respecto a ellas.

En la evaluación se usó la escala Likert, de 1 a 4 (1 no cumple, 2 bajo nivel, 3 moderado nivel y 4 alto nivel) evitando respuestas intermedias. Para valorar los resultados, se consideraron (28):

- ✓ *Consenso*, determina la convergencia de opiniones y principal objetivo del panel Delphi
- ✓ *Estabilidad*, define la consistencia y variabilidad de los valores a lo largo de diferentes rondas y decide la finalización del proceso tras la comparativa realizada entre rondas; si las variaciones son altas, el consenso será bajo y no habrá estabilidad. Si las variaciones son bajas, el consenso será alto y habrá estabilidad entre las diferentes rondas

Considerando el número de participantes, su distribución y la evaluación realizada, para obtener apoyo estadístico en las conclusiones extraídas, se determinó en cada ronda el *grado de consenso* entre los jueces empleando indicadores de la estadística descriptiva: mediana, Cuartil 1 (Q1) y Cuartil 3 (Q3), rango absoluto (RA), rango intercuartílico (RIC), rango intercuartílico relativo (RICR) y porcentaje de acuerdo entre jueces. Estos tres últimos fueron los de mayor importancia para determinar dónde se obtuvo consenso.

El RIC se utilizó para calcular la fuerza del consenso. Se estableció consenso en un ítem cuando el valor del RIC en la medida de la primera y la segunda ronda fuera de 0,00. Si fuera de 1,00, si además cumplía que la proporción de respuestas asignadas al valor 4 tuviera un punto de corte de al menos el 60%, considerando idóneo al menos el 75%. Cumplido el criterio sobre el RIC, el “nivel de acuerdo o desacuerdo” alcanzado se midió según los siguientes criterios: El consenso sobre un ítem se consideró “*fuerte*” cuando al menos el 75% de los encuestados llegó a un acuerdo, el consenso “*moderado*” cuando estuvo entre el 60% y el 74% y “*débil*” consenso cuando menos del 60% estuvo de acuerdo.

El RICR, definido como el rango intercuartílico dividido por la mediana, se utilizó para determinar la estabilidad del proceso. Su variación (VRIR) equivalía al rango intercuartílico de la primera ronda (RI1) menos el rango intercuartílico de la segunda ronda (RI2).

Cuando la VRIR se encontró entre -0'25 y 0'25 se entendió que se alcanzaba un nivel satisfactorio de estabilidad en la respuesta del grupo. Se comprobó para finalizar el panel que el porcentaje de respuestas situadas en el intervalo definido por la mediana ± 1 fuera superior al 80% (29).

➤ ***Selección de expertos panel Delphi***

El número adecuado de participantes debe favorecer la diversidad de opiniones y se sugiere un grupo de entre 15 y 30 personas donde lo primordial es la heterogeneidad

de visiones (Dalkey & Elmer, 1963; Martínez-Piñero 2003; Boulkeid et al, 2011). Se consideró indispensable que los expertos fuesen imparciales y que sus contribuciones fueran válidas para el objeto de estudio por su experiencia y conocimientos. Fueron elegidos mediante un muestreo por conveniencia considerando los siguientes criterios de inclusión (*biograma*) (Cabero & Llorente 2013; Robles & del Carmen, 2015). Para el reclutamiento se les contactó mediante email con texto y vídeo explicativos sobre intencionalidad, desarrollo y finalidad del proceso además de consentimiento informado. Se cumplieron las normas éticas del Comité de Investigación y de la Declaración de Helsinki de 1975 con la revisión de octubre 2000 (<http://www.wma.net/s/policy/b3.htm>). El tratamiento, comunicación y cesión de datos de carácter personal de los/las participantes, se ajustó a la "Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales". Respondieron afirmativamente 27 profesionales.

➤ ***Rondas de consulta y reuniones online***

Se les envió la documentación precisa para el análisis:

- ✓ Texto original del cuestionario NERSH (inglés)
- ✓ Texto traducido del cuestionario NERSH (español)
- ✓ Plantilla de evaluación con observaciones y consentimiento informado

En la primera ronda se recogieron las respuestas en una base de datos (programa Excel) para su análisis cuantitativo al igual que se realizó una revisión crítica y análisis cualitativo de sus observaciones. Se extrajeron los ítems en los que no se llegó a consenso para debatirlas en el grupo de discusión en un primer encuentro síncrono online donde se conciliaron las discrepancias aparecidas con el fin de llegar al consenso. En la segunda ronda de evaluación, sólo se analizaron estos ítems con disparidad de criterios. Se obtuvo un documento final para su aplicabilidad clínica implementándose todas aquellas sugerencias orientadas a mejorar la claridad, comprensión y orden de los ítems del cuestionario.

➤ ***Retrotraducción***

Realizada por un traductor bilingüe nativo en lengua inglesa familiarizado con la terminología.

➤ **Conclusión y aplicabilidad clínica**

Se mantuvo contacto constante con los autores del instrumento NERSH, con sucesivas consultas en relación con aspectos conceptuales enviándoles la retrotraducción para su conformidad.

Resultados

El análisis de los ítems con las categorías establecidas aportó los siguientes resultados.

Suficiencia

- Consenso
 - El valor del RIC en la segunda ronda del panel Delphi fue de 0,00 en 119 ítems (95,2%).
 - El valor del RIC en la segunda ronda del panel Delphi fue de 1,00 en 6 ítems (4,8%). Consenso moderado en 5 ítems (4,0%): 3-17-23-26-28d; y consenso débil en 1 ítem (0,8%): 4.
- Estabilidad
 - La VRIR se encontró entre -0'25 y 0'25 en los 125 ítems (100%), un nivel satisfactorio de estabilidad en la respuesta del grupo.
 - El porcentaje de respuestas situadas en el intervalo definido por la mediana ± 1 fue del 100%.

Claridad

- Consenso
 - El valor del RIC en la segunda ronda del panel Delphi fue de 0,00 en 103 ítems (82,4%).
 - El valor del RIC en la segunda ronda del panel Delphi fue de 1,00 en 22 ítems (17,6%). Consenso moderado en 21 ítems (16,8%): 7-16-20e-20d-20i-21-23-26-29-22c-27.3-28a-28b-28d-28f-29b'-41S10 41S11-41S16-41S25*-41S38; y consenso débil en 1 ítem (0,8%): 17.
- Estabilidad
 - La VRIR se encontró entre -0'25 y 0'25 en 118 de los ítems (94,4%), un nivel bastante satisfactorio de estabilidad en la respuesta del grupo.
 - El porcentaje de respuestas situadas en el intervalo definido por la mediana ± 1 fue del 100%.

Coherencia

- Consenso
 - El valor del RIC en la segunda ronda del panel Delphi fue de 0,00 en 105 ítems (84,0%).
 - El valor del RIC en la segunda ronda del panel Delphi fue de 1,00 en 20 ítems (16,0%). Consenso moderado en todos ellos: 4-6-7-10-17-29-45-28a-28b-28d-28f-29b-29c-45G1-45G3-45G4-45H2-45H4-45H6-45H8.
- Estabilidad
 - La VRIR se encontró entre -0'25 y 0'25 en 123 de los ítems (98,4%), nivel satisfactorio de estabilidad en la respuesta del grupo.
 - El porcentaje de respuestas situadas en el intervalo definido por la mediana ± 1 fue del 100%.

Relevancia

- Consenso
 - El valor del RIC en la segunda ronda del panel Delphi fue de 0,00 en 112 ítems (89,6%).
 - El valor del RIC en la segunda ronda del panel Delphi fue de 1,00 en 13 ítems (10,4%). Consenso moderado en 12 ítems (9,6%): 2-3-10-17-28a-28b-28d-28f-41S25*-45H4-45H6-45H8; consenso débil en 1 ítem (0,8%): 4.
- Estabilidad
 - La VRIR se encontró entre -0'25 y 0'25 en 125 de los ítems (100%), un nivel satisfactorio de estabilidad en la respuesta del grupo.
 - El porcentaje de respuestas situadas en el intervalo definido por la mediana ± 1 fue del 100%.

Discusión

En el entorno sanitario español, aunque existen escalas que miden la salud espiritual de los pacientes, no es común un cuestionario dirigido específicamente al profesional y que explore la visión respecto a sus valores y su espiritualidad/religiosidad a la hora de abordar estas dimensiones. Con esta adaptación se facilita la investigación en este sentido y el cuestionario al estar validado en otros idiomas, favorece estudios comparativos a nivel internacional.

Las guías de la ISPOR recomiendan un equilibrio entre la rigurosidad de la traducción y la comprensibilidad de la versión adaptada del instrumento, incidiendo en la importancia de la selección del grupo de expertos del panel, por lo cual se procuró minimizar el sesgo de selección con los criterios de elección decididos.

Se optó por una metodología panel Delphi modificado por su aplicabilidad práctica (más explícito y reproducible) donde los panelistas tuvieron claros los objetivos desde el inicio, proporcionando una tabla de evaluación para garantizar la rigurosidad. Otra ventaja es que la simplicidad de su abordaje estadístico, basado en medidas descriptivas simples, hace que los resultados sean comprensibles para un mayor número de personas. Entre sus inconvenientes, la preservación de la confidencialidad y el anonimato del experto se desvela en la reunión de confrontación y aunque se limita la interacción, son posibles los sesgos de influencia. Se exige por otro lado, una alta motivación intrínseca de los participantes para alcanzar unas tasas altas de respuesta con resultados fidedignos, lo que en nuestro estudio se ha producido.

En cuanto a la estructura del cuestionario, se han considerado las recomendaciones de los expertos, revisadas y respaldadas por los autores, invirtiéndose el orden entre los ítems 6 y 7 y suprimiéndose el ítem 28b que se detectó como repetido.

La estabilidad a lo largo del proceso se mantiene puesto que no hay excesivas variaciones respecto a las respuestas de los panelistas entre la primera y la segunda ronda tras analizar la VRIR, lo cual pone de manifiesto la consistencia en las respuestas aportadas.

Tras el análisis cualitativo, el grado de consenso débil o moderado encontrados, han sido derivados de cuestiones semánticas de adaptación al contexto sociocultural español. Dichas variaciones se han modificado de manera justificada por la necesidad de adaptar la herramienta a la realidad española, debatidas en las reuniones de discusión tras cada ronda para esclarecer dudas y diferencias; existe en el mundo anglosajón la figura del *counsellor* que en España se ajustaría al rol del agente de pastoral, y en los ítems donde se interroga sobre el tipo de formación académica, varía en cada país según los planes de estudios vigentes. También se han modificado ciertos giros gramaticales y expresiones específicas del idioma original que carecen de sentido en el entorno español procurando la similitud conceptual.

En otros contextos donde la escala NERSH ha sido adaptada, la prueba piloto ha culminado la adaptación que no ha sido realizada en esta investigación dado que, como refieren diversos autores (Lira & Caballero, 2020; Yao et al, 2016) puede no ser ejecutada en caso de que ya existan más versiones en diferentes idiomas que

demuestren la verificación empírica de su equivalencia con la versión original (Al-Yousefi, 2012; Lee & Baumann, 2013; Lucchetti et al, 2016; Osório et al, 2017).

Uno de los desafíos a los que se enfrenta la aplicación de esta herramienta es que en interés de explorar de forma exhaustiva estos temas, puede que sea demasiado extensa y poco práctica.

Una de las principales limitaciones de las adaptaciones transculturales es que no existe una guía única de cómo debe realizarse en el ámbito sanitario y tampoco hay literatura suficiente al respecto, cuando la existencia de una versión universalmente adaptada a un idioma en particular es de gran importancia para contrastar y comparar resultados (Guillemin, 1995; Lira & Caballero, 2020). Son fortalezas de esta investigación las equivalencias semántica y conceptual entre la versión original y la traducida y la estabilidad y el grado de consenso con la participación de un grupo de expertos (Lira & Caballero, 2020), como se ha verificado a lo largo de toda ella con el registro de cada etapa.

Esta adaptación transcultural hace que el instrumento NERSH pueda ser aplicado en el contexto español, y ser usado en investigaciones que exploren la perspectiva del profesional en el cuidado de la salud espiritual.

- **ARTÍCULO 2 PUBLICADO QUE DA CUMPLIMIENTO AL OBJETIVO ESPECÍFICO 2.**

López-Tarrida AC; Galán González-Serna JM; de Diego-Cordero R. Adaptación transcultural al español del cuestionario nersh para la exploración de los valores profesionales, la espiritualidad y la religión en la práctica clínica (QUESTIONNAIRE OF THE NETWORK FOR RESEARCH IN FAITH SPIRITUALITY AND HEALTH - NERSH) DOI: 10.20986/medpal.2023.1390/2022

CAPÍTULO V. Resumen del artículo 3. Cumplimiento del objetivo específico 3

LA CUEVA PROFUNDA. EXPIACIÓN. APROXIMACIÓN

Y así, sucede que si alguien, en cualquier sociedad, escoge para sí el peligroso viaje a la oscuridad y desciende, pronto se encuentra en el proceso de disolución, de trascendencia...

la clave...redescubrir...

El héroe de las mil caras. Joseph Campbell. (extractos)

EXPERIENCIAS Y APRENDIZAJES

Al otro lado de la mesa, en una silla junto al otro, a pie de cama...

Escuchar al que escucha,

*que, como yo, desde su experiencia y trayectoria vital, con sus propias
habilidades,*

se ha cuestionado también otras preguntas.

Cotejar si son fidedignas las conclusiones a las que he ido llegando,

si estoy equivocada o no,

comprender y profundizar.

Contrastar con otros, similares vivencias, aprendizajes,

cuántas vidas en una vida...

- **OBJETIVO ESPECÍFICO 3.**

Investigar las percepciones, conocimientos y actitudes de los profesionales que trabajan en unidades de salud mental en España sobre las necesidades espirituales de los pacientes y las familias y la atención espiritual proporcionada durante su práctica clínica.

RESUMEN DE RESULTADOS

Métodos:

Para esta investigación se realizó un diseño cualitativo, exploratorio y descriptivo con abordaje etnográfico-fenomenológico que fue registrado en OSF (identificador: DOI 10.17605/OSF.IO/HQN4P).

Este enfoque se caracteriza por: a) un modelo conceptual proporcionado por los investigadores; b) una perspectiva grupal o colectiva discreta; c) estar orientado a cuestiones concretas en un entorno determinado; d) utilizar una muestra limitada de participantes que también puedan tener conocimientos específicos; y (f) investigación participante ocasional (Muecke ,1984).

La recolección de datos consistió en entrevistas en profundidad realizadas por cuatro investigadores (tres enfermeros y un médico) con experiencia en atención espiritual, de noviembre de 2021 a febrero de 2022.

En la muestra sólo se incluyó a profesionales asistenciales de unidades de salud mental de hospitales públicos y/o privados en España.

La recopilación de los datos para la muestra se realizó mediante muestreo no probabilístico, en primer lugar, por conveniencia, utilizando los contactos profesionales y personales de los investigadores. Posteriormente, con el fin de aumentar el número de participantes, se utilizó un procedimiento de muestreo de bola de nieve, para lograr una muestra más diversa en términos de perfiles profesionales, experiencia y edad.

Las entrevistas fueron realizadas por los cuatro investigadores, cara a cara, con una duración aproximada de 40-50 min, que posteriormente fueron grabadas y transcritas para su análisis. La recolección de datos continuó hasta alcanzar la saturación.

Como instrumento se utilizó un guión de entrevista con preguntas abiertas divididas en cinco secciones. Las dos primeras secciones cubren las características sociodemográficas y las características de la dimensión espiritual de los participantes.

La tercera sección trata de los puntos de vista, actitudes y barreras para abordar el enfoque religiosidad/espiritualidad (R/S) de los pacientes en la práctica clínica y la influencia de R/S en la salud de los pacientes; la cuarta sección evalúa la atención R/S del paciente de salud mental; y la quinta sección evalúa las opiniones de los profesionales sobre la formación académica en este sentido.

El análisis de los datos se llevó a cabo con la transcripción textual de las entrevistas y posteriormente leídas en profundidad. La categorización se llevó a cabo utilizando el software Nvivo Versión 12, centrándose en conceptos persistentes o emergentes y similitudes / diferencias en las declaraciones y comparaciones de los participantes. Estos datos codificados se examinaron individualmente y luego se compararon entre sí para desarrollar categorías.

Para garantizar la calidad del análisis, se realizó la triangulación de datos, incluyendo participantes con diferentes características sociodemográficas, y la triangulación del análisis de datos a través de los cuatro investigadores, para mejorar la validez del estudio. Para su identificación, los discursos fueron denotados de la siguiente manera: número de participantes, sexo, edad y categoría profesional.

Esta investigación siguió la lista de verificación de investigación EQUATOR, específicamente la guía utilizada para evaluar artículos cualitativos (COREQ): una lista de verificación de 32 elementos para entrevistas y grupos focales (Tong et al, 2007), asegurando así su validez.

Se utilizó el consentimiento informado para la aceptación de los participantes, de forma verbal y escrita. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de Andalucía, España (código: 0731-N-19).

Resultados:

La muestra estuvo constituida por un total de 16 profesionales: 8 enfermeros, 3 psiquiatras, 1 docente y 4 psicólogos. De ellos, el 56,25% eran mujeres y el 43,75% eran hombres, con una edad media de 45,9 años, todos ellos españoles, y con una media de 20,25 años de experiencia profesional. Nueve participantes trabajan en los servicios de salud mental de la "XX" para mantener ciego el papel (56,25%) en Sevilla (43,75%), Málaga (37,5%) y Madrid (18,75%). En cuanto a sus creencias espirituales y religiosas, el 50% de la muestra total se definió como espiritual y religiosa (todos ellos católicos), el 37,5% como espirituales pero no religiosos, y el 12,5% como religiosos pero no espirituales. De los profesionales de la muestra, 93,75% recibieron formación de

posgrado en salud mental y solo el 25% capacitación específica relacionada con el enfoque R/S.

El análisis arrojó tres temas principales que se reflejan en las siguientes categorías:

Comprender la espiritualidad en la práctica clínica su influencia en la salud

Toda la muestra ha escuchado el término salud espiritual en algún momento, sin embargo, no hay consenso sobre la definición de espiritualidad. Todos los profesionales creen que el R/S influye de alguna manera en la salud de los pacientes, relacionándolo de manera positiva con el afrontamiento de la enfermedad: Además, creen que su propio R/S puede interferir con la relación profesional-paciente y la voluntad de abordar sus necesidades espirituales, afirmando que aquellos que cuidan de su propia espiritualidad establecen y brindan una mejor atención espiritual: A pesar de esto, no sienten el deseo de abordar las necesidades espirituales de sus pacientes, haciéndolo de manera ad hoc cuando detectan angustia espiritual. Ninguno de ellos se ha planteado abordar la espiritualidad de los familiares de pacientes de salud mental, aunque muchos de ellos consideran que sería muy interesante y que deberían mejorar este aspecto

Barreras para proporcionar atención espiritual de salud mental

La mayoría de los profesionales (n = 14) relataron que sintieron dificultades o barreras que los desalentaron de discutir R/S con sus pacientes, afirmando también que existen posibilidades para mejorar el cuidado espiritual de los pacientes de salud mental, relacionando esto último con una mejora en la formación específica de los profesionales que actúan en esas unidades. Entre las barreras mencionadas con mayor frecuencia se encuentran la falta de tiempo, relacionada con la sobrecarga de trabajo y la falta de personal, y la falta de capacitación. Otras dificultades identificadas fueron el miedo a no saber controlar la situación, el estigma existente al abordar el tema, la dificultad para identificar la necesidad de abordar esta dimensión, o la falta de experiencia profesional.

Solo dos de los participantes declararon que actualmente no existen barreras o dificultades para brindar atención espiritual a los pacientes de salud mental. Cuando se les preguntó si sabrían cómo mejorar o eliminar estas barreras o dificultades, una minoría afirmó que no sabría cómo hacerlo, y el resto de ellos destacó, como posibles medidas, la capacitación de profesionales, y un aumento de los recursos o la transición del modelo biológico clásico tan arraigado en nuestro sistema a un modelo holístico que considera la esfera psicológica, social o espiritual del paciente. La mayoría de ellos

considera que los recursos que existen para abordar la espiritualidad de los pacientes son escasos o desconocidos para los profesionales, limitándose a la posibilidad de contactar con un capellán en aquellas ocasiones en que el paciente o sus familiares lo soliciten.

Capacitación en atención espiritual para profesionales de la salud

La falta de preparación para abordar los aspectos religiosos / espirituales de los pacientes de salud mental es una declaración común compartida por los profesionales de la muestra. La mayoría de los profesionales (n = 14) consideran útil que el cuidado espiritual/religioso adquiera un mayor valor dentro de la formación universitaria, afirmando que no hay necesidad de una asignatura específica, sino que sea una asignatura transversal durante la carrera (*P-7, mujer, 28 años, enfermera: "Creo que podría ser una asignatura transversal, podría encajar en muchos temas y ser recordado a lo largo de los años"*). También afirman que la capacitación en cuidado espiritual es muy importante para su trabajo en salud mental.

Discusión

Este estudio tuvo como objetivo describir las percepciones, conocimientos y actitudes de los profesionales de la salud mental con respecto a las necesidades espirituales de los pacientes y sus familias sobre la atención espiritual que brindan en su práctica clínica.

Los resultados indican que no existe consenso entre los participantes sobre la definición de espiritualidad, principalmente debido a la confusión terminológica con el concepto de religiosidad; sin embargo, todos creen que R/S influye en la salud de los pacientes de alguna manera, relacionándola positivamente con el afrontamiento de la enfermedad. Además, creen que su propio R/S puede interferir con la relación profesional-paciente y su voluntad de abordar sus necesidades espirituales. La mayoría relató que experimentan dificultades o barreras que los desalientan de discutir R/S con sus pacientes, especialmente la falta de tiempo y capacitación específica.

En cuanto al abordaje de la espiritualidad en la práctica clínica y su influencia en la salud, todos los profesionales entrevistados indistintamente de su filiación religiosa creyeron que el R/S influye de alguna manera en la salud de los pacientes, relacionándolo positivamente con el enfrentamiento de la enfermedad mental. Estudios previos también reflejan este hallazgo, mostrando una correlación significativa entre los enfoques de espiritualidad de los pacientes y una mejora en el afrontamiento de la enfermedad y en la calidad de vida física, social, psicológica y espiritual. El estudio de Camargos et al (2015), realizado en Brasil con una muestra de 1050 participantes (525

profesionales de la salud y 525 pacientes con cáncer), revela que el 94,1% de los pacientes consideró importante que los profesionales de la salud les preguntaran sobre sus creencias espirituales, y el 98,3% de los profesionales de la salud estuvo de acuerdo en que el cuidado espiritual era necesario para los pacientes. Del mismo modo, un metaanálisis realizado por Xing et al (2018) de siete estudios con 1134 pacientes (575 en el grupo de intervención y 559 en el grupo de control), informó el efecto de las intervenciones espirituales en el bienestar espiritual de los pacientes con cáncer después del tratamiento, lo que indica una diferencia estadísticamente significativa en los efectos obtenidos sobre el bienestar de los pacientes incluidos en el grupo de intervención. El estudio de Jongkind et al (2019), en pacientes con depresión, revela que aquellos pacientes que usan la religión como método para hacer frente a su enfermedad tienen tasas más bajas de ideación suicida y un mejor control de su enfermedad / trastorno / patología mental, en comparación con aquellos pacientes que no son ni religiosos ni espirituales.

Por otro lado, los participantes creen que su propia R/S puede interferir con la relación profesional-paciente y su voluntad de atender sus necesidades espirituales, afirmando que aquellos que cuidan de su propia espiritualidad establecen y brindan una mejor atención espiritual. Este hallazgo es descrito por otros estudios (Curlin et al, 2006; Best et al, 2016; López-Tarrida et al, 2021; Korup et al, 2021). En un estudio de enfermeras que trabajan en una unidad de salud mental, las enfermeras describieron sus propias características espirituales / religiosas como factores significativos para el cuidado espiritual, con aquellas enfermeras que se veían a sí mismas como "espirituales y religiosas" que brindaban atención espiritual con más frecuencia que aquellas que se veían a sí mismas como "espirituales pero no religiosas" (Neathery et al, 2020).

Los resultados de nuestro estudio mostraron que la mayoría de los profesionales están a favor de incorporar la dimensión espiritual en la práctica clínica, pero pocos son los que incluyen el cuidado espiritual en su cuidado diario, sobre todo en aquellas ocasiones en que detectan angustia espiritual. A pesar de la creciente investigación en el campo de la espiritualidad y el reconocimiento por parte de los profesionales de las prácticas espirituales, se presta poca atención al enfoque espiritual en la práctica clínica o la formación profesional debido al afianzamiento del modelo biomédico en nuestro sistema de atención médica (Hawthorne & Gordon, 2020). Como resultado, existe un déficit en el cuidado espiritual, a pesar de que la mayoría de los pacientes desean una mayor incorporación de la dimensión espiritual en los encuentros con los profesionales de la salud (Ernecoff et al, 2015; Astrow et al, 2018).

En cuanto a las barreras detectadas, catorce de los dieciséis participantes declararon que la falta de tiempo, la falta de capacitación, el miedo a no saber cómo manejar la situación, el estigma asociado a abordar el problema y la dificultad para identificar la necesidad son las principales dificultades. La mayoría de los participantes informaron la falta de tiempo como una de las más importantes. Este hallazgo se identifica en varios estudios (Balboni et al, 2014; Zakaria et al, 2015; Vasconcelos et al, 2020; Musa et al, 2019). Entre ellos destaca el estudio de Chen et al (2017), con similares hallazgos. La mayoría de ellos consideró que la atención médica física se prioriza sobre la atención psicosocial, expresando que la atención espiritual solo se brinda en momentos en que "había tiempo extra".

Un estudio más reciente, realizado durante la pandemia por COVID-19 en una muestra de 19 enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos y servicios de emergencia en España, mostró que las enfermeras eran responsables de brindar atención espiritual a sus pacientes (de Diego-Cordero et al, 2022). En general, creían que el R/S era un aspecto esencial para ayudar a los pacientes a enfrentar la enfermedad en estas unidades, aunque no se sentían capacitados para proporcionar atención espiritual adecuada en estas situaciones de crisis. Al igual que en nuestro estudio, las enfermeras citaron varias barreras, como la falta de tiempo y la capacitación (de Diego-Cordero et al, 2019).

En cuanto a las otras barreras, en un estudio de una muestra de 279 trabajadores sociales clínicos, casi la mitad de ellos declararon que esperaban que los pacientes iniciaran un diálogo relacionado con sus intereses religiosos y / o espirituales por temor a ofender al paciente, porque se sentían incómodos o porque consideraban que abordar esta necesidad era un tema tabú o perteneciente a la esfera más íntima del paciente (Oxhandler & Giardina 2017).

La mayoría de los participantes consideró que los recursos son escasos o desconocidos para los profesionales, limitándose a la posibilidad de contactar a un capellán en aquellas ocasiones en que el paciente o familiares lo soliciten. El estudio de Siler et al (2019) en los Estados Unidos, en una muestra de diecinueve profesionales de la salud, describió cómo recurrió con mayor frecuencia al capellán cuando no se sentían cómodos en el encuentro clínico, no sabían cómo abordar la dimensión espiritual o sentían que no se sentían. Del mismo modo, otro estudio describió cómo los profesionales recurrían al capellán cuando los pacientes o familiares planteaban cuestiones religiosas o espirituales incómodas (Choi et al, 2019).

En línea con los hallazgos descritos anteriormente, cuando se les preguntó si sabrían cómo mejorar o eliminar estas barreras o dificultades, una minoría de los profesionales entrevistados afirmó que no sabría, mientras que el resto destacó como posibles medidas específicas de capacitación, un aumento de los recursos, o un cambio del modelo biológico clásico tan profundamente arraigado. La lucha por la humanización de la atención en los centros de salud está actualmente en aumento.

La carencia de formación en el cuidado espiritual de los profesionales de la salud es otro de los principales temas mencionados como principal limitación para un adecuado abordaje de las necesidades espirituales de los pacientes en unidades de salud mental. Como se menciona en las investigaciones realizadas y publicadas sobre el tema, esta es la principal brecha relatada por los profesionales de la salud, independientemente del contexto clínico en el que se hayan realizado los estudios (Milner et al, 2020; López- Tarrida et al, 2021).

A su vez, hay una serie de investigaciones que destacan los deseos de los pacientes de que sus cuidadores hablen con ellos sobre sus creencias espirituales y / o religiosas (Ernecoff et al, 2015; Astrow et al, 2018; Sager, 2020). Siguiendo esta línea, el estudio de Kichenadasse et al (2017), en una muestra de 69 médicos, describió que la mayoría habían encontrado pacientes que expresaron necesidades espirituales durante las consultas clínicas y sólo una minoría de ellos percibió que podían satisfacer dichas necesidades, afirmando la falta de formación como la principal barrera. Además, diferentes estudios destacan que las enfermeras, en comparación con los médicos, tienden a ser más sensibles y dispuestas a abordar las necesidades espirituales de los pacientes, en relación con el mayor porcentaje de enfermeras que han recibido formación universitaria en atención espiritual en comparación con los médicos (El. Nimr et al, 2004; Frick et al, 2021). Diferentes estudios señalan los considerables beneficios de incorporar asignaturas de R/S en los planes de estudio. Otro estudio realizado en estudiantes españoles identificó que se sentían poco preparados para abordar las necesidades espirituales de los pacientes, creyendo que las universidades no están proporcionando suficiente capacitación sobre atención espiritual en la práctica clínica. Además, los estudiantes de enfermería tendían a creer más en la influencia de R/S en la salud de los pacientes y en la conveniencia de abordar cuestiones religiosas y espirituales (de Diego-Cordero et al, 2019).

Un ensayo clínico proporcionó capacitación en atención espiritual a enfermeras de diferentes servicios en un hospital de Rotterdam, mostrando que después de la capacitación, los pacientes atendidos fueron más solidarios y receptivos a sus necesidades espirituales. También hubo cambios significativos en las actitudes y

conocimientos de las enfermeras, al considerar las referencias y la ayuda de otros profesionales (Vlasblom et al, 2011).

La capacitación adecuada proporciona herramientas para el cuidado espiritual tanto para el profesional como para el paciente y se ha demostrado que es de suma importancia (Vermandere et al, 2011; Sager, 2020). Es un hecho de gran relevancia para proporcionar un cuidado espiritual adecuado, ya que este entrenamiento tiene un impacto positivo en el cuidado holístico y humanizado (Jors et al, 2015; Moestrup & Hvidt, 2016; Sankhe et al, 2017; Xing et al, 2018).

Conclusiones

El ámbito espiritual y/o religioso se considera una dimensión esencial de la atención al paciente en las unidades de salud mental, como se observa en las opiniones y percepciones de los profesionales españoles incluidos en este estudio. Sin embargo, la falta de formación específica y la falta de tiempo son barreras importantes detectadas por los profesionales para la prestación de atención espiritual en las unidades de salud mental.

La falta de formación adecuada en el cuidado espiritual ha sido identificada como un predictor importante para abordar la dimensión espiritual, ya que, aunque la mayoría de los profesionales se encuentran con pacientes con necesidades espirituales, sólo una minoría percibe que son capaces de satisfacerlas debido a la falta de formación durante su aprendizaje profesional.

Se necesita más investigación sobre la atención espiritual para comprender las experiencias cualitativas de los profesionales de la salud mental hacia la atención espiritual para definir la práctica, la capacitación de los profesionales y los desafíos asociados en la atención espiritual de los pacientes.

- **ARTÍCULO 3 PUBLICADO QUE DA CUMPLIMIENTO AL OBJETIVO ESPECÍFICO 3.**

de Diego-Cordero R, López-Tarrida AC, Linero-Narváez C & Galán González-Serna JM. 2023. "More Spiritual Health Professionals Provide Different Care": A Qualitative Study in the Field of Mental Health" *Healthcare* 11, no. 3: 303.

<https://doi.org/10.3390/healthcare11030303>

CAPÍTULO VI. Discusión integrativa

RECOMPENSA

Cuando la misión del héroe se ha llevado a cabo... el aventurero debe regresar con su trofeo... requiere que empiece la labor de traer los misterios de la sabiduría... donde la dádiva habrá de significar la renovación de la comunidad... una dimensión olvidada del mundo que conocemos y la exploración de esta dimensión encierra todo el sentido de la hazaña del héroe...

El héroe de las mil caras. Joseph Campbell (extractos)

EXPERIENCIAS Y APRENDIZAJES

Lo aprendido debe ser compartido, ¿cómo hacerlo?

La reflexión que convierte el “darse cuenta” en “tomar consciencia”

*asimilar la experiencia, lo leído, lo estudiado, lo vivido, lo conocido de tantas
formas*

que tenga su evidencia y su calado

y transcribirlo de forma que se entienda y sea plausible...

*explorar la dimensión espiritual, la más profunda del ser humano, la trascendente,
reencontrar y definir el sentido y el significado de por qué me hice médico...*

Hasta aquí y según la cosmovisión del contexto sociocultural en el que nos encontramos, ha sido valorada la espiritualidad desde diferentes enfoques y disciplinas. Si se entiende que es inherente al ser humano y que está presente de forma intangible comprendiéndose por tanto que existe en cada persona, ¿por qué parece que se diluye en los entornos clínicos, donde en momentos de adversidad como son la enfermedad y la muerte, lo humano aflora más si cabe y se generan incógnitas existenciales en todas las personas implicadas (paciente, familia y profesionales)?

Este hecho, en el cual se difumina o relega la dimensión espiritual en la práctica asistencial, puede llegar a provocar un desequilibrio en la relación clínica donde los pacientes aguardan que sus médicos tengan conversaciones con ellos sobre estos temas como ya se ha demostrado con publicaciones al respecto (Banin et al, 2014; Ernecoff et al, 2015; Best et al, 2015, 2016; Astrow et al, 2018) y donde los médicos actúan de forma diversa: sus respuestas oscilan desde la huida y la evitación, hasta el miedo a dañar y a la sobreprotección ante el abordaje de este tipo de cuestiones, pasando por la angustia y el manejo inadecuado debido al desconocimiento en esta dimensión (Astrow et al, 2001; Palmer et al, 2020, 2021; Hamouda et al, 2021).

Otras disciplinas, como se ha explicado brevemente, han conjeturado y estudiado la espiritualidad desde diferentes ángulos concluyendo que es una cualidad inmanente del ser humano, que se mantiene en cualquier marco en el que la persona tenga experiencias y vivencias. En Medicina, el cariz científico y el humano están destinados a entenderse, aunque la seguridad de los protocolos, la eficacia de los resultados, el avance científico y técnico parece que tengan mayor entidad en la práctica. Puede que llegue el día en el que la toma de datos y los resultados sean integrados por la tecnología más avanzada pero lo humano de la medicina no es posible que lo sustituya una máquina. La aplicación por parte de los profesionales de la salud del avance científico-técnico contribuye a un mejor desarrollo de sus funciones y beneficia a la calidad de vida, pero la persona atendida no es meramente un elemento de análisis y de estudio, un inerte campo de investigación, sino que es también protagonista de lo que le acontece, un ser racional que participa en su salud y en la vivencia de ésta, y no ha de dejar de ser contemplada su propia intervención en el restablecimiento de la misma.

A su vez, se ha demostrado desde múltiples pruebas y evidencias, el indudable beneficio que tiene la atención de la espiritualidad en la salud, desde diferentes ópticas, siendo tal vez una de las mayores dificultades en estos análisis la definición del concepto en sí que aún parece ambiguo, lo mismo que determinar cuáles son las variables de medida que se han de considerar a la hora de cuantificar las creencias y los

valores en su influencia en la salud, sobre todo en la sociedad actual sujeta a cambios y movimientos demográficos y culturales (Moestrup & Hvidt, 2016; Liefbroer et al, 2019; Ransome 2020).

Desde esta óptica, socialmente hay determinantes que influyen en la salud como son el estilo de vida, el ambiente, la genética y los sistemas sanitarios, con lo cual, estos condicionantes influyen en la salud individual y colectiva de las personas.

Se ha expuesto la evolución de los determinantes sociales de la salud y cómo, si se profundiza en ellos, el aspecto espiritual está delimitado ya sea de forma clara como en el modelo de Hancock (alma) o de manera tácita y subrepticia en otros. Así pues, la espiritualidad interpretada como soporte de un sistema de valores tal y como refiere Speck (1993), es transversal a varios factores representados. En el modelo de Dahlgren y Whitehead por ejemplo, las redes sociales y comunitarias como también la educación, están sustentados en valores en relación con una cultura, una historia o incluso una religión. Es incuestionable que los valores éticos de las sociedades occidentales emanan de la tradición y cultura judeocristiana, sean seculares o no, ya que como se ha explicado (Schneiders, 2003) la religión es una manera de concretar la espiritualidad y ha sido sostén como norma conductual social durante largo tiempo (Horne et al, 2008; de Diego & Badanta, 2017). Según el modelo de la WHO, la distribución de la salud y la calidad de vida también viene determinada por los valores que se concretan y relacionan con factores sociales, culturales y económicos, y en una educación y un comportamiento en las relaciones que se establecen con uno mismo, con los demás y con el medio que les rodea.

En cuanto a la relación con el entorno y el ambiente, se habla incluso de una espiritualidad ecológica; la consciencia de considerar a la naturaleza como algo sagrado y de la que el ser humano forma parte, lo cual genera una responsabilidad en las conductas y comportamientos de la interacción con ella, ya que a su vez redundan y reverberan en la salud de las personas. El cambio climático influye en la salud y la sostenibilidad se basaría en este pensamiento según esta corriente ideológica (Maxwell, 2003; Rumbold, 2012; Kamitsis & Francis, 2013; variables (Zsolnai & Flanagan, 2019; Gerhardt-Strachan, 2022).

Además, como parte de los sistemas sanitarios que garantizan el cuidado de la salud, varias investigaciones han probado resultados fehacientes en el interés de cuidar la espiritualidad que justifican su influencia social, donde se muestra que forma parte de la práctica clínica favoreciendo la salud holística (Martins et al, 2020). En salud pública se han realizado reflexiones e investigaciones científicas encaminadas a

determinar cómo la espiritualidad influye en el estilo de vida y la salud desde una perspectiva cognitivo conductual, donde es una fuente de recursos y que debe ser contemplada en las estrategias de salud de los sistemas sanitarios como una herramienta eficaz en el afrontamiento del estrés, los problemas mentales, la enfermedad, la muerte o el tratamiento del cáncer o la hipertensión (Dhar et al, 2012; Damiano et al 2016; Oman 2018; Ransome 2020).

Teniendo en cuenta este bagaje y sabiendo que las sociedades cambian a lo largo del tiempo siendo sus necesidades también variables, se podría considerar a la dimensión espiritual como un determinante más de la salud, de forma directa o indirecta en cuanto es subyacente a varios elementos de los modelos presentados. Esta transversalidad apoya la cuestión de considerarlo como un determinante social y por ello defendemos esta consideración. De hecho, en un artículo publicado en salud pública (Vader, 2006) se hace referencia a la definición de salud de la WHO que incluye la salud espiritual y a los tratados firmados por países europeos que incluyen esta dimensión en sus políticas de salud social.

Consideradas las visiones diferentes desde distintos puntos de vista sobre cómo se entiende qué es espiritualidad, considerando las ideas psicológicas, filosóficas, antropológicas, religiosas y sociales, en nuestra investigación nos planteamos qué implicación tiene en el ámbito de la salud y en los entornos clínicos.

De dónde partimos...

Según la WHOQOL la calidad de vida es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones y el bienestar puede estar determinado por la resiliencia, la capacidad para la acción y estar preparado para trascender los desafíos vitales. Así se expresó en la 10ª Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud, cuyo tema principal fue el bienestar relacionado con la salud.

La definición del término salud ha evolucionado con el tiempo y el contexto sociocultural, progresando a un concepto más abierto, global y dinámico. Así pues, la acepción más actual establece que la salud plena e integral es aquella que abarca el equilibrio en todos los aspectos del ser humano desde el punto de vista antropológico: lo físico, lo psíquico, lo social, lo espiritual e incluso en algunos contextos, lo ambiental (Hoyo et al, 2021).

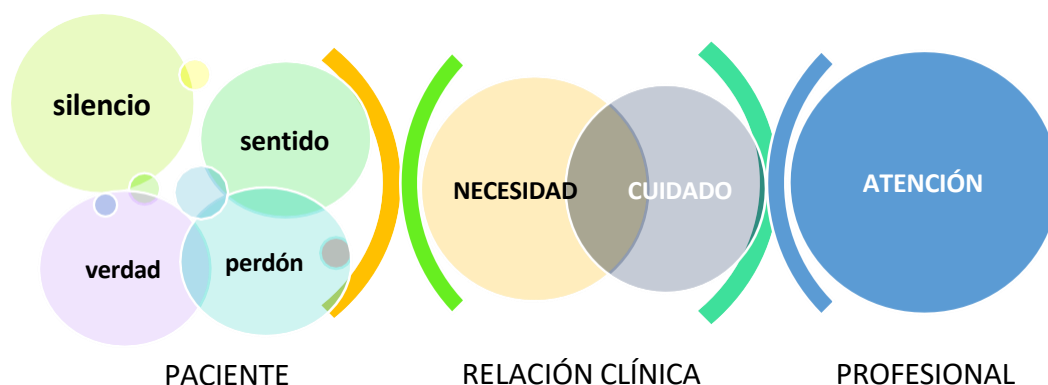
Concentrándonos en la salud espiritual y siguiendo la definición previa respecto al equilibrio del dominio espiritual, en los entornos clínicos, independientemente del área

de salud, se articula y expresa mediante una necesidad espiritual la cual, como las necesidades de otra índole, requiere un cuidado acorde y apropiado.

Las necesidades espirituales, antaño enfocadas en el aspecto religioso, se despliegan en rasgos más amplios donde la principal es la necesidad de sentido, pero donde también se encuentran la necesidad de reconciliación, de reconocimiento, de silencio, de libertad, de verdad, de oración-meditación, de símbolos y/o ritos, de perdón o de gratitud como esboza Torralba (Torralba, 2003). Estos requerimientos aparecen en momentos de enfermedad o ante la muerte, donde la persona se interpela por este tipo de asuntos y precisan de un cuidado profesional adecuado, acorde a las expectativas reales de la persona.

Figura 9

Espiritualidad en los entornos clínicos



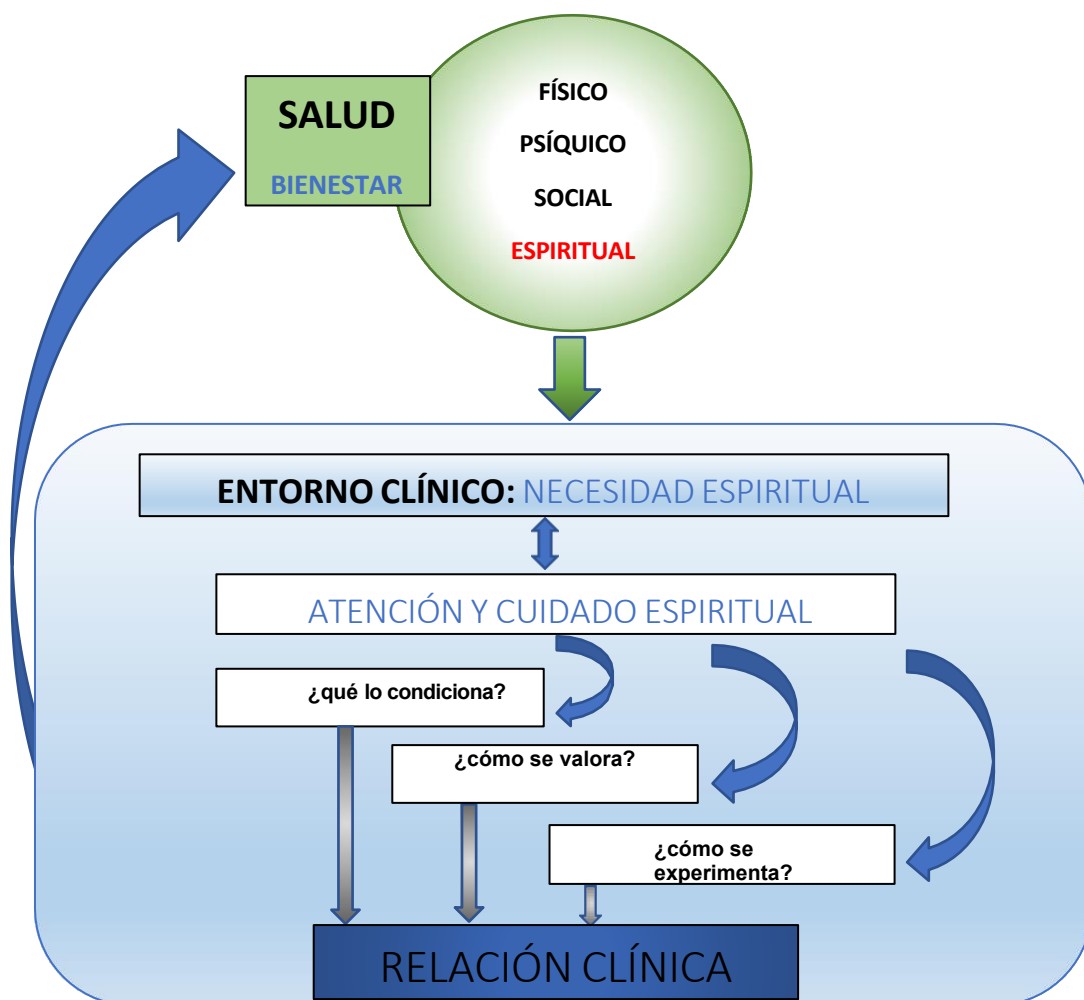
Fuente: elaboración propia

Es cierto que la dimensión espiritual se tiene, no se aprende, y está más en relación con lo que somos que con lo que sabemos, más con la experiencia que con el conocimiento, existiendo diferentes grados de madurez espiritual según la persona, con la peculiaridad de que la profesión sanitaria es intrínsecamente una profesión espiritual (Benito et al, 2016). En la práctica clínica, a los profesionales se les interpela sobre el sufrimiento en el más amplio sentido de la palabra estableciéndose una relación interpersonal con una peculiaridad implícita: se trata de un encuentro persona-

persona, en condiciones de simetría moral, lo cual hace que el profesional se enfrente a su propia condición, a su propia vulnerabilidad y en algunos esto genera reticencia. Pero a su vez también es cierto que el profesional tiene que estar preparado ante la coyuntura que pueda presentarse en el encuentro clínico cuando su paciente necesita sentirse escuchado y acompañado en ese momento de crisis vital y le cuestiona con preguntas de índole existencial; esto sí que precisa una capacitación específica para su manejo oportuno. La sociedad actual, cada vez más globalizada y plural demanda una atención de su salud adecuada y congruente en este sentido (Moestrup & Hvidt, 2016; Liebroer et al, 2019; Stripp et al, 2023) con lo cual es contingente dar una respuesta, no puede ni debe estar supeditada una capacidad profesional a una inclinación personal hacia la espiritualidad.

Figura 10

Esquema discusión integrativa



Fuente: elaboración propia

¿Cuáles son los condicionantes para un adecuado cuidado espiritual en los entornos clínicos?

La relevancia de la educación

En la búsqueda realizada en nuestra primera parte de la investigación encontramos que en las últimas cuatro décadas hay pocas investigaciones relacionadas con la perspectiva concreta del médico en relación con el cuidado espiritual en su día a día; de 1414 publicaciones identificadas en nuestra revisión, sólo 8 fueron incluidas para poder efectuar una revisión narrativa no siendo posible un metaanálisis dado que no se encontraron estudios empíricos para llevar a cabo su ejecución. No obstante, los resultados se asemejaron a los evidenciados en otras series similares, integradas y contrastadas las perspectivas en el contexto de equipos interdisciplinarios. Uno de los principales hallazgos reflejados por los médicos, es que la principal cuestión que determina cómo abordan las necesidades espirituales, es la falta de una capacitación específica, de la misma manera que lo refieren otros profesionales sanitarios (enfermería, psicología...).

Respecto a la escasa evidencia acerca de cómo los médicos consideran la dimensión espiritual como garantes del cuidado en el entorno clínico, puede que sea muestra de cómo es de férreo el modelo biomédico tradicional en la doctrina del clínico, al basarse su praxis en una cualificación científico-técnica primordialmente desde que inicia su periodo formativo. En EEUU³¹ y en Europa³² ya hay habida cuenta de la toma de consciencia de este aspecto y se promueven desde diferentes centros universitarios e independientes la formación de los médicos en cuidado espiritual y su investigación en relación con la salud. Por ejemplo, en una revisión llevada a cabo en Australia (Jones et al, 2021) se examinaron 55 estudios que analizaban programas de formación en atención espiritual de 2010 a 2021, poniendo en relieve los resultados positivos encontrados en todos ellos respecto al cuidado espiritual tras una educación específica. Aunque ya existen programas académicos en diferentes universidades y en formación especializada en entornos hospitalarios en el territorio español en el grado de Medicina que promueven los valores de médico vertebrándolos entre sus competencias (Morán-Barrios, 2013), aún queda camino por recorrer respecto a la consideración del cuidado espiritual como parte de su formación.

³¹ [Welcome | GWish | GW School of Medicine and Health Sciences \(gwu.edu\)](#)
[Center for Spirituality, Theology and Health \(duke.edu\)](#)

³² [Institute RISH :: Research Institute for Spirituality and Health](#)

En sectores empresariales y académicos están emergiendo las llamadas habilidades blandas o *soft skills*, *core skills* o *essential skills* según los contextos (Matteson et al, 2016). Se trata de la conjugación de aquellas destrezas, actitudes y rasgos de la persona que combinadas le permiten desempeñarse mejor en su profesión más allá de los objetivos que supone su responsabilidad en un determinado rol laboral e independiente de su nivel formativo. Esto también influye en cómo se comporta o en cómo actúa en el escenario laboral. Estas habilidades se adquieren con la experiencia vital y profesional y suponen de tiempo, pero pueden mejorarse y perfeccionarse con una educación específica, con una estrategia de formación definida mediante canales y herramientas adecuados. Habilidades como la resiliencia, la comunicación o la compasión son requeridas como las más demandadas y se consideran transversales. Una característica de estas habilidades es que no se restringen a un campo específico y son útiles en todos los aspectos de la vida de las personas, así pues, si estas capacidades están alcanzando mayor protagonismo y se estiman clave ya en el mundo empresarial como requeridas en el *modus operandi* del profesional y en sus relaciones interpersonales ¿podría plantearse la espiritualidad entre esas “competencias blandas” en el mundo sanitario? (Lavender, 2019). Estas capacidades, que se denominan transformadoras, son una oportunidad para la innovación en el mundo sanitario en una estrecha relación con una sociedad volátil e incierta, cambiante y plural que lo influye, ya que otorgan flexibilidad en el individuo ante esta realidad variable donde se encuentra ubicado y en constante exposición al sufrimiento humano. La espiritualidad, no como una habilidad, pero sí como una cualidad que desarrollada se ha visto que es origen de fortalezas para responder y actuar ante momentos de dificultad, podría ser propuesta como una de estas destrezas en el ámbito sanitario, lo que apoyaría su inclusión en las estrategias educativas de las profesiones sanitarias. Sería necesario realizar más investigaciones para ahondar en este tema (Southard, 2020; Celano et al, 2022),

La cuestión es que los profesionales expresan que no se sienten seguros o instruidos para abordar la dimensión espiritual en la práctica y precisan de recursos. Si hacemos un vuelo de reconocimiento sobre la capacitación respecto a la dimensión espiritual en salud en el contexto español, la formación en esta área se limita a ambientes específicos de cuidados paliativos donde lo espiritual emerge sobremanera en las personas durante esta etapa de sus vidas, y tímidamente en otras áreas de salud como parte de estrategias de humanización asistencial. En esos ámbitos está menos desarrollado, lo cual no significa que la dimensión espiritual no sea relevante puesto que las investigaciones tanto nacionales como internacionales así lo demuestran en unidades de cuidados intensivos (Ho et al, 2018; Willemse et al, 2020), de urgencias (Biondo et al, 2017),

salud mental (Rodríguez-Yunta, 2016; Garssen et al, 2021; Harris & Tao, 2022) o de atención primaria (Monroe et al, 2003; Isaac et al, 2016)

A nivel académico, los planes de formación de los futuros médicos no recogen de manera formal entre sus materias de instrucción una educación concreta en atención espiritual. En el programa formativo de Enfermería se recogen pautas sobre el cuidado de esta dimensión contenidas en asignaturas que exploran y profundizan en el cuidado basadas en las teorías enfermeras de Watson, Roy o Peplau. En Medicina, no se contempla en absoluto, aunque la relevancia que se da a los valores (bioética) del médico en el ejercicio de su profesión está presente, pero como una materia con escaso peso académico. No obstante, esta es una cuestión que se equipara a lo observado en otros países donde hay autores que han expresado en diferentes publicaciones la trascendencia de formar a los futuros profesionales de la salud en estas cuestiones, proponiendo mejoras en este aspecto y ofreciendo sugerencias (Handzo y Koenig 2004; Sajja & Puchalski, 2018).

La formación adecuada en una amplia gama de habilidades (científico-técnicas, intelectuales, conductuales...) para un *modus operandi* capacitado y eficaz, proporciona al profesional de los medios para solventar cualquier tipo de cuestión, desde una afección cardíaca grave, una enfermedad neurodegenerativa, un politraumatizado con fracturas múltiples o una atención al duelo. Son personas acompañando a personas más allá de esas habilidades que, por supuesto tienen su interés, pero como ha quedado patente en los últimos tiempos, como con la pandemia por COVID 19, no han sido infalibles en todos los casos y para todos los momentos.

Valorada esta cuestión por nuestra parte, creemos que es muy significativo el interés por favorecer una formación específica en cuidado de la dimensión espiritual por varios motivos:

El primero de ellos es que la espiritualidad, entendida como aspecto que contempla los valores y las convicciones de la persona (relación consigo misma y su vida) y la conexión que tiene con todo cuanto le rodea (relación con lo demás, con el mundo y con algo más allá que lo tangible), es espacio de necesidad, pero también es fuente de recursos ante la adversidad. Así pues, la persona que sufre por enfermedad o por cercanía de la muerte y la persona que la acompaña y la asiste en su relación clínica, tienen este locus de encuentro común que establece un vínculo significativo, proporcionando un ambiente de confianza para la toma de decisiones clínicas, la adherencia a las terapias y el restablecimiento de la salud.

Sentirse escuchado es la manera más importante de sentirse reconocido, en sus ideas y creencias, en sus miedos y anhelos. La dimensión espiritual sirve a la persona para el afrontamiento de momentos de crisis, y es plausible de uno y otro lado de la relación clínica, en la persona que enferma y en el cuidador, muchas veces también quebrantado. Henri Nouwen en su libro *El sanador herido*³³, donde reflexiona sobre la actitud auténtica y sincera que se establece en una relación basada en el cuidado del otro, hace referencia a esa condición humana de fragilidad que se evidencia por ambas partes en el encuentro clínico; por un lado la acogida de la persona que sufre basada en la compasión (reconocer en el otro un igual vulnerable que genera una acción que nos mueve a aliviar el sufrimiento del otro, como refiere Feito³⁴) y del otro lado, el clínico que se abre a esa vulnerabilidad identificándola en sí mismo y afrontándola, lo cual se sustenta en sus propias convicciones, creencias y valores arraigados en su propio aspecto espiritual. Así lo demuestran estudios en los que se ha evidenciado que la espiritualidad es un recurso para salvaguardar la integridad de uno mismo (Doolittle et al, 2013; Badanta et al, 2022; de Diego et al, 2022; Harris & Tao, 2022). Creemos que la formación en cuidado espiritual completa al profesional sanitario también en lo personal lo cual redundará en la persona que atiende y asiste.

Teniendo presente la realidad sanitaria, otra de las cuestiones reveladas en nuestra revisión, es que en muchas ocasiones es una inclinación personal y no profesional la que hace ostensible el cuidado de la dimensión espiritual en la práctica asistencial. Es decir, el profesional que tiene más cuidada su propia espiritualidad tiene mayor tendencia a identificar y proporcionar atención a las necesidades espirituales en su labor asistencial. Esto genera imprecisión y una práctica indefinida y confusa respecto al valor que en verdad tiene la atención espiritual en los medios sanitarios. Para solventar esta cuestión, es crucial conocer cómo valora y atiende el profesional esta faceta, y este es un segundo motivo por el cual estimamos relevante la capacitación específica en espiritualidad y su atención coherente. Abundan en la literatura científica multitud de investigaciones empíricas (Daudt et al, 2019; Nissen et al, 2021) o que realizan revisiones sobre estudios publicados al respecto fuera del ámbito nacional (Jones et al, 2021; Rykkje et al, 2022), que avalan la repercusión positiva de la educación de los profesionales en el cuidado espiritual lo cual redundará en la persona que es atendida por ellos.

³³ El sanador herido. Henri J.M. Nouwen, (1971).

³⁴ Valores de Médico. Compasión. Lydia Feyto Grande, (2021).

En segundo lugar, la formación específica despejaría la histórica confusión terminológica entre espiritualidad y religión, ya que esta circunstancia causa una dificultad en la comprensión del constructo y su uso en las investigaciones científicas (VanderWeele et al 2017; Carmo, 2023). Para progresar en su estudio y desarrollo es primordial que quede circunscrita y definida en el mundo sanitario actual, lo que conllevaría a una mejora en su atención. Como explica Schneiders, espiritualidad y religión son dos facetas de una misma realidad, en la que la trascendencia y la búsqueda de sentido se articulan de maneras diferentes en base a la relación con uno mismo, con los demás y con cuanto nos rodea. Partiendo de esta premisa, todas las personas son espirituales, pero no todas las personas son religiosas, ya que no siempre la espiritualidad cristaliza en un dogma con normas que rigen la conducta, en ritos que exteriorizan esa espiritualidad en la relación con los demás o en un vínculo con un ser trascendente llamado dios. Así pues, en los entornos clínicos, aunque haya personas que sus necesidades espirituales consistan en ritos y oración y esto genere cierta incomodidad en los profesionales que no coincidan en estas mismas ideas o que consideren que forma parte de la esfera íntima de la persona, son relevantes en cuanto repercuten y afectan a la salud con cierto impacto o se implican en la toma de decisiones clínicas, la continuidad de tratamientos y en la resiliencia o la calidad de vida de la persona.

Tal vez la razón que consideramos de mayor peso para una formación adecuada es la atención integral que se ha de proporcionar a la persona como deber ético del profesional sanitario. En los sistemas actuales de salud, se están desarrollando iniciativas que dan valor al cuidado integral de la persona prestando la entidad suficiente a que el ser humano está constituido por dimensiones que aportan complejidad al manejo de la enfermedad donde la espiritualidad tiene su relevancia como sostén de su propio sistema de valores que condicionan su actitud y sus decisiones en la enfermedad (Muldoon & King, 1995)

Los pacientes expresan que quieren hablar con los profesionales que los atienden acerca de sus creencias ya que éstas influyen en las decisiones que toman en el proceso de su enfermedad, así como en la manera de sobrellevarla, de ahí la responsabilidad moral de atender a la persona de forma holística valorando la dimensión espiritual, se sea creyente o no.

¿Cómo podemos valorar el cuidado espiritual en respuesta a la necesidad espiritual?

El cuidado espiritual como deber ético en la práctica clínica

En esta línea, revisando la literatura existente, prevalecen multitud de instrumentos de medida en salud para valorar la dimensión espiritual en las personas atendidas en los entornos clínicos, pero hay escasas herramientas que cuantifiquen este aspecto en el propio profesional sanitario. Nos interesa saber cómo maneja el profesional sanitario el enfoque R/S, de ahí la inclinación por obtener un medio con el cual poder estimar esta perspectiva. Por tanto, tras una exhaustiva búsqueda de escalas que se centraran en el profesional, encontramos el instrumento NERSH (nersh.org), el cual evalúa la espiritualidad, la religiosidad y los valores del profesional en su práctica asistencial. Este instrumento, validado en más de 20 países y en diferentes idiomas, proporciona con gran detalle un perfil del sanitario (ANEXO II). Posee además una característica añadida de las encuestas autoadministradas; el sujeto que responde se siente interpelado con las cuestiones planteadas generando sensibilidad e interés en el asunto por el cual se pregunta, generando una doble función informativa y didáctica.

Una característica de este instrumento es su extensión, lo que le confiere a su vez una doble consecuencia algo dispar: proporciona interesantes datos sobre cuestiones relacionadas con la actitud del sanitario valiéndose de situaciones donde los aspectos espirituales, religiosos e incluso éticos entran en juego, lo cual hace fidedigna la información recogida, pero también puede ser ardua su realización por dicha amplitud y la complejidad de algunas de las preguntas. Aun así, la valía considerada de esta herramienta es que se recoge una realidad, los rasgos principales del sanitario en estos aspectos, sobre la cual realizar investigaciones dirigidas a necesidades detectadas de formación, de atención o de reestructuración asistencial en el campo de la espiritualidad en el entorno clínico. Es posible su uso inclusive para la comparativa entre diferentes áreas de salud o con otros contextos socioculturales. Mediante la herramienta NERSH se pone de manifiesto el interés creciente en el mundo sanitario, sobre todo fuera de nuestras fronteras, porque el profesional tenga en cuenta la dimensión R/S en su atención clínica del mismo modo que los valores que le influyen y que le sirven en su profesión.

Ante la apreciación de esta herramienta, el foco de nuestra atención en esta parte de la investigación se centró en adaptarlo al contexto sanitario español ya que puede aportar información sobre el mediador que al fin y al cabo respalda y asegura el cuidado de la dimensión espiritual en la práctica, fundamentado en lo que es su deber

ético como profesional sanitario, aventurando posibles repercusiones sobre cómo actuar en ellos desde el punto de vista informativo y formativo respecto a la aproximación del enfoque R/S.

Creemos que uno de los aspectos más significativos en el quehacer del profesional médico es cómo se conduce en su realidad asistencial, cuáles son los valores y las inquietudes que son el motor de su acción. Aunque la Medicina debe estar actualizada en relación con las demandas de la sociedad imperante y no es un ente aislado segregado de la realidad sino que evoluciona al unísono al contexto social, cultural e histórico en el que se ubica, existe una clara tendencia a medicalizar todos los problemas que afectan a la salud, un escollo que sortear, e invita a la ponderación continua de cuáles son los fines de la medicina en el momento vigente lo cual implica una reflexión ética por esa continua relación. Ante una realidad sanitaria cambiante, supeditada a avances científicos y técnicos que mejoran la respuesta y la precisión de los diagnósticos y tratamientos y condicionada por los movimientos sociodemográficos de un mundo cada vez más globalizado, son necesarios anclajes que mantengan al profesional en su conducta a través de todas estas vicisitudes que se encuentran en los principios fundamentales de la Medicina. Los valores profesionales que hace décadas estaban implícitos en la personalidad del sanitario comprendidos en un contexto diferente, se encuentran mediados actualmente por múltiples códigos morales y de conducta, pero el núcleo y fondo permanece a lo largo del tiempo y es la vocación de servicio a la sociedad a la cual asiste.

En este aspecto, uno de los objetivos fundamentales entre los Fines de la Medicina, propuesto por el Hastings Center, fue el alivio del sufrimiento que en su espectro debe contemplar al sufrimiento espiritual. Se lo define como una experiencia compleja subjetiva, cognitiva, afectiva y negativa que se caracteriza por la sensación que tiene el individuo de sentirse amenazado en su integridad, por el sentimiento de impotencia para hacer frente a dicha amenaza y por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le permitirían afrontar dicha amenaza (caracteriza (Chapman & Gavrin, 1993; Barbero, 2002; Siler et al, 2019).

Las repercusiones biográficas del proceso de enfermar son conocidas pues la enfermedad afecta al proyecto vital y genera una crisis de sentido que tiene que ver con el significado que ha dado, da y dará a su vida. Este impacto incumbe al aspecto teleológico de la salud, el aspecto de la salud que se refiere a la consecución de los objetivos vitales. Viktor Frankl propone que la sanación se produce mediante el hallazgo de sentido. La voluntad de encontrar sentido y su búsqueda reflexiva mantienen al hombre en el camino que conduce a una salud auténticamente humana.

Sin embargo, cada persona vive y experimenta el sufrimiento espiritual de una manera personal y característica según su trayectoria vital, sus creencias y sus convicciones. Cómo enfrenta la adversidad, el estrés, la enfermedad o la muerte está fundamentado en esto y aunque se ha evidenciado ampliamente que la atención espiritual mejora la salud, se suscitan varias cuestiones: ¿por qué hay que considerar la espiritualidad en la práctica clínica?, ¿es competencia del profesional indagar en estas cuestiones? ¿cuáles son los límites éticos?

Autores como Puchalski (Puchalski, 2009) y Pellegrino (Pellegrino 1988, 2001) defienden el cuidado espiritual en base a la atención integral de la persona y fundamentada en la ética de la virtud, cuyo fin es el bien de la persona mediante un vínculo de relación humana sustentado en el respeto y la compasión. Como refieren otros autores (Astrow et al, 2001): “Para cuidar a una persona primero hay que aprender a ser una persona, los médicos pueden desear cultivar y profundizar sus propias vidas espirituales”, lo cual focaliza el deber ético del sanitario en una relación humana significativa en el encuentro clínico. La atención clínica holística se centra en la persona y en su carácter único además de que se ha comprobado que los resultados en salud mejoran si los valores y las creencias de los pacientes se integran en dicha atención (Como, 2007; Lichter & Min, 2013). De acuerdo con las definiciones anteriormente expuestas de espiritualidad y necesidad espiritual que implican un cuidado espiritual, el profesional sanitario debe aproximarse a la persona enferma como un ser completo y complejo y proporcionar una atención basada en la dignidad de la persona desde la compasión ejercitada por el mismo mediante la presencia y la escucha atenta. Conferir la misma entidad al sufrimiento o angustia espiritual que al dolor físico, aporta al dominio el reconocimiento que precisa para ser considerado en el entorno clínico (Balboni et al, 2014).

La humanización de la asistencia sanitaria se basa en la premisa de considerar al ser humano como el fin y el valor superior, busca valores intrínsecos y significativos desde los que reflexionar para sugerir vías de mejora. Entre estos valores figuran la dignidad de la persona o la completa realización en este mundo de la vida humana (Sánchez, 2017). La dignidad en términos ontológicos es una cualidad inherente al ser humano sólo por serlo, es decir, por ser único e irrepetible, con inteligencia, conciencia moral y libertad, con lo cual merecedor de respeto. A su vez la dignidad como valor moral, tiene una dimensión social ya que se proyecta hacia los demás en la interacción interpersonal lo que suscita una responsabilidad social (hacia uno mismo y hacia los demás). Lo individual y lo social son indisolubles en la persona y el sanitario, en este sentido, debe preservar la dignidad, la humanidad de la persona a la que asiste en su labor como

garante de salud, tanto en el sujeto en sí como por ser parte integrante de la comunidad.

Considerar a la persona como un individuo con múltiples dimensiones interrelacionadas entre ellas, en la que si una se afecta se adolecen todas las demás, hace aún más acuciante la atención integral, paradigma de la humanización de la asistencia sanitaria. Si el ser humano como entequeia se diluye en la descripción de signos y síntomas, en la toma de decisiones respecto a esta recogida de datos y en las terapias posibles, olvidando su autonomía y sus capacidades, sin respeto ni reconocimiento como valor incalculable en sí y sujeto de derechos, se despoja a la persona de lo que le es esencial: su dignidad (Torralba, 2019).

Todas las personas son espirituales, aunque cada cual vive la espiritualidad según su momento vital, su trayectoria biográfica, sus creencias y sus convicciones. Ante la enfermedad y la muerte tiene una actitud y una conducta que en los entornos clínicos hay que valorar como responsabilidad ética profesional ya que está en íntima relación con esta singularidad de la persona y en salvaguardar su dignidad por ese carácter único.

Por otro lado, la principal característica ética en la atención sanitaria es la confianza basada en el respeto, lo cual favorece el diálogo en temas delicados como son cuestiones espirituales o existenciales. Las personas que se encuentran enfermas son vulnerables y tienen comprometida su integridad albergando el deseo de que sus cuidadores se comprometan en garantizar su bienestar (Winslow & Wehtje-Winslow, 2007).

El cuidado espiritual en la práctica de la Medicina si la contemplamos desde los Principios Fundamentales de la Bioética propuestos por Beauchamp y Childress (1994), se apoya en cuanto que se pretende promover una adecuada conducta sobre la vida y la salud.

Si la persona considera pertinente ser atendido en términos R/S para el cuidado de su salud, el sanitario debe proporcionar atención a dicho aspecto, sustentado en el Principio de Beneficencia. El profesional actualizado en sus conocimientos y proveedor de la asistencia clínica en un contexto social secularizado ha de incluir las creencias para tomar decisiones sobre la salud sin imponer las propias (Polzer & Engebreston 2012), a su vez avalado por las evidencias científicas existentes que demuestran la mejora en su calidad de vida y su resiliencia (Panzini et al, 2017, Dewi & Hamzah, 2019).

Por otro lado, para evitar “no hacer daño” (*primum non nocere*), articulado por el Principio de No Maleficencia, el profesional debe “proteger” de causar perjuicio en la persona atendida, así pues, en el caso de que no se encuentre capacitado en este sentido, considerando la posibilidad de derivar a la persona a expertos cualificados en

estas cuestiones como refieren varias series identificadas, proporcionando así el cuidado apropiado (Galek et al, 2007; Poncin et al, 2020; Badanta et al, 2022). La omisión del cuidado espiritual puede vulnerar este principio ya sea por la incomodidad personal del sanitario o su incapacidad para abastecer dicha atención, sobre todo si se trata de aspectos de vital importancia para el paciente.

En el Principio de Autonomía radica en la dignidad del ser humano, contemplando sus valores y sus convicciones para su capacidad de decisión, que han de ser reconocidos por parte del sanitario en todo lo que compete a su práctica asistencial, implicando así a la persona en el restablecimiento de su salud, en la mejora de su calidad de vida y en su fortaleza ante la adversidad. Que el profesional ayude a la persona a encontrar significado y esperanza desde su visión, favorece su integridad y su autonomía (Carey & Cohen, 2015).

Desde otras perspectivas como la ética del cuidado (Gilligan, 1982) se sigue la tradición de la ética de las virtudes y la responsabilidad y se establece en el aspecto relacional del encuentro clínico; la raíz y origen de la práctica del cuidado es el ser humano a priori y antes de su desarrollo como tal y está intrínsecamente ligado a él, por lo cual el cuidado es una conducta y no solo se sirve de los medios físicos para dicha actitud sino de una faceta basada en la responsabilidad con el otro, nutrida de la compasión. Torralba señala la trascendencia de la ética del cuidado fundamentalmente en reconocer la vulnerabilidad del ser humano el cual requiere cuidados para desarrollar dignamente su vida (Torralba, 2002). Lévinas en este sentido, ahondaba en que la experiencia ética se basaba en la vivencia del otro (alteridad) en descifrar su contexto vital y acudir a su llamada para poder ayudarlo (Lévinas, 1993). Así pues, cuando la persona sufre una enfermedad, se afecta integralmente su esencia y en toda su globalidad, por lo que se han de paliar sus necesidades (también las espirituales) y favorecer el desarrollo de sus capacidades latentes. No se trata de una actitud paternalista ni subyugante sobre la persona asistida, sino que el fin de la atención es su desarrollo humano, su autorrealización, por lo cual es importante identificar los procesos para el mismo y por tanto requiere de la formación apropiada y específica para promover aspectos que ayuden a mantener o restablecer su salud, fomentando el autocuidado, entre los cuales se encuentran los aspectos espirituales.

En base a toda esta reflexión, también se escoge el instrumento NERSH por ser un diseño propuesto por un grupo interdisciplinar de trabajo (médicos, enfermeros, psicólogos, teólogos...) sensibles y actualizados en la relación entre la espiritualidad y la salud, cuya investigación busca colaborar en la comprensión de las necesidades y recursos espirituales en el cuidado de la salud, teniendo en cuenta los valores y la ética aplicadas. Esta herramienta, además de contemplar cómo el profesional se maneja en

relación con la atención de la dimensión R/S de las personas que atiende, considera la faceta ética de dicha atención, lo cual incorpora un enfoque que refrenda el cuidado de la espiritualidad en los entornos clínicos.

Consideramos de gran utilidad esta herramienta para futuras investigaciones sobre intervenciones educativas en referencia a la defensa de una formación adecuada en la atención espiritual.

Pero ¿cómo experimenta la salud espiritual el propio profesional en su labor asistencial?

Salud espiritual versus salud mental

En los últimos tiempos se han vivido momentos de crisis y de incertidumbre global que nos hacen cuestionarnos el sentido de la vida. El impacto social y psicológico que han supuesto como ejemplo la sobrevenida pandemia vivida recientemente, nos interpela sobre el significado de lo que nos ocurre, el por qué y el para qué, en mayor medida si cabe ante la enfermedad y la muerte donde el desconcierto y el planteamiento de estas preguntas últimas nos da de lleno. Aun estando convencidos de que la espiritualidad se encuentra en el trasfondo de las dinámicas de nuestra vida, somos conscientes de que ha habido un detrimento claro de la salud mental, muy en relación con la dimensión profunda del ser humano.

Por esta razón, continuando la misma línea de investigación trazada a lo largo de las dos primeras partes de esta tesis, decidimos profundizar en el aspecto espiritual en los entornos clínicos desde un ángulo diferente realizando una investigación más empírica, de tipo cualitativo para obtener más datos que la enriquecieran. Se llevó a cabo un trabajo de campo basado en entrevistas a profesionales de la salud mental, puesto que consideramos que la faceta espiritual y la psicológica están íntimamente relacionadas sin ser lo mismo, con unos límites difusos, lo cual hace que en ocasiones no se las distinga con claridad; mientras que la dimensión espiritual es la dimensión del sentido, los valores y la trascendencia, la dimensión psicológica arguye su fundamento en procesos mentales y aspectos cognitivos que constituyen la personalidad del individuo.

Por otro lado, nos pareció interesante interrogarles sobre su perspectiva en cuanto a los condicionantes que detectan para el cuidado R/S contrastando de esta manera sus respuestas con los hallazgos encontrados en la primera parte de nuestra investigación mediante la revisión de la literatura, en este caso circunscrita al campo de la salud mental y de manera más pragmática y empírica considerando sus opiniones sobre qué propuestas de mejora sugerían a la realidad con la que lidian a diario. De esta manera

procurábamos que toda la tesis tuviera mayor consistencia y concluyera de forma congruente.

Según la WHO, en el año 2019, unos 970 millones de personas (52.4% de mujeres y 47.6% de hombres) convivían con algún problema de salud mental previo a la pandemia, cuyas cifras se vieron exponencialmente incrementadas tras este suceso. Esta prevalencia variaba en función del sexo y la edad, siendo los más frecuentes los trastornos por ansiedad (301 millones de casos) y depresión (280 millones de casos) cuyas proporciones se han igualado tanto en hombres como en mujeres en la edad adulta. Se estimó que la prevalencia de la esquizofrenia se encontraba alrededor de los 24 millones de casos y el trastorno afectivo bipolar en unos 40 millones aproximadamente, siendo estos dos últimos los problemas que más preocupan dentro de los servicios de Salud Mental por su inicio en edades tempranas, gravedad, comorbilidad y afectación a nivel laboral y social. En lo que respecta al suicidio, la incidencia es de una de cada 100 muertes al año, y por cada uno de los suicidios consumados se producen 20 intentos, siendo una cuestión presente en todos los niveles sociales y afectando a todas las edades.

En salud mental, la dimensión espiritual, íntimamente relacionada con el sentido y significado que se le confiere a lo que nos ocurre, se ha de considerar como en cualquier otro ámbito clínico, y hay investigaciones que apuntan y demuestran que la espiritualidad también toma un papel relevante en las personas con trastorno mental (Vitorino et al, 2018; Milner et al, 2020; Garssen et al 2021) e incluso algunos han demostrado el beneficio del cuidado espiritual en la salud mental, resultando efectiva especialmente para disminuir los niveles de ansiedad, estrés y depresión (Koenig, 2012; Neathery et al, 2020; Van Nieuw Amerongen-Meeuse et al 2021). Con este fundamento, en la relación entre salud mental y salud espiritual se han constatado varias cuestiones significativas respecto a la espiritualidad como recurso en el afrontamiento de la enfermedad mental, las sinergias que se establecen entre lo espiritual y lo psicológico para la consecución de un equilibrio en la salud o el ambiente interdisciplinar que enriquece la atención clínica con respecto al cuidado espiritual.

Desde diferentes ópticas, las investigaciones sobre salud psicológica y salud espiritual no se reducen sólo a las unidades de salud mental y enfermedades relacionadas (Koenig, 2009) sino que los estudios se extienden a otros ámbitos clínicos en los que se pone de manifiesto que el cuidado de la dimensión espiritual contribuye a un estado mental que incrementa la resiliencia y la capacidad de afrontamiento ante situaciones difíciles. Esto se ha demostrado en entornos sanitarios tan dispares como las unidades de cuidados paliativos (Rego et al, 2018; O'Brien et al, 2019) o de

cuidados intensivos (Ho et al, 2018; Willemse et al, 2020) donde la salud espiritual es sustrato para una buena salud mental.

Así pues, los resultados de las entrevistas realizadas arrojaron más luz sobre las inferencias derivadas de los resultados que habíamos ido obteniendo, encontrando que los profesionales resaltaban la importancia del cuidado espiritual para abordar la enfermedad mental como un recurso positivo, aunque no todos ellos lo realizaban en su práctica asistencial. Este hecho era debido a múltiples factores entre los cuales destacaban, como en otras series revisadas, la falta de tiempo, la carencia en una capacitación específica, el temor a ofender, considerar que la dimensión espiritual es algo íntimo de la persona, no contemplarlo entre sus competencias como sanitarios o el enfoque de los actuales protocolos asistenciales sanitarios que se centran en otro tipo de cuestiones y no le confieren su protagonismo.

En una investigación ampliada y derivada de esta tercera parte de la tesis, llevada a cabo con un mayor número de participantes que incluyeron categorías profesionales como médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales del mundo de la salud mental, los resultados ofrecieron mayor detalle en cuestiones conceptuales como el significado de salud espiritual; no hay una definición consensuada sobre el término, y la mayoría de ellos no habían oído ni leído nada sobre él, aunque al interrogarles sobre el significado que le atribuyen se encontraron diferentes puntos de vista.

Entre los diferentes aspectos encontrados, se encontró relación con el bienestar y la calidad de vida conforme con el estado en el que uno se siente bien consigo mismo, se evidenció una relación con los valores y las creencias con referencia al propio código de conducta moral y/o ético, se entendió por otros como lo que estaba relacionado con y el significado trascendente y también en relación con un sentimiento de conexión con uno mismo, los demás y lo trascendente. Estos resultados apoyan la necesidad de una formación específica en cuidado espiritual que comienza con una fundamentación conceptual, derivado de esto, el desafío es conectar esta dimensión con la práctica clínica.

La espiritualidad no es una entelequia sin fundamento alguno, sino que es una experiencia real que se encarna en la persona que sufre revelándose en la asistencia sanitaria en la demanda de una necesidad espiritual que requiere un cuidado específico. La relación de la espiritualidad con la salud está ampliamente constatada por la literatura científica mediante hechos probados y por las percepciones tanto de pacientes como de profesionales que expresan su influencia beneficiosa tanto para la calidad de vida, la salud y el afrontamiento de crisis como pueden ser la enfermedad, la pérdida o el final de la vida.

Los avatares vitales como puedan ser una pérdida significativa, una mala salud repentina, el diagnóstico de una enfermedad crónica o limitante, amenazan la comprensión que tenemos del mundo, ya que nos vemos obligados a enfrentar nuestras propias limitaciones y nuestra mortalidad, lo que puede precipitar una crisis existencial al vulnerarse nuestra integridad como individuo exponiéndose nuestra propia fragilidad.

Tal y como ocurre en otras necesidades de índole física, psicológica o social, el aspecto espiritual requiere de una adecuada historia clínica para un diagnóstico y un tratamiento específicos y apropiados tanto en la precisión como en la magnitud de las intervenciones.

Como clínicos, la semiología es de gran interés en los diagnósticos para establecer adecuados tratamientos ¿Cómo detectamos las necesidades espirituales? ¿cómo expresa la persona sufrimiento, angustia espiritual o incluso desesperanza? Y por el contrario ¿cómo percibimos una buena salud o bienestar espiritual?

Las necesidades espirituales como se ha referido están en íntima relación con las preguntas sobre el significado y el sentido de lo que nos ocurre, la identidad, el sufrimiento, la muerte, la reconciliación, la libertad o el amor, y a su vez con nuestros valores, nuestras convicciones y creencias, lo mismo que con las relaciones que establecemos con nosotros mismos, los demás y el mundo o lo trascendente, relacionado o no con prácticas y normas como puede ser una religión determinada. Pero la persona que atendemos no usa el término “espiritualidad” como tal cuando se trata de sus afecciones, por lo cual hay que estar atento, con una escucha activa y con presencia compasiva como refiere Benito, para captar el vocabulario verbal y no verbal, de ahí a su vez la importancia de un ambiente interdisciplinar y comunicativo; en cualquier momento la persona puede encontrarse propensa a hablar de estas cuestiones.

Los síntomas o las expresiones de la persona relacionadas con su experiencia espiritual, es decir, lo que vemos y apreciamos exteriormente que tiene que ver con la agitación de su mundo interior, nos han de servir de alerta y guía para las intervenciones que estén enfocadas a paliar su turbación, y que pueden ser más evidentes con el uso de herramientas específicas existentes a tal efecto (FICA, HOPE,...). Por otro lado, el contenido de sus vivencias espirituales a los que a veces no se podrá poner nombre y que se situarán en el plano de lo inefable o inexplicable habrán de precisar de proveedores expertos que de forma conjunta puedan favorecer un abordaje más holístico y profesional. Cómo nos relacionamos profesionalmente con el paciente ayudará o perjudicará el logro de la paz espiritual, y este resultado es un resultado de salud.

Todo sanitario con una espiritualidad más cuidada se encuentra más abierto a abordar estas cuestiones con sus pacientes y sus familias como demuestran las publicaciones habidas al respecto, pero una inclinación personal no debe sustituir un abordaje capacitado de la atención espiritual, por la delicadeza de estos temas ya que pueden ser causa de sufrimiento y a la vez fuente de recursos, y un abordaje profesional y capacitado inclina la balanza hacia uno u otro lado.

La ayuda que brinda el profesional va dirigida a un acompañamiento de la persona que sufre con la intencionalidad de que elabore e integre lo que le ocurre y encuentre en sí mismo las herramientas precisas para ello. Se trataría pues de una relación de ayuda basada en un acompañamiento que lo confronte y lo ayude a que la vivencia subjetiva de la enfermedad se optimice lo cual conlleva a una mejora de su estado de salud y de su calidad de vida, lo cual se aproxima a la definición de bienestar espiritual o salud espiritual.

En el territorio nacional, lo mismo que ocurre a nivel internacional, son precisas más investigaciones para definir la práctica, la formación de los profesionales y los desafíos asociados para poder atajarlos en consecuencia y brindar un idóneo cuidado espiritual. Como experiencia paralela se objetivó en los registros que esta investigación favoreció la interpelación tanto personal como profesional en cuanto al cuidado de la dimensión espiritual en la práctica clínica y suscitó en los participantes cierta sensibilización al respecto.

Fortalezas y Limitaciones

Entre las limitaciones de esta investigación podemos reseñar que la indefinición del concepto espiritualidad a nivel científico y en concreto desde el punto de vista sanitario, complica el hecho de hacer una investigación rigurosa por lo que corresponde a saber qué implicación y en qué medida tiene en los resultados en salud. Esto ha provocado que en el uso del término se contemplan un ramillete heterogéneo de publicaciones que a veces comprenden medios y herramientas sobre meditación o mindfulness o prácticas centradas en lo religioso, sin concluir en resultados científicamente significativos.

En la revisión narrativa se establecieron criterios de búsqueda en función de la obtención del mayor número de estudios, realizando un cribaje metódico posterior delimitado por criterios de inclusión sopesados, aunque sólo en tres bases de datos y limitadas por el idioma inglés, español y portugués; probablemente haya más publicaciones igualmente interesantes y de impacto en otras lenguas que hubieran proporcionado más información. En esta revisión se obtuvieron resultados reseñables que combinaban las aportaciones de diferentes profesiones sanitarias, pero en el

interés de conocer la visión específica del médico, se filtraron para llegar a nuestras conclusiones. En este aspecto y en comparación con los profesionales de la enfermería, los médicos no contemplan el cuidado espiritual entre sus competencias ni lo consideran primordial, aunque no soslayan el hecho de que tiene su impacto en muchas de las personas que atienden por experiencia, no por formación.

En la adaptación del instrumento NERSH al contexto español, la primera dificultad encontrada fue que no existe consenso en cómo realizarla, habiendo gran cantidad de protocolos para una realización adecuada de la misma. Esto complicó la metodología para su realización. De igual forma, la dinámica para el panel Delphi, aunque se optó por el tipo modificado, supuso el incentivar de manera constante a los participantes para mantener su interés. En cuestión de traducción, un escollo fue la extensión de la herramienta escogida y adaptar giros gramaticales propios del idioma origen.

Con respecto a las entrevistas, los participantes se autoseleccionaron, con muestreo bola de nieve. Esto hace que la disponibilidad para las encuestas se generó en base a la inclinación de los propios profesionales en relación con el cuidado de la dimensión espiritual, relegando a otros participantes potenciales que hubieran dado mayor “colorido” a los resultados.

Como fortalezas hay que apuntar que, ante el número creciente y exponencial en los últimos años sobre espiritualidad y salud, los enfoques y aproximaciones del cuidado espiritual en la práctica clínica son múltiples y diversos y nuestra contribución pone énfasis en la idoneidad de este cuidado por razones tan potentes como que tiene impacto en la salud de forma positiva y que es un deber ético del profesional considerarla como se ha señalado con las investigaciones referidas.

Además de compartir los resultados obtenidos y las reflexiones emanadas de los mismos, hemos aducido con lo que creemos sólidos argumentos y desde diferentes enfoques, el gran interés y la gran repercusión que está originando esta cuestión en el mundo y en las estrategias de salud futuras a nivel de los sistemas sanitarios y de la sociedad; sirva pues para profesionales que aun son reticentes o vacilantes en este sentido.

Una importante consideración a tener en cuenta y que hacemos notoria, es lo decisivo y significativo que es el abordaje interdisciplinar en el cuidado espiritual; los diferentes puntos de vista que se desprenden de las distintas formaciones académicas generan un ambiente enriquecido para una mejor atención, lo mismo que se establece en otro tipo de cuidado. Lo más relevante tal vez, es que esa asistencia a la dimensión del sentido, precisa de un apoyo coherente y profesional por todas las partes. En este aspecto, el médico, supeditado a un devenir de su profesión a nivel sanitario que lo ha

convertido en un experto cualificado, técnico, gestor y científico, debe volver la mirada a sus orígenes y recuperar la visión humanista de su labor, a lo esencial de su cometido que se mantiene latente, aunque parece que los avatares a lo largo del tiempo causados por razones ajenas le hayan hecho olvidar.

No hay relación más humana que la de ayudar, acompañar, escuchar al otro que sufre, y no hay dimensión de la persona más humana que la que enmarca la necesidad de dar significado a la enfermedad y a la vida al final de nuestros días. Sentirnos escuchados y reconocidos cuando la soledad nos estremece en esos instantes de incertidumbre y desconcierto se mitiga con la compañía de alguien sensible y competente en estas lides, desde el respeto y la compasión, desde la presencia y la escucha.

Nuestra aspiración más profunda es la de generar mejoras en la sociedad desde el cuidado de la salud de las personas aportando con esta investigación nuestro pequeño grano de arena.

CAPÍTULO VII. Prospectiva de la investigación

NUEVO STATU

¿Cómo enseñar de nuevo...?

El trabajo final es el del regreso.

*Si las fuerzas han bendecido al héroe, ahora éste se mueve bajo su protección
(emisario)...*

El héroe de las mil caras. Joseph Campbell. (extractos)

EXPERIENCIAS Y APRENDIZAJES

Después de todo este periplo, he adquirido mayor conocimiento y percepción de la cuestión que me inició en este camino y que me lleva a mirar al horizonte para continuar el progreso

la reconciliación entre el médico de antaño y el del siglo XXI

y poder contarlo

acuden a mi mente nuevas ideas y proyectos para reiniciar el ciclo...

Ante los resultados obtenidos en este estudio de tesis y las conclusiones expuestas que se derivan de los mismos, son sugeridas algunas iniciativas de investigación futuras:

- Los resultados extraídos de la revisión sistemática realizada ponen de manifiesto la necesidad de llevar a cabo más investigaciones en relación con las barreras, factores predisponentes y factores facilitadores a la hora de atender la dimensión espiritual en la práctica clínica. Con nuestra revisión, centrada en el ámbito médico, se ha corroborado lo apreciado en series similares realizadas en profesionales enfermeros o en equipos multidisciplinares, a diferencia que se sugirieron propuestas de mejora. Una de las principales barreras encontradas es la carencia de formación específica. Las futuras investigaciones podrían ir orientadas a promover avances en este aspecto, con el desarrollo de estudios en los cuales valorar la influencia de una educación dirigida a la atención de la dimensión espiritual en la asistencia sanitaria y favorecer su evolución en este sentido, lo cual llevaría a un progreso en la calidad y la profesionalización de la atención holística.
- Una vez obtenida la adaptación transcultural del instrumento NERSH y con esta herramienta ya validada, se pueden prever posibles investigaciones futuras para implementar mejoras en la atención clínica; mediante la instrucción específica en la atención de lo espiritual y para la práctica asistencial, favorecería estudios comparativos entre diferentes áreas sanitarias a nivel nacional e internacional. De forma conjunta con el punto anterior, supondría un desarrollo y perfeccionamiento en la profesión sanitaria al respecto. Conociendo la propia dimensión espiritual y/o religiosa de los profesionales, y cómo la tratan en su día a día por medio de un instrumento de medición objetivo, se pueden conciliar estrategias de educación y capacitación idóneas para proporcionar un cuidado apropiado de la dimensión espiritual en la práctica clínica.
- Para un manejo de mayor solvencia tal vez es interesante plantearse una *short versión* del cuestionario NERSH, y poder de esta manera garantizar una mayor operabilidad y practicidad de uso.
- Dadas las evidencias obtenidas con la investigación de campo verificada entre los profesionales de la salud mental sobre su visión respecto a la salud espiritual, nos parece de gran interés comprobar y contrastar esta misma investigación en otras áreas de salud y en otros entornos clínicos. Con este tipo de investigaciones no sólo se evidencia lo que los sujetos investigados

piensan, sino el motivo, por lo que este tipo de información según el ámbito proporcionaría datos que esbozarían intervenciones adecuadas tanto en la formación de los profesionales como en la atención que dispensan.

- Por esta razón y dada la relevancia de las evidencias obtenidas, hemos proseguido ahondando en lo que los profesionales de la salud mental valoran y cómo atienden la salud espiritual en su campo. Para ello se han ampliado los perfiles de los individuos entrevistados y así obtener más datos que aporten mayor consistencia a nuestra investigación enriqueciéndola desde el punto de vista de los diferentes enfoques que ofrece un ambiente interdisciplinar al cuidado espiritual. Lo mismo que contrastar la perspectiva enfermera con la médica y de este modo favorecer la visibilización del cuidado de la espiritualidad e impulsar una mayor sensibilización. Se tienen previstas más investigaciones en este sentido con el uso de diferentes metodologías para la extracción de resultados que profundicen en el tema.
- De interés replicar las investigaciones realizadas en salud mental en otras áreas de salud como los servicios de urgencias y emergencias o la atención primaria, donde la atención global está implicada y mayormente comprometida.
- Otra cuestión es que consideramos relevante una adecuada fundamentación ética del cuidado espiritual en el ámbito nacional, lo cual precisa de más investigaciones respecto a la relación entre cuidado espiritual, bioética y atención sanitaria. Para los profesionales vacilantes en referencia al enfoque R/S, vincularlo a los principios deontológicos y éticos de la profesión, sería aval para conferir mayor entidad a la cuestión.

CAPÍTULO VIII. Conclusiones

ELIXIR

La meta del mito es despejar la necesidad de esa ignorancia de la vida efectuando una reconciliación de la conciencia del individuo con la voluntad universal. Y esto se efectúa a través de la verdadera relación entre los fenómenos pasajeros del tiempo con la vida imperecedera que vive y muere en todos.

El héroe de las mil caras. Joseph Campbell. (extractos)

EXPERIENCIAS Y APRENDIZAJES

La misma de siempre pero no la de antes...

No soy la misma que empezó este viaje de crecimiento personal y profesional.

Las conclusiones han pasado por el tamiz de mi razón y mi aprendizaje no sólo se ha quedado en el borde de lo intelectual, sino que ha tenido un calado profundo, con vivencias y experiencias de magnitud suficientes a lo largo del camino que me han cambiado sustancialmente.

Como refería Marcel Proust: “Aunque nada cambie, si yo cambio, todo cambia”, y el verdadero desafío consiste, en dejar el mundo mejor que cuando llegamos...

Nuestras conclusiones son las siguientes, considerando las diferentes perspectivas de nuestra investigación fundadas en los tres artículos resultados:

PRIMER ARTÍCULO. PRIMER OBJETIVO.

1. Pese a que los médicos son conscientes de que la atención al paciente involucra muchas dimensiones como la espiritualidad, encuentran obstáculos para proporcionar una atención adecuada en este sentido como son la falta de tiempo y espacio al no estar incluido en los protocolos clínicos estandarizados y rutinarios de la práctica asistencial.
2. Algunos médicos consideran que la espiritualidad es parte de la vida privada del individuo y, por lo tanto, no debe abordarse en el cuidado de la salud y no intervienen e incluso derivan a sus pacientes a otros proveedores si es que lo solicitan (por ejemplo, capellanes).
3. Aquellos médicos que se consideran más espirituales / religiosos y cuya propia espiritualidad está más desarrollada tienen más probabilidades de ser más receptivos a las necesidades espirituales.
4. La principal y más importante barrera reportada por los médicos es la capacitación específica en la prestación de cuidados espirituales, que no se considera parte integrante de la formación del médico.
5. Para una buena atención a la dimensión espiritual, es necesario hacer una evaluación adecuada como son escalas validadas para valorar este aspecto. Su uso estandarizado facilitaría la atención de esta dimensión y su incorporación en los protocolos clínicos ayudaría a proporcionar una mejor atención holística.
6. Un enfoque multidisciplinario favorece un ambiente enriquecido por diferentes perspectivas sobre el cuidado espiritual, con la coordinación y el trabajo conjunto garantizando la calidad y continuidad de dicha atención.
7. No se encontraron ensayos clínicos aleatorios que exploraran específicamente estrategias de intervención en los médicos respecto a la educación en atención espiritual y posterior medición de resultados tras la implementación de modelos prácticos. Estudios con este enfoque podrían promover una mayor concienciación en los clínicos sobre el cuidado espiritual en la práctica asistencial.

SEGUNDO ARTÍCULO. SEGUNDO OBJETIVO

1. En el entorno sanitario español, aunque existen escalas que miden la salud espiritual de los pacientes y/o sus familias no existe un cuestionario dirigido específicamente al profesional que explore en profundidad su visión respecto a sus valores, su espiritualidad y su religiosidad a la hora de abordar la dimensión espiritual y/o religiosa en la práctica clínica.
2. La adaptación al contexto español del cuestionario NERSH facilita la investigación en este sentido y al estar validado en otros idiomas, favorece estudios comparativos a nivel internacional.
3. Uno de los desafíos a los que se enfrenta la aplicación de esta herramienta es que puede que sea demasiado extensa para que a su vez sea práctica.
4. Fue propicio el uso de la metodología panel Delphi modificado para la realización de la adaptación transcultural del cuestionario NERSH por su aplicabilidad práctica y por ser un método más explícito y reproducible, asequible respecto a que favorece esclarecer dudas en los grupos de discusión y la simplicidad de su abordaje estadístico, basado en medidas descriptivas simples, lo que hace que los resultados sean comprensibles para un mayor número de personas.
5. La selección precisa del grupo de expertos participantes en el panel Delphi modificado, favoreció el equilibrio entre la rigurosidad de la traducción y su comprensibilidad de la versión adaptada del cuestionario.
6. Las variaciones a nivel semántico y conceptual de los ítems (giros gramaticales y expresiones específicas del idioma original) se ven justificadas por la necesidad de adaptar las mismas a la realidad española, las cuales fueron debatidas en las reuniones de discusión realizadas tras cada ronda hasta alcanzar el consenso.
7. Una de las principales limitaciones de las adaptaciones transculturales se evidencia en la literatura existente: no existe un consenso o una guía única de cómo debe realizarse una adaptación transcultural de un instrumento.
8. La adaptación transcultural realizada hace que el instrumento NERSH pueda ser aplicado en el contexto español, y en una fase posterior podrá ser usado en investigaciones que exploren la perspectiva del profesional en el cuidado de la salud espiritual de las personas que atienden.

TERCER ARTÍCULO. TERCER OBJETIVO

1. La falta de formación adecuada en el cuidado espiritual ha sido identificada como un predictor importante para abordar la dimensión espiritual,
2. Aunque la mayoría de los profesionales de la salud mental se encuentran con pacientes con necesidades espirituales, sólo una minoría percibe que son capaces de satisfacerlas debido a la falta de formación durante su aprendizaje profesional.
3. Se necesita más investigación sobre la atención espiritual para comprender las experiencias cualitativas de los profesionales de la salud mental hacia la atención espiritual para definir la práctica, la capacitación de los profesionales y los desafíos asociados en la atención espiritual de los pacientes.

Our conclusions are as follows, considering the different perspectives of our research based on the three articles:

FIRST ARTICLE. FIRST OBJECTIVE.

1. Although doctors are aware that patient care involves many dimensions such as spirituality, they encounter obstacles to providing adequate care in this sense, such as lack of time and space, as it is not included in the standardised and routine clinical protocols of healthcare practice.

2. Some physicians consider that spirituality is part of the individual's private life and therefore should not be addressed in health care and do not intervene and even refer their patients to other providers if requested (e.g. chaplains).

3. Those physicians who consider themselves more spiritual/religious and whose own spirituality is more developed are more likely to be more responsive to spiritual needs.

4. The main and most important barrier reported by physicians is specific training in the provision of spiritual care, which is not considered an integral part of physician training.

5. Adequate assessment, such as validated scales to assess the spiritual dimension, is necessary for good care of the spiritual dimension. Their standardised use would facilitate care of this dimension and their incorporation into clinical protocols would help to provide better holistic care.

6. A multidisciplinary approach favours an environment enriched by different perspectives on spiritual care, with coordination and joint work ensuring quality and continuity of care.

7. No randomised clinical trials were found that specifically explored intervention strategies in physicians regarding spiritual care education and subsequent outcome measurement after implementation of practical models. Studies with this approach could promote greater awareness among clinicians of spiritual care in healthcare practice.

SECOND ARTICLE. SECOND OBJECTIVE

1. In the Spanish healthcare environment, although there are scales that measure the spiritual health of patients and/or their families, there is no questionnaire aimed specifically at professionals that explores in depth their vision of their values, spirituality and religiosity when dealing with the spiritual and/or religious dimension in clinical practice.

2. The adaptation of the NERSH questionnaire to the Spanish context facilitates research in this sense and, as it has been validated in other languages, it favours comparative studies at an international level.

3. One of the challenges facing the application of this tool is that it may be too extensive to be practical.

4. The use of the modified Delphi panel methodology for the cross-cultural adaptation of the NERSH questionnaire was favourable because of its practical applicability and because it is a more explicit and reproducible method, accessible in terms of clarifying doubts in the focus groups and the simplicity of its statistical approach, based on simple descriptive measures, which makes the results comprehensible to a larger number of people.

5. The precise selection of the group of experts participating in the modified Delphi panel favoured the balance between the rigorousness of the translation and the comprehensibility of the adapted version of the questionnaire.

6. The semantic and conceptual variations in the items (grammatical turns of phrase and expressions specific to the original language) are justified by the need to adapt them to the Spanish reality, which were debated in the discussion meetings held after each round until consensus was reached.

7. One of the main limitations of cross-cultural adaptations is evident in the existing literature: there is no consensus or single guide as to how a cross-cultural adaptation of an instrument should be carried out.

8. The cross-cultural adaptation carried out means that the NERSH instrument can be applied in the Spanish context, and at a later stage it can be used in research that explores the professional's perspective on the spiritual health care of the people they serve.

THIRD ARTICLE. THIRD OBJECTIVE

1. Lack of adequate training in spiritual care has been identified as an important predictor for addressing the spiritual dimension,

2. Although most mental health professionals encounter patients with spiritual needs, only a minority perceive that they are able to meet these needs due to lack of training during their professional training.

3. More research on spiritual care is needed to understand the qualitative experiences of mental health professionals towards spiritual care in order to define practice, professional training and associated challenges in the spiritual care of patients.

CAPÍTULO IX. Otras aportaciones científicas y reconocimientos derivados de la tesis doctoral³⁵

³⁵ En este capítulo sólo se exponen los trabajos más relevantes realizados durante la investigación de esta tesis doctoral, siendo posible la descripción exhaustiva documentada y certificada de todas las actividades realizadas en la evaluación del Registro de Actividades y Plan de Investigación (RAPI) de la Universidad de Sevilla.

OTROS DOCUMENTOS PUBLICADOS

En la misma línea de convencimiento de que la espiritualidad impregna todas las áreas de la vida como cualidad inherente del ser humano, se realizó un manuscrito publicado en la revista *Labor Hospitalaria*, denominado “*La búsqueda de sentido en el entorno laboral*” (ISSN 0211-8268, [Nº. 332, 2022](#), págs. 71-79)

La búsqueda de sentido en el entorno laboral. | Labor Hospitalaria

Labor Hospitalaria se publica desde 1948 y está especializada en temas sanitarios de humanización, organización y ética, respaldando una asistencia holística sustentada en el trabajo interdisciplinar para garantizar la salud

Este escrito se inspira en el liderazgo espiritual promulgado por Fry en 2003, en cuanto a la alineación de los valores personales de los profesionales con los valores de la entidad en la que trabajan, ya que este hecho suscita un sentimiento de pertenencia, determinado por un propósito significativo, lo cual favorece un mayor compromiso, satisfacción laboral y entorno saludable, amortiguando el estrés al proporcionar herramientas para afrontar los conflictos que puedan aparecer.

Abstract

La espiritualidad está cada vez más integrada en el contexto laboral, resultando una experiencia multidimensional y trascendental en la que los trabajadores sienten la necesidad de conectar consigo mismos y con el resto de la comunidad a través de la ejecución de su trabajo, desarrollando percepciones, emociones y sentimientos positivos que se proyectan directamente en el ambiente laboral. Esto repercute a su vez en las experiencias de vida y la salud de los trabajadores. La percepción y el sentido que le dan a desempeñar una labor que les aporte un bienestar existencial, produce que los trabajadores encuentren el sentido a la vida y a su existencia, desarrollando capacidades para superar y manejar obstáculos y adversidades. Por ello, desarrollar la espiritualidad en el lugar de trabajo supone un gran efecto sobre la vida de los trabajadores y además interviene directamente en el crecimiento y desarrollo de las organizaciones empresariales.

Palabras clave: Espiritualidad, Puesto de trabajo, Liderazgo espiritual

Spirituality is increasingly integrated into the work context, resulting in a multidimensional and transcendental experience in which workers feel the need to connect with themselves and with the rest of the community through the execution of their work, developing perceptions, emotions, and positive feelings that are projected directly into the work environment. This has a direct impact on the life experiences and health of workers. The perception and meaning that they give to perform a job that provides them with existential well-being, makes workers find meaning in life and their existence, developing skills to overcome and manage obstacles and adversities. Therefore, developing spirituality in the workplace has a great effect on the lives of workers and also directly intervenes in the growth and development of business organizations.

Keywords: Spirituality, Workplace, Spiritual leadership

En el alegato sobre cómo la dimensión espiritual es fuente de necesidad, pero a su vez también es fuente de recursos respecto a la salud y la calidad de vida y podría considerarse como un determinante social de salud, se elaboró un documento publicado en la Revista Razón y Fe, denominado “*Determinantes espirituales de salud*” (ISSN 0034-0235 | ISSN digital 2659-4536, Vol. 287 Núm. 1461 (2023): Sanación y salvación).

Vista de Determinantes espirituales de salud (comillas.edu)

Razón y Fe forma parte de la Cátedra Hana y Francisco Ayala de Ciencia, Tecnología y Religión (ICAI-Comillas) y se publica desde 1901. Se centra en el diálogo ciencia-religión para analizar las interacciones entre las ciencias y las creencias religiosas y éticas de la humanidad.

En este escrito se valoran cuestiones que sustentan cómo las creencias de la persona, vinculadas a la dimensión espiritual, influyen en la salud como se demuestra con referencias a evidencias científicas y reflexiones filosóficas, psicológicas y antropológicas de calado conceptual.

Abstract

Desde los albores de la historia, la ciencia y la creencia están destinadas a un diálogo permanente, puesto que ambas están centradas en el ser humano, que trata de asignar sentido y significado a los acontecimientos que suceden, tanto a los que le ocurren a sí mismo, como a los que acontecen a su alrededor. Considerando esta estrecha relación, se pretende con este artículo realizar una reflexión acerca de cómo las creencias pueden ser contempladas como determinantes para la salud de igual modo que lo son otro tipo de factores psicológicos o sociales como la cultura o el ambiente. Se interpela a ello mediante una reflexión fundamentada en las consideraciones de autores como Cassell o Frankl, y en investigaciones científicas relevantes que han demostrado de manera fehaciente el impacto positivo que las creencias tienen sobre la salud.

Palabras clave: Religión, Espiritualidad, Determinantes de salud, Creencias, Salud.

Since the dawn of history, science and belief have been engaged in a permanent dialogue, as they are centered on the human being, who tries to assign meaning and significance to the events that occur, both those that happen to him or her and those that happen around him or her. With this intricate relationship in mind, the aim of this article is to reflect on how beliefs can be considered determinants of health in the same way as other types of psychological or social factors such as culture or environment. This reflection is based on the considerations of authors such as Cassell and Frankl, as well as relevant scientific research that has convincingly demonstrated the positive impact that beliefs have on health.

Keywords: Religion, Spirituality, Health determinants, Beliefs, Health.

En relación con cómo la dimensión religiosa afecta a la salud y en las decisiones clínicas y como parte del desarrollo de habilidades y destrezas en el ámbito de la investigación, se contribuyó a la realización del documento publicado en acceso abierto en la revista *Healthcare* y llamado *Health Problems and the Use of Medications and Traditional Therapies among Chinese Immigrants Living in Spain*, en diciembre de 2021 (*Healthcare* 2021, 9(12), 1706).

<https://doi.org/10.3390/healthcare9121706>

Healthcare es una revista internacional, científica, revisada por pares y de acceso abierto sobre sistemas de atención médica, industria, tecnología, política y regulación, y es publicada semestralmente en línea por MDPI.

En este manuscrito se ponen de manifiesto cómo los problemas de salud de la comunidad china se solventan con el uso de remedios de la Medicina Tradicional China, en lugar de medicamentos farmacológicos, sugiriendo la comprensión de este tipo de contextos y su aplicación e integración en los sistemas de salud para promover estrategias dirigidas a este grupo de población.

Abstract

In this study, we investigate the health problems and the use of medications and traditional therapies among Chinese immigrants in the Southern region of Spain. A qualitative study using semi-structured interviews and including 133 immigrants and 7 stakeholders was conducted in 2017. Transcription, literal reading, and theoretical categorization were performed, and a narrative content analysis was carried out. The most common health problems were musculoskeletal (28.6%) and allergies (25.6%) related to work activity and unhealthy lifestyles. Key informants also reported gastric problems, stress, and changes in eating habits, mostly related to their work activity. For these problems, a large number of traditional remedies (herbs, diet therapy, acupuncture, vitamins, etc.) were used, usually combined with pharmaceutical drugs used for colds, flu, general malaise (29%), pain and fever (23%), and allergy drugs (9.2%). Chinese immigrants reported health conditions associated with their working conditions and life habits in Spain, using Traditional Chinese Medicine instead of pharmacological drugs. Understanding these health problems and promoting awareness towards traditional therapies in the healthcare system may help to design public policies and Health Promotion strategies targeting this group.

Keywords: health; drug therapy; traditional Chinese medicine; immigrant; Chinese

COMUNICACIONES A CONGRESOS

I Congreso Internacional Humans. *La asistencia de lo espiritual por el médico en la atención clínica integral. Revisión sistemática*. Ángeles del Carmen López Tarrida, Rocío De Diego Cordero, Carmen Linero Narváez (18.6.21)

7º Congreso internacional ECRSH 2021, Aging, Spirituality and Health, organizado por la Universidad Católica Portuguesa y the Research Institute Spirituality and Health (RISH). *Spiritual physician care*. AC López-Tarrida, R de Diego-Cordero (27.5.21).

16th-international-seminar-nursing-research. *Cuidado Espiritual em Enfermagem na prática clínica em saúde mental*. Uma abordagem qualitativa na Espanha. R de Diego-Cordero; P Suarez-Reina; C Linero-Narváez; AC López-Tarrida (12.5.22)

8º Congreso internacional ECRSH 2022, organizado por The European Board on Religion, Spirituality and Health, the Vrije Universiteit Amsterdam, the Dutch Federation for Meaningmaking & Mental Health FMMH and the Research Institute Spirituality and Health (RISH). *Religious, Spiritual and Existential Aspects in Mental Health Care*. R de Diego-Cordero; P Suarez-Reina; C Linero-Narváez; AC López-Tarrida (2.6.22)

PONENCIAS

Saúde e sofrimento espiritual refratario em fim de vida. Centro Hospitalar Universitario Lisboa Norte. Lisboa. Cátedra de Bioética. (18.5.22)

Sufrimiento espiritual refractario al final de la vida. Jornada nacional del departamento de Ética de la Provincia de España de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Granada y Madrid. (29.3.22, 16.11.22)

RECONOCMIENTOS Y PREMIOS

XIV Premios San Juan de Dios a la Excelencia Investigadora. 2º Accésit por el artículo publicado en la Journal of Clinical Medicine *Spirituality in a Doctor's Practice: What Are the Issues?* Ángeles C. López-Tarrida, Rocío de Diego-Cordero and Joaquin Salvador Lima-Rodríguez

20ª edición Premios Profesor Barea. Accésit Experiencia del paciente por *Manejo del dolor crónico no oncológico con Terapias no Farmacológicas*. María Victoria Ruiz-Romero, Almudena Arroyo-Rodríguez, Elena Sánchez-Villar, Consuelo Pereira-Delgado, Ana Porrúa-del Saz, Ángeles Carmen López-Tarrida

I edición Cátedra de Humanización de la asistencia sanitaria de la Universidad Internacional de Valencia (VIU). Mejor intervención aplicada en el contexto sanitario por *Manejo del dolor crónico no oncológico con Terapias no Farmacológicas*. María Victoria Ruiz-Romero, Almudena Arroyo-Rodríguez, Elena Sánchez-Villar, Consuelo Pereira-Delgado, Ana Porrúa-del Saz, Ángeles Carmen López-Tarrida

XXXVIII Certamen del Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla. Tercer premio por *Enfermería, Salud mental y espiritualidad: cuidado en equipo*. Paola Suárez-Reina, Carmen Linero-Narváez, Rocío de Diego-Cordero, Ángeles Carmen López -Tarrida

43 Certamen de Enfermería San Juan de Dios 2023. Premio al mejor trabajo de investigación por *“Es preciso que el profesional, por el lugar que estamos, tenga trabajada la dimensión espiritual, algo que caracteriza a la institución” Salud mental y espiritualidad en la OHSJD: un estudio en España y Portugal*. Rocío de Diego Cordero, Ángeles C López-Tarrida, Paola Suarez Reina.

DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO EN LA COMUNIDAD GENERAL

Asistencia al programa de Canal Sur “Testigos hoy” conducido por la periodista Susana Herrera Márquez en el cual se le realiza una entrevista específica sobre la relación entre la espiritualidad y la salud.

Promoción por segunda ocasión y componente del Comité Científico y Organizador de las Jornadas Espiritualidad y Salud realizadas en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (Bormujos, Sevilla), dirigidas al ámbito sanitario y al público en general con la intención de que el conocimiento compartido se use para la educación e implementación de prácticas modificadas o nuevas e inducir al cambio en el enfoque R/S.

CAPÍTULO X. Informe de revistas indexadas donde se encuentran las publicaciones

López-Tarrida, Á. D. C., de Diego-Cordero, R., & Lima-Rodríguez, J. S. (2021). Spirituality in a Doctor's Practice: What Are the Issues?. *Journal of clinical medicine*, 10(23), 5612. <https://doi.org/10.3390/jcm10235612>

Factor de impacto de la revista JCR	4,964
Categoría del factor de impacto	MEDICINE, GENERAL & INTERNAL
Cuartil	Q2
Información extraída	Portal de Acceso a la Web of Knowledge (fecyt.es)

Factor de impacto de la revista SJR	1,04
Categoría del factor de impacto	Medicine Medicine (miscellaneous)
Cuartil	Q1
Índice H	75
Información extraída	Journal of Clinical Medicine (scimagojr.com)

López-Tarrida AC, de Diego-Cordero R, Galán González-Serna JM. Adaptación transcultural al español del cuestionario NERSH para la exploración de los valores profesionales, la espiritualidad y la religión en la práctica clínica (questionnaire of the network for research in spirituality and health - NERSH)

Factor de impacto de la revista SJR	0,21
Categoría del factor de impacto	Medicine Anesthesiology and Pain Medicine Medicine (miscellaneous)
Cuartil	Q3
Índice H	13
Información extraída	Journal of Clinical Medicine (scimagojr.com)

de Diego-Cordero R, López-Tarrida AC, Linero-Narváez C, & Galán González-Serna JM. 2023. "“More Spiritual Health Professionals Provide Different Care”": A Qualitative Study in the Field of Mental Health" *Healthcare* 11, no. 3: 303.

<https://doi.org/10.3390/healthcare11030303>

Factor de impacto de la revista JCR	3,16
Categoría del factor de impacto	HEALTH CARE SCIENCES & SERVICES
Cuartil	Q2
Información extraída Portal de Acceso a la Web of Knowledge (fecyt.es)	

Factor de impacto de la revista SJR	0,53
Categoría del factor de impacto	Medicine Health Policy
Cuartil	Q1
Índice H	23
Información extraída Journal of Clinical Medicine (scimagojr.com)	

CAPÍTULO XI. Trabajos de investigación publicados

Spirituality in a Doctor's Practice: What Are the Issues?

Authors:

ÁNGELES C. López-Tarrida (angelacarmen.lopez@sjd.es)¹

ROCÍO de Diego-Cordero (rdediego2@us.es) PhD OHN RN²

JOAQUÍN Lima-Rodríguez (joaquinlima@us.es) PhD RN²

¹ Department of Critical Care and Emergency, Hospital Saint John of God
Aljarafe, 41930 Seville, Spain <mailto:angelacarmen.lopez@sjd.es>

² Research Group CTS 969 Innovation in HealthCare and Social Determinants of Health, Faculty of Nursing, Physiotherapy and Podiatry, University of Seville, 41009 Seville, Spain

Published in *Journal of Clinical Medicine*, 29th November 2021; *J. Clin.*

Med. 2021, **10**(23)

Factor de impacto de la revista JCR	4,964
Categoría del factor de impacto	MEDICINE, GENERAL & INTERNAL
Cuartil	Q2
Información extraída Portal de Acceso a la Web of Knowledge (fecyt.es)	

Factor de impacto de la revista SJR	1,04
Categoría del factor de impacto	Medicine Medicine (miscellaneous)
Cuartil	Q1
Índice H	75
Información extraída Journal of Clinical Medicine (scimagojr.com)	



Article

Spirituality in a Doctor's Practice: What Are the Issues?

Ángela del Carmen López-Tarrida ¹, Rocío de Diego-Cordero ^{2,*} and Joaquin Salvador Lima-Rodríguez ²

¹ Department of Critical Care and Emergency, Hospital Saint John of God Aljarafe, 41930 Seville, Spain; angelacarmen.lopez@sjd.es

² Research Group CTS 969 Innovation in HealthCare and Social Determinants of Health, Faculty of Nursing, Physiotherapy and Podiatry, University of Seville, 41009 Seville, Spain; joaquinlima@us.es

* Correspondence: rdediego2@us.es

Abstract: Introduction: It is becoming increasingly important to address the spiritual dimension in the integral care of the people in order to adequately assist them in the processes of their illness and healing. Considering the spiritual dimension has an ethical basis because it attends to the values and spiritual needs of the person in clinical decision-making, as well as helping them cope with their illness. Doctors, although sensitive to this fact, approach spiritual care in clinical practice with little rigour due to certain facts, factors, and boundaries that are assessed in this review. Objective: To find out how doctors approach the spiritual dimension, describing its characteristics, the factors that influence it, and the limitations they encounter. Methodology: We conducted a review of the scientific literature to date in the PubMed, Scopus, and CINAHL databases of randomised and non-randomised controlled trials, observational studies, and qualitative studies written in Spanish, English, and Portuguese on the spiritual approach adopted by doctors in clinical practice. This review consisted of several phases: (i) the exclusion of duplicate records; (ii) the reading of titles and abstracts; (iii) the assessment of full articles and their methodological quality using the guidelines of the international Equator Network. Results: A total of 1414 publications were identified in the search, 373 of which were excluded for being off-topic or repeated in databases. Of the remaining 1041, 962 were excluded because they did not meet the inclusion criteria. After initial screening, 79 articles were selected, from which 17 were collected after reading the full text. A total of 8 studies were eligible for inclusion. There were three qualitative studies and five cross-sectional observational studies with sufficient methodological quality. The results showed the perspectives and principal characteristics identified by doctors in their approach to the spiritual dimension, with lack of training, a lack of time, and fear in addressing this dimension in the clinic the main findings. Conclusions: Although more and more scientific research is demonstrating the benefits of spiritual care in clinical practice and physicians are aware of it, efforts are needed to achieve true holistic care in which specific training in spiritual care plays a key role.

Keywords: spirituality; religiosity; spiritual care; physician; doctors; health professionals; comprehensive care; holistic



Citation: López-Tarrida, Á.d.C.; de Diego-Cordero, R.; Lima-Rodríguez, J.S. Spirituality in a Doctor's Practice: What Are the Issues? *J. Clin. Med.* **2021**, *10*, 5612. <https://doi.org/10.3390/jcm10235612>

Academic Editors: Paul Batchelor and James Kingsland

Received: 23 October 2021
Accepted: 20 November 2021
Published: 29 November 2021

Publisher's Note: MDPI stays neutral

with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2021 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

Addressing a person's spiritual dimension in clinical practice during illness, healing, and the end of life brings the patient an added benefit that positively links spiritual care and physical and mental well-being, as people with more developed feelings of spirituality more resiliently cope with the challenges they face [1–4].

Previous studies have shown that patients show a positive interest in having their doctor address questions about their spiritual needs [5–7] as they find that it strengthens their relationship; helps the doctor better understand the person by knowing their values, convictions, and attitudes; and aids consensual decision-making [8,9].

Attention to the spiritual dimension in clinical practice centres around two fundamental ideas: firstly, the specific definition of what spirituality is, and second, why the doctor

should care for it in his or her care-giving relationship with the patient. Regarding the definition of spirituality, the main confusion lies in the concept of religiosity; while spirituality could be defined as the search for meaning and purpose in life, self-transcendence, and connections with others and the world around us, religiosity could be defined as the set of beliefs and practices of an organized religious institution, as well as membership of and participation in different organized activities such as rituals and other activities connected to a particular religious faith [10]. These terms are not mutually exclusive. Rather, they overlap and even coexist, which is where the confusion between the definitions seems to lie. The spiritual dimension should be addressed in healthcare because consensual decision-making between doctor and patient is one of the cornerstones of the current healthcare model. Knowledge of a patient's values and needs from the spiritual dimension favours the adequate provision of holistic care and has become, in practice, an ethical duty [11,12].

There have been an increasing number of studies on the role of spirituality in medicine. Spirituality is understood as a vital human need that must be valued and taken seriously, especially in situations of adversity such as illness in which the person questions the very meaning of their existence, transcendence, or suffering [13–15]. It is therefore essential to address these spiritual needs in an integrated way with a care giving model in which all facets are considered and supported by a multidisciplinary team [16].

Although there are quantifiable and demonstrable data on the health benefits of spiritual care giving, there are still many professionals who tend to avoid this topic in clinical care, even though most patients would like to incorporate the spiritual dimension more in discussions with their doctors [1,7,17,18].

Considering all of the above, the main objective of this study was to find out how doctors approach the spiritual dimension by describing its characteristics, the factors that influence it, and the limitations they encounter.

2. Materials and Methods

2.1. Protocol

Our work, conducted while following the PRISMA guidelines, is a narrative synthesis of the studies that evaluate the perspective of doctors regarding spirituality in the care giving they administer in their clinical practice. The protocol was previously registered in PROSPERO under registration number: CRD42021240704.

2.2. Databases and Search Strategy

Studies were searched in the following international electronic databases: PubMed, Scopus, and CINAHL. During the study period (from February to April 2021), the same search strategy was used in all consulted data bases. This strategy was based on the DeCS/MeSH descriptors of the Health Sciences that located, selected, and compiled the results and findings of the original studies within the context of the study's objective (Table 1).

Articles were included if they were peer-reviewed articles: (a) with original data; (b) with full text access; (c) were published in Spanish, English, or Portuguese; and (d) that met the PICOTS criteria (Table 2). Articles were excluded if they were: (a) duplicated in other databases; (b) notes to the editor, reviews, instrument validation, book chapters, clinical cases, narrations, dissertations, opinion pieces, or not found; or (c) of a low methodological quality after controlling for biases. Studies exclusively dealing with medical interns (resident doctors) were also excluded because we decided they did not have sufficient experience in medical practice.

Table 1. Strategy search.

Database	Query	Search Details
PubMed	physician AND (“spiritual care” OR “spiritual healing” OR “spiritual therapies”)	((((“physician s”[All Fields] OR “physicians”[MeSH Terms] OR “physicians”[All Fields] OR “physician”[All Fields] OR “physicians s”[All Fields]) AND (“spiritual”[All Fields] OR “spiritualism”[MeSH Terms] OR “spiritualism”[All Fields] OR “spirituality”[MeSH Terms] OR “spirituality”[All Fields] OR “spiritualities”[All Fields] OR “spirituality s”[All Fields] OR “spiritually”[All Fields] OR “spirituals”[All Fields]) AND “care”[All Fields])) AND “OR”[All Fields]) AND (“spiritual therapies”[MeSH Terms] OR (“spiritual”[All Fields] AND “therapies”[All Fields]) OR “spiritual therapies”[All Fields] OR (“spiritual”[All Fields] AND “healing”[All Fields]) OR “spiritual healing”[All Fields])) AND “OR”[All Fields]) AND (“spiritual therapies”[MeSH Terms] OR (“spiritual”[All Fields] AND “therapies”[All Fields]) OR “spiritual therapies”[All Fields])) AND (review[Filter])
Scopus	physician AND (“spiritual care” OR “spiritual healing” OR “spiritual therapies”)	TITLE-ABS-KEY (physician AND (“spiritual care” OR “spiritual healing” OR “spiritual therapies”))
CINAHL	physician AND (“spiritual care” OR “spiritual healing” OR “spiritual therapies”)	TITLE-ABS-KEY (physician AND (“spiritual care” OR “spiritual healing” OR “spiritual therapies”))

Table 2. PICOTS (population, intervention/exposure, comparator, outcome, time, and study design) criteria.

PICOTS Criteria	
Population	Physicians
Intervention/Exposure	Spiritual interventions
Comparator	No intervention/Waiting list/Usual practice/Placebo
Outcome	Health outcomes in physicians
Time	Without restrictions
Study design	Randomized controlled trials/ No randomized controlled trials/Observational studies/ Qualitative studies

2.3. Study Selection and Data Extraction

After the search, all the references were included in the Mendeley bibliographic reference manager (version 1.19.8, University of Seville, Seville, Spain). Initial screening was conducted by excluding all duplicated publications and then reading the titles and abstracts. The screening procedure was independently carried out by two reviewers in order to identify potentially relevant studies based on the inclusion and exclusion criteria. Where there was a lack of consensus regarding the quality of an article, a third reviewer was consulted.

After this first stage, the articles to be included were submitted to a full-text reading by two reviewers independently. The articles included studies that analysed the approach to spiritual care in clinical practice by physicians, as well as the barriers or limitations encountered by physicians in the spiritual dimension of care giving. When doubts arose about any of the described procedures, the authors of the articles were contacted by email.

Finally, the following items were extracted from each study: authors, year, country, sample characteristics, design, purpose, and main results. The resulting tables were independently and thoroughly checked by three reviewers, who engaged in critical discussions about the data.

2.4. Quality Assessment

Although not required, the guidelines of the international Equator Network were considered to assess the methodological quality of the selected studies. The Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) were used to assess the reporting of interviews and focus groups [19] and the Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) was used to assess the reporting of observational studies (cross-sectional studies) [20].

The guidelines of the international Equator Network do not specify a minimum score for determining the methodological validity of a study. However, in this review, the methodological quality of studies was considered to meet a medium-high value if STROBE scores reached a mean of 13/22 points for descriptive observational studies and if COREQ scores reached a mean of 19/32 points for qualitative studies.

The included studies were independently assessed by two reviewers for methodological validity prior to inclusion in the review. Any disagreements that arose between the reviewers were resolved through discussion or by a third reviewer.

In the three databases (PubMed, Scopus, and CINHAL), the search process identified 1414 potentially relevant publications matching the eligibility criteria (PICOTS). After removing duplicates, 1041 articles remained, of which a further 962 articles were excluded after screening the titles and abstracts. Next, a total of 79 articles underwent full-text analysis. After reading all the records from the two independent reviewers, 62 were excluded because they were editor’s notes (17), reviews (11), instrument validations (6), chapters of books (4), clinical cases (1), narratives (1), dissertations (1), opinion pieces (20), or not found (1). Nine articles were also excluded due the poor standard of methodology used. Finally, eight articles were selected (Figure 1).

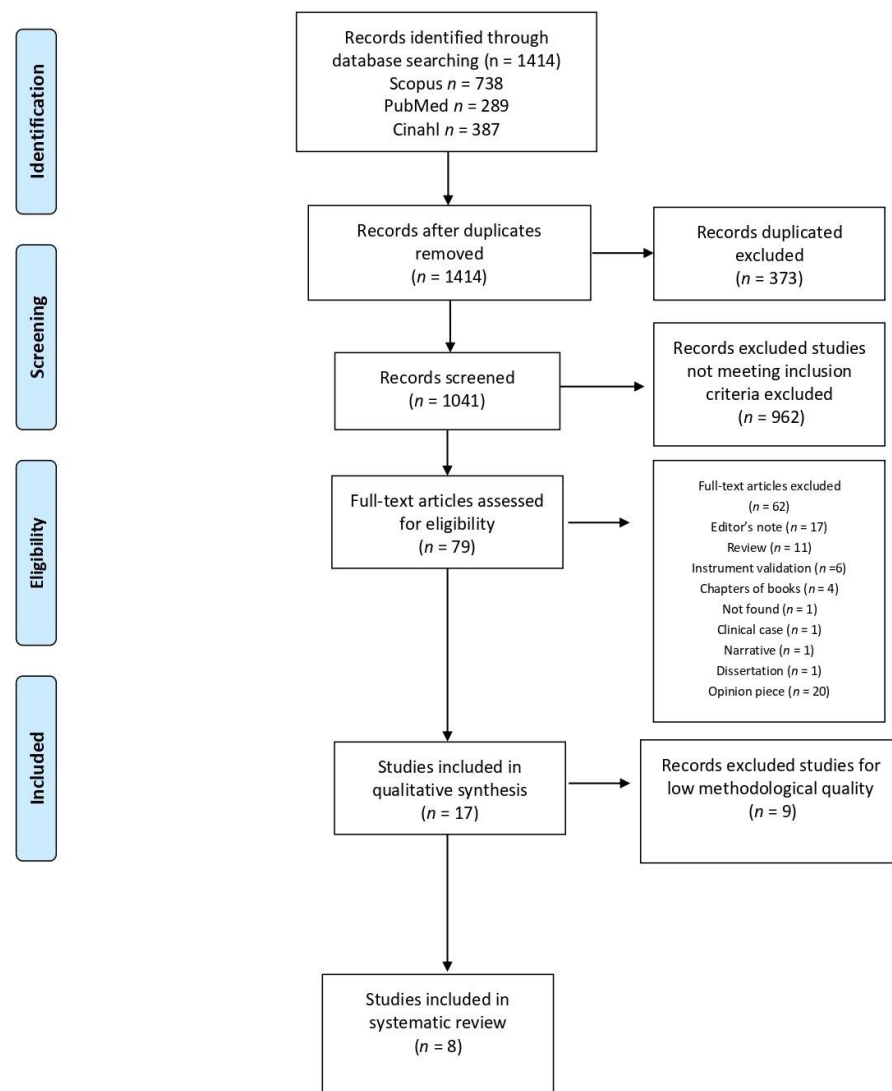


Figure 1. Selection process flowchart.

3. Results

3.1. Descriptive Characteristics of the Studies

We included eight articles that explored the physicians' perspective of the spiritual dimension of care giving in clinical practice, three of which were qualitative studies and five of which were observational descriptive studies.

A total of four of the articles had been published in the last six years (between 2017 and 2021), and four of all selected studies were multicentre studies.

The articles were from the USA (2), European countries (2), Canada (2), Asian countries (1), and Australia (1).

In relation to the sample size, there was a wide variety in the number of subjects, ranging from a minimum size of 6 [21] to maximum size of 1156 [22].

It was further appreciated that most of the studies were carried out in the area of palliative care (4). The areas of the remaining studies were oncology (1), primary care medicine (1), and various medical areas such as internal medicine, surgery, gynaecology, and paediatrics. In relation to the gender of the participants, only three of the studies had a majority of female samples, while in relation to the religiosity of the surveyed professionals, the clinicians in all studies considered themselves to be very or moderately religious.

Accordingly, the results showed which instruments (such as scales and surveys) were used to assess how spirituality is addressed in clinical care, and it was observed that three of the cross-sectional studies (37.5%) used validated scales to explore the practitioner's attention to the spiritual dimension—two of them having been published in the last five years (2017–2021). The scales used to assess practitioner spirituality were: the Religious and Spiritual Beliefs and Practices Scale developed in 1999 by Daaleman and Frey [23], as part of an ad hoc survey [24], the Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS, devised by McSherry et al., 2002 [11,25], and the Duke University Religion Index (DUREL) developed by Koenig and Bussing [26] together with Suzuki and Kino's Multidimensional Empathy Scale (MES) [27,28] (Table 3).

Table 3. Main results found.

Authors, Year, Country	Design and Sample	Aim	Scale /Instrument	Main Findings
Al-Yousefi, 2012, Saudi Arabia [29]	Cross-sectional descriptive multicentre study n = 225 (physicians)	To assess the beliefs and behaviours of Muslim physicians regarding religious discussions in clinical practice and to understand the factors that facilitate or impede the discussion of religion in clinical settings.	Ad hoc survey	First study of this type carried out in a Muslim population. Most think that religion (not spirituality) has a positive influence on health, and more than half do not ask about this aspect in clinical practice. Doctors with a more careful religiosity approached it more easily; this coincided with those of greater age and experience. Spiritual care is mainly not approached due to lack of training and ethical dilemmas. Other barriers highlighted include: insufficient time and unsuitable environment.
Cocksedge and May, 2009, UK [30]	Qualitative study n = 23 (physicians)	To explore the limitations of spiritual care in primary care physicians through two concepts: touch and spiritual care.	Semi-structured interviews	They identified barriers such as a lack of awareness of spiritual care, a lack of training, and thinking that other interests are more important to the person they serve.

Table 3. Cont.

Authors, Year, Country	Design and Sample	Aim	Scale /Instrument	Main Findings
Gijsberts et al., 2020, Netherlands [24]	Descriptive cross-sectional study n = 284 (physicians)	To examine the perceptions and experiences related to the provision of spiritual care at the end of life of elderly care physicians in nursing homes in the Netherlands, as well as factors associated with the provision of spiritual care at the end of life.	Ad hoc survey and Religious and Spirit Beliefs and Practices Scale (RSBPS)	Most perceived spirituality as a broad concept. Religious physicians and those trained in palliative care experience fewer barriers to providing spiritual care. Additional training in reflections on one's own perception of spirituality and multidisciplinary training in spiritual care may contribute to the quality of care.
Hamouda et al., 2019, USA [27]	Multicentre cross-sectional descriptive study n = 255 (physicians)	To describe the perspectives and practices of American Muslim physicians with respect to R/S discussions, as well as how physician characteristics correlate with them.	Duke University Religiousness Index (DUREL) and Multidimensional Empathy Scale (MES)	More empathetic physicians were reported to be more likely to ask about patients' R/S, share their own religious ideas and experiences, and encourage patients in their own beliefs and practices. They were also more likely to encourage the discontinuation of unhelpful life-sustaining interventions. They also encouraged their patients to reconcile their own lives. This shows that improving physician empathy may be key to addressing patients' health-related R/S needs.
Kichenadasse et al., 2017, Australia [25]	Multicentre cross-sectional descriptive study n = 69 (physicians)	To explore the current practice, preparedness, and education of Australian oncologists and oncology residents on the provision of spiritual care to their cancer patients.	Spirituality and SpiritualCare Rating Scale (SSCRS)	Most had encountered patients with spiritual care needs during consultations, and less than half perceived that they could meet their spiritual needs. The barriers they identified were a lack of time, a lack of education, and a lack of understanding of spirituality and spiritual care in the health context. A small minority stated that they had received some education on spiritual care, and a few of them stated that the education was adequate. They indicated that they learned how to provide spiritual care on the job or through their own interest and not through specific training.

Table 3. Cont.

Authors, Year, Country	Design and Sample	Aim	Scale /Instrument	Main Findings
Koenig et al., 2017, USA [31]	Multicentre cross-sectional descriptive study <i>n</i> = 737 (513 physicians and 224 nurses)	To report on the attitudes and practices of health professionals in the largest Protestant health system in the USA (Adventist Health System).	Ad hoc survey	Many stated that a spiritual history should be taken to identify spiritual values, beliefs, and preferences in patients, they were are willing to do so and review the results, although few currently do so. Education, training, and support can help healthcare professionals identify and address patients' spiritual preferences.
Penderell and Brazil, 2010, Canada [21]	Qualitative study <i>n</i> = 6 (physicians)	To seek greater physician understanding of spiritual care in palliative care.	Semi-structured interviews	This study advocated the training and education of palliative physicians in both the spiritual care of patients and the care of their own spirituality.
Seccareccia and Brown, 2009, Canada [32]	Qualitative study <i>n</i> = 10 (physicians)	To explore palliative care physicians' perspectives and experiences of spiritual care and to identify the role of this practice both personally and professionally.	Semi-structured interviews	This study considered the importance of the spiritual dimension in the holistic care of terminally ill persons by physicians and the importance of the spiritual self-care of practitioners.
Smyre et al., 2018, USA [22]	Multicentre cross-sectional descriptive study <i>n</i> = 1156 (physicians)	To explore physicians' beliefs about the relative importance and appropriateness of engaging with patients' spiritual concerns and physicians' options for intervention.	Ad hoc survey	Most believe it is essential that patients' spiritual concerns are addressed at the end of life. The more religious were more likely to believe this and that it is appropriate to always encourage patients to talk to a chaplain. Most stated that, if asked, they would join the family and patient in prayer. Most support a limited role in the provision of spiritual care, although opinions varied according to the religious characteristics of the physicians.

3.2. Synthesis of Results

The five selected descriptive studies analysed the beliefs, attitudes, and behaviours of physicians in addressing the spiritual dimension. Three studies evaluated physicians with different religious beliefs, the majority being Christian (Catholic or Protestant), in oncology in Australia [25], different clinical areas in the USA [22], and palliative care in the Netherlands [24]. Hamouda et al. [27] analysed the spiritual care of Muslim physicians in palliative care in the USA, and Al Yousefi [29] analysed the spiritual care of Muslim physicians in different clinical areas in Saudi Arabia. The samples were mostly represented by male participants, and the mean age was 45 years.

Among the main findings, it was found that more spiritual physicians were more sensitive and performed more appropriate spiritual care. In fact, the study by Al Yousefi [29] found that the majority of respondents (91.1%) thought that the influence of religion on

health was generally positive. Only in one of the studies was this not the case [27], as there was no positive correlation between physicians' spiritualistic beliefs and better spiritual care (in contrast to the other study that was conducted with Muslim physicians [29]. One study [22] found that physicians' willingness to attend to patients' spiritual needs varied according to the religious concordance between clinician and patient; if both practiced the same religion, they were more likely to discuss these issues in the clinical relationship. This study demonstrated that patients want to discuss these issues with their clinicians, and clinicians reported that attending to the spiritual dimension of their patients improved the trusting relationship in clinical practice.

Clinicians consider spiritual care a good practice, although in two of the analysed descriptive studies, more than 50% of respondents reported that they did not address this [24,29]. In another [14], 45% of clinicians considered themselves capable of addressing it themselves, although 90% chose to refer to expert providers such as chaplains, counsellors, or pastoral agents. This same study analysed confusion in addressing spirituality in a clinic through the lens of the physician's competence, which generated indecision and made it difficult to manage in practice and refer to others. The authors of the study also suggested the use of brief tools to address the spiritual needs of patients in the absence of time to address their spiritual needs.

On the other hand, insufficient time and a lack of training were identified as the main barriers for physicians to address the spiritual dimension [22,24,25,27,29] although the lack of a suitable environment [29], fear of offending the patient they care for [27], and not considering it their responsibility [24] were also highlighted.

In the three selected qualitative studies based on semi-structured interviews, the samples were mostly women and neither religious affiliation nor age was specified, although the time in clinical practice was specified with a mean of 15 years.

One study on primary care medicine in the United Kingdom found that physicians reported that they did not usually address these types of issues in their routine practice and alluded to a lack of professional and personal experience in this regard or that they did not believe it was within their clinical competencies [30]. Penderell and Brazil's [21] study of palliative care physicians in Canada discussed the concept of spirituality and how physicians view it in their practice as a positive factor for the health of their patients and themselves from the professional and personal points of view. In the other study also conducted on Canada in palliative care [32], physicians were found to value spiritual care as fundamental to alleviating suffering and promoting healing in their patients, thus nurturing personal spirituality.

4. Discussion

The main objective of this study was to find out how doctors approach the spiritual dimension by identifying its characteristics, the factors that influence it, and the limitations doctors encounter in this dimension of care giving.

The results showed that the vast majority of doctors are positively disposed towards incorporating the spiritual dimension into patient care (although in two study, the doctors were less involved) and recognize its direct effects on improving the quality of life and medical care. The main difficulty in approaching the spiritual dimension among doctors was reported that if it is to be addressed in clinical practice, it is necessary to clearly define what spirituality is, why it is relevant in health care, and how it is to be valued.

A significant proportion of physicians reported believing that spirituality belongs to the intimate sphere of a person and failing to consider that it plays a key role in attitudes and decision-making when an individual is faced with serious illness (as well as other facets of their lives). While it is true that spirituality forms a part of the intimate sphere of the individual, it is also a universal value that is present in all people and affects them when they are ill just as importantly as the physical, psychological, and social spheres, which is why it must also be addressed, as shown by other studies [33,34]. Patients ask their doctors to address their spiritual needs because they need to feel that someone has

listened to them and cares about their problems, worries, and concerns when they are faced with the challenge of a serious illness or even the end of their life [35,36]. This attention strengthens the patient–doctor relationship and, from an ethical point of view, favours joint clinical decision-making, as well as respecting the patient’s autonomy and dignity and ensuring that the care given in the clinical practice is both holistic and humanized [11,12]. This was also reported in two of the analysed studies [21,32].

Given the complexity of giving a suitable definition of spirituality in clinical care, no homogeneous way of assessing it was found in the reviewed articles [25], addressed this same issue and considered it a barrier that causes a physician to not to attend to spiritual needs and/or to refer their patient to expert providers (such as chaplains, counselors, and pastoral agents). Some studies discussed the wide terminological diversity, and often out right confusion, over the concept of “spirituality” in healthcare [37–43]. This difficulty seemed to translate into the way the concept has been analysed since some of these viewed descriptive studies used surveys and questionnaires designed for the purpose of the study (ad hoc), while others used validated scales that offer interesting objective data without going deeper and without providing consensus or uniformity over what the standard scale for assessing spirituality should be. In this respect, the methodology of qualitative studies that used semi-structured interviews and content analysis allowed for more in-depth and detailed information to be obtained on the research topic. There is evidence that for the analysis of complex research questions such as the case at hand, a combination of quantitative and qualitative perspectives allows for the greater depth and understanding of the topic of study and confers greater consistency and scientific rigor [44–46].

From another point of view, those who consider spirituality to be a private part of an individual’s character may be hesitant to address it because their own spirituality is not particularly developed. It has been shown that physicians with a more developed spirituality provide their patients with better care in this dimension [8,47–51] and give the patient more opportunities for dialogue and being listening to in a symmetrical and reciprocal person-to-person relationship than the relational asymmetry that often occurs. Such opportunities for dialogue should form the basis of future training in this area. It was noted that spiritual care is closely related to the physician’s own spirituality and shown that a physician with a greater sense of spirituality/religiosity is more likely to more adequately attend to their patients’ spiritual needs [22,29]. In contrast, the study by Hamouda et al. [27] conducted on Muslim physicians showed that there is no direct relationship between physician spirituality/religiosity and better spiritual care, and the authors associated it to a socio cultural factor in this community. In contrast, the study by Al Yousefi [29], also conducted on Muslim physicians, showed the opposite, so it seems that this reasoning is not the most accurate. In this regard, there were other studies that showed that when faced with existential questions from their patients, the responses of doctors ranged avoidance, fear of harm, and overprotection to sometimes inadequate management due to a lack of skills, all of which generate distress, bewilderment, or even pain in patients [6,52], hence the extreme importance of adequate training as advocated by some of the analysed studies [25,27], as in previous [14,53–56]. In addition, in most of these viewed studies, physicians were found to be less active in addressing these types of patients’ needs, not only because of the barriers described above but also because they were mainly trained in scientific–technical skills for the traditional biomedical model focused on objective, measurable data.

Regarding the characteristics of physicians that influence spiritual care, apart from their spiritual/religious beliefs, none of the studies analysed differences in relation to gender or age, for example. It seems that it is women and physicians with more clinical experience who are more inclined to provide spiritual care. We believe that due to their anthropological characteristics and social and cultural commitment, women are more prone to engage with these types of issues. We think that the sum of a physician’s clinical experience and own life experience may make them more inclined to consider transcendence and the meaning of life, which makes them more openly discuss these issues with patients.

In addition to considering that spirituality is an intimate part of an individual's personality that has nothing to do with the clinical relationship, doctors also commented on the lack of time in which to attend to the patients with respect to this dimension [57–60] due to the standardized protocols that do not allow it, with patients often being referred to other professionals who have more experience in this area. Since greater importance is attached to the other aspects of their clinical work within the healthcare practice, doctors tend to place less importance on spiritual matters or avoid them altogether, delegating them to others (such as chaplains, counsellors, and pastoral workers) and neither taking on responsibility nor engaging in management training, as stated in other consulted sources [61,62]. A study by Kichenadasse et al. [25] suggested possible solutions to the expressed difficulty of a lack of time, proposing the use of brief spiritual assessment tools in patients such as the Faith/Beliefs, Importance, Community, Address in care or action (FICA); Hope, Organised religion, Personal spirituality, Effects of care and decisions (HOPE); and Spiritual belief system, Personal Spirituality, Integration, Rituals/restrictions, Implications, and Terminal events (SPIRIT), which could facilitate assistance in both the detection of spiritual needs and the referral to spiritual care practitioners in an expedited manner. This proposal seems to favour an initial evaluation of a person's spirituality complemented by adequate training in the care of their spiritual needs.

Similarly, in a study observing health science students, it was found that the main barriers encountered in practice with their patients were time limitations, fear of offending patients, and a lack of specific training during their academic training to address the spiritual dimension [39]. These barriers were also identified in other articles that specifically analysed the difficulties encountered by health professionals (such as physicians, nurses, social workers, and psychologists) in addressing the spiritual dimension, and areas were proposed for improvement [57–60,63,64].

On the other hand, nurses were reported to cater to the concepts of spirituality and religiosity while caring for their patients from the beginning of their professional training, which gives them greater sensitivity when addressing these needs. Based on key theories such as Jean Watson's Transpersonal Care Theory (which encourages nurses to go beyond the procedures, tasks, and techniques used in their daily practice), nurses understand that spirituality is part of their integral care. Transpersonal Care Theory combines sciences with humanities and cross-cultural understanding in a mind–body–spiritual framework, with a phenomenological, existential, and spiritual orientation [65–67]. For other authors of studies on nursing such as Sawatzky and Pesut, spiritual expressions such as love, hope, and compassion constitute the most basic universal approach to spiritual care and can be integrated into all aspects of nursing care [10].

The clinical tools used in nursing, such as the NANDA taxonomic classification (2020) that recognizes the Nursing Diagnosis of "Spiritual Distress" (00066) or the Diagnosis "Risk of Spiritual Distress" (00067), the NOC classification of outcomes that includes the outcome "Spiritual Health" (2001), and the NIC classification of interventions that includes the intervention "Spiritual Support" (5420), are all examples of this integration of the spiritual dimension into clinical practice. When consulting other references, we found comparisons in spiritual health care dynamics between physicians and nurses, resulting in nurses being more sensitive to spiritual care than physicians [57,68–73], perhaps due to this fact regarding their academic training.

In this regard, Sajia and Puchalski [74], for instance, advocated the development of educational competencies for the spiritual dimension of healthcare and proposed guidelines for developing this skill as part of a physician's curriculum in addition to the other scientific–technical skills required for their normal clinical practice. On the other hand, Koenig [31,36,75] advocated for improving the quality of clinical care by incorporating spiritual care into health systems, as well as assessing and offering solutions for the possible barriers encountered by medical teams when considering this dimension in practice.

Although some of these viewed studies focused on the perspective of physicians in their spiritual care in clinical practice, this point of view was contrasted with that of other

health professionals' other studies. In two recent studies, we found the explicit defence of a spiritual approach from multidisciplinary care to be a priority in the care of these patients [76], and physicians have even described this approach as a facilitating factor in the support of the multidisciplinary team for adequate spiritual care [64]. Similarly, we believe that in order to promote the spiritual health of patients to a level that suitable and adequate, the multidisciplinary approach (in which one assesses the patient from different perspectives, including the spiritual aspect) is fundamental and ethical.

Finally, most of the publications focused on the healthcare areas of palliative care, oncology, and intensive care units [2,77], where the need for spiritual care could be said to be more urgent, though others did not clearly specify which health sector the study had been conducted in. However, spirituality is not exclusively limited to these areas of healthcare, since all patients tend to ask a wide range of questions to help them come to terms with the experience of being ill and doctors have a professional duty to respond to these needs. This idea is supported by examples in other studies that assessed the importance of addressing the spiritual needs of patients who are treated in other medical specialties [78–81].

5. Practical Implications

To detect and resolve these difficulties in practice, we would like to put forward the following arguments and strategies as a basis for reflection and action:

5.1. *The Notion That "The Patient's Spirituality Is None of Our Business"*

This notion is likely to be rooted in a confusion between the concepts of spirituality and religiosity. Every person is spiritual by nature, but not every spiritual person is religious. If the spiritual dimension of a person manifests itself through a transcendent relationship with God (through a creed and dogma), then it is a religious dimension. Indeed, spirituality is an intimate and innately human quality belonging to each person; it is a deeply-felt inner desire to forge a connection with everything that surrounds us because we need to find a meaning in our existence and the world in which we live. In situations of pain and suffering, when people are facing severe illness and death, this aspect is just as important as physical, psychological, and social aspects. Of course, it also needs to be addressed with great care.

5.2. *Time Limitations*

Addressing a patient's spiritual needs is not given the importance it deserves by the established clinical protocols of action, which prioritize objectifiable scientific data; for this reason, extra time and physical space need to be found in order to meet these needs.

5.3. *Referral to Other Providers with Spiritual Expertise*

Health professionals often delegate the responsibility for spiritual care to chaplains and counsellors who are assumed to be more skilled in this area [82]. However, it is a physician's ethical duty to consider a patient's autonomy in clinical decision-making and a knowledge of their convictions, values, and spiritual needs makes for a stronger and more effective clinical relationship.

5.4. *Lack of Specific Training*

Suitable training that provides tools for the spiritual care of both practitioner and patient seems to be of paramount importance [43,56,83]. Training in spiritual care should be included in the curriculum, starting with the initial academic training of doctors right up to their final specialization.

Research strategies should be directed towards doctors or health teams containing doctors with the aim of developing long-term training plans in these competencies and the subsequent analysis of the results. When collecting data, it would be interesting to use

mixed methods to obtain more in-depth information in order to lend greater consistency and scientific rigor to the study.

In addition, for more thorough analyses, it would be beneficial to assess the perspective of patients being cared for by doctors who have undergone this specific training in spiritual care and to observe the short-to-medium-term outcomes.

6. Limitations

The present review has certain limitations that must be acknowledged. Firstly, only three international databases were used to analyse the study aims, which made it impossible to compile a large number of records. Second, the search strategy used for this analysis narrowed down the search and excluded other synonymous terms. Third, in relation to language, studies not written in the languages of the inclusion criteria were omitted despite their possible relevance, and they were therefore not used in the analysis. Fourth, we sometimes did not have access to the full text. Finally, there was a certain degree of confusion in the terms used by the authors when indexing studies, especially between 'spirituality' and 'religion' and between 'healing' and 'care'.

7. Conclusions

There are certain differences in the perspectives, beliefs, and practices of doctors and other health professionals (e.g., nurses), and although the general position of doctors is in favour of incorporating the spiritual dimension into health care, few actually do so at present. However, most studies have focused on the obstacles encountered by health professionals (such as doctors and nurses) in dealing with spiritual care, and few were found to contain proposals to remedy them.

Our conclusions are:

1. Doctors are aware of the fact that patient care involves many dimensions, including spirituality, but they encounter obstacles in their care practice to provide adequate care in this regard.

2. One of the main obstacles reported by clinicians is a lack of time and space to explore this delicate subject in greater depth, as it is not included in the standardized, routine clinical protocols of healthcare practice. Although there is a growing awareness and sensitivity towards spiritual care, as has been demonstrated in the recent scientific literature, it is not given sufficient consideration in global health care plans. Greater awareness and interest on the part of health managers and professionals in incorporating spirituality into clinical practice would result in spirituality playing a more relevant role in integral health care.

3. Some doctors consider that spirituality is part of an individual's private life and therefore should not be addressed in health care. This causes them to be unwilling to intervene or even to refer patients to expert providers (e.g., chaplains) if the patients request it. In this respect, it should be noted that those physicians who consider themselves to be more spiritual/religious and whose own spirituality is more developed are more likely to be more responsive to these needs.

4. The main and most important barrier reported by the doctors is specific training in providing spiritual care, which in the whole cycle from initial academic training to specialization is not seen as an integral part of the doctor's knowledge. The different studies highlight the lack of adequate training in spiritual care and the need to improve this aspect in order to include the spiritual dimension in daily clinical practice. This training is essential for offering high-quality, comprehensive patients care, although it has not yet been sufficiently incorporated into professional education. Scientific and technical skills are an essential requirement for a doctor, and competencies in other more patient-centred aspects, such as spiritual care, are also essential for a quality professional education to keep up with the times and meet the current needs of patients.

5. Due to the difficulty of defining it, multiple instruments have been designed to adequately assess approaches to spirituality in clinical practice [11,15,23,26,28,77,84–87].

We believe that for a good attention to the spiritual dimension, it is necessary to make a proper assessment. There are a wide variety of validated scales on how to measure spirituality, both in patients and among professionals, that have demonstrated the scientific possibility of evaluating this complex quality with objective, measurable data. These scales useful tools for addressing the use of spirituality in healthcare and estimating the spiritual needs of patients. Their standardized use would facilitate this dimension of health care, and their incorporation into clinical protocols would help to provide more comprehensive care for patients.

6. Several of the selected studies compared the perspectives of physicians with those of other health professionals. These studies showed that while physicians understand the importance of spirituality in clinical care, others, other such as nurses integrate it more into practice. A multidisciplinary approach favours an environment enriched by different perspectives on care giving and different attitudes towards spirituality in this context. In this way, truly comprehensive care is ensured when all a person's facets are taken into account, including the physical, psychological, social, and spiritual dimensions. Coordination and joint work in spirituality would ensure the quality and continuity of such care.

7. We found no randomized clinical trial studies that specifically explored intervention strategies for physicians in spiritual care (either for themselves or their patients) and the outcomes obtained after their implementation. We believe that studies with this aim could promote a more scientifically rigorous approach to these outcomes, thus opening up new avenues of research that could explore spiritual care in physician-led clinical practice in greater depth and impart the scientific relevance and importance it truly deserves.

Author Contributions: Conceptualization, Á.d.C.L.-T., R.d.D.-C. and J.S.L.-R.; data curation, Á.d.C.L.-T. and R.d.D.-C.; formal analysis, Á.d.C.L.-T. and R.d.D.-C.; investigation, Á.d.C.L.-T. and R.d.D.-C.; methodology, Á.d.C.L.-T. and R.d.D.-C.; supervision, J.S.L.-R.; writing—original draft, Á.d.C.L.-T., R.d.D.-C. and J.S.L.-R.; writing—review and editing, Á.d.C.L.-T., R.d.D.-C. and J.S.L.-R. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received no external funding.

Institutional Review Board Statement: Not applicable.

Informed Consent Statement: Not applicable.

Data Availability Statement: Not applicable.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest.

References

1. Jors, K.; Büssing, A.; Hvidt, N.C.; Baumann, K. Personal Prayer in Patients Dealing with Chronic Illness: A Review of the Research Literature. *Evid.-Based Complement. Altern. Med.* **2015**, *2015*, 927973. [[CrossRef](#)]
2. Moestrup, L.; Hvidt, N.C. Where is God in my dying? A qualitative investigation of faith reflections among hospice patients in a secularized society. *Death Stud.* **2016**, *40*, 618–629. [[CrossRef](#)]
3. Sankhe, A.; Dalal, K.; Save, D.; Sarve, P. Evaluation of the effect of Spiritual care on patients with generalized anxiety and depression: A randomized controlled study. *Psychol. Health Med.* **2016**, *22*, 1186–1191. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
4. Xing, L.; Guo, X.; Bai, L.; Qian, J.; Chen, J. Are spiritual interventions beneficial to patients with cancer?: A meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA. *Medicine* **2018**, *97*, e11948. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
5. Astrow, A.B.; Kwok, G.; Sharma, R.K.; Fromer, N.; Sulmasy, D.P. Spiritual Needs and Perception of Quality of Care and Satisfaction with Care in Hematology/Medical Oncology Patients: A Multicultural Assessment. *J. Pain Symptom Manag.* **2018**, *55*, 56–64.e1. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
6. Banin, L.B.; Suzart, N.B.; Guimarães, F.A.; Lucchetti, A.L.; De Jesus, M.A.; Lucchetti, G. Religious beliefs or physicians' behavior: What makes a patient more prone to accept a physician to address his/her spiritual issues? *J. Relig. Health* **2014**, *53*, 917–928. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
7. Emecoff, N.C.; Curlin, F.A.; Buddadhumaruk, P.; White, D.B. Health Care Professionals' Responses to Religious or Spiritual Statements by Surrogate Decision Makers During Goals-of-Care Discussions. *JAMA Intern. Med.* **2015**, *175*, 1662–1669. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

8. Best, M.; Butow, P.; Olver, I. Why do We Find It So Hard to Discuss Spirituality? A Qualitative Exploration of Attitudinal Barriers. *J. Clin. Med.* **2016**, *5*, 77. [CrossRef]
9. Best, M.; Butow, P.; Olver, I. Doctors discussing religion and spirituality: A systematic literature review. *Palliat. Med.* **2015**, *30*, 327–337. [CrossRef] [PubMed]
10. Uribe Velásquez, S.P.; Lagoueyte Gómez, M.I. “Estar ahí”, significado del cuidado espiritual: La mirada de los profesionales de enfermería. *Artículo Investig.* **2014**, *32*, 261–270. Available online: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v32n2/v32n2a10.pdf> (accessed on 23 October 2021). [CrossRef]
11. McSherry, W.; Draper, P.; Kendrick, D. The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *Int. J. Nurs. Stud.* **2002**, *39*, 723–734. [CrossRef]
12. Winslow, G.R.; Wehtje-Winslow, B.J. Ethical boundaries of spiritual care. *Med. J. Aust.* **2007**, *186*, S63–S66. [CrossRef] [PubMed]
13. Hvidt, N.C.; Nielsen, K.T.; Kørup, A.K.; Prinds, C.; Hansen, D.G.; Viftrup, D.T.; Hvidt, E.A.; Hammer, E.R.; Falkø, E.; Locher, F.; et al. What is spiritual care? Professional perspectives on the concept of spiritual care identified through group concept mapping. *BMJ Open* **2020**, *10*, e042142. [CrossRef] [PubMed]
14. Koenig, H.G.; Hamilton, J.B.; Doolittle, B.R. Training to Conduct Research on Religion, Spirituality and Health: A Commentary. *J. Relig. Health* **2021**, *60*, 2178–2189. [CrossRef]
15. Kørup, A.K.; Søndergaard, J.; Al yousefi, N.A.; Lucchetti, G.; Baumann, K.; Lee, E.; Karimah, A.; Ramakrishnan, P.; Frick, E.; Büssing, A.; et al. The International NERSH Data Pool of Health Professionals’ Attitudes toward Religiosity and Spirituality in 12 Countries. *J. Relig. Health* **2020**, *60*, 596–619. [CrossRef] [PubMed]
16. Salas, C.; Taboada, P. Espiritualidad en medicina: An analysis of Christina Puchalki’s writings. *Rev. Méd. Chile* **2019**, *147*, 1199–1205. [CrossRef]
17. Lucchetti, G.; Lucchetti, A.L.; Koenig, H.G. Impact of Spirituality/Religiosity on Mortality: Comparison with Other Health Interventions. *Explore* **2011**, *7*, 234–238. [CrossRef]
18. MacLean, C.D.; Susi, B.; Phifer, N.; Schultz, L.; Bynum, D.; Franco, M.; Klioze, A.; Monroe, M.; Garrett, J.; Cykert, S. Patient preference for physician discussion and practice of spirituality. *J. Gen. Intern. Med.* **2003**, *18*, 38–43. [CrossRef]
19. Tong, A.; Sainsbury, P.; Craig, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int. J. Qual. Health Care* **2007**, *19*, 349–357. [CrossRef]
20. Vandenberg, J.P.; von Elm, E.; Altman, D.G.; Gøtzsche, P.C.; Mulrow, C.D.; Pocock, S.J.; Poole, C.; Schlesselman, J.J.; Egger, M. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): Explanation and Elaboration. *Epidemiology* **2007**, *18*, 805–835. [CrossRef]
21. Penderell, A.; Brazil, K. The spirit of palliative practice: A qualitative inquiry into the spiritual journey of palliative care physicians. *Palliat. Support. Care* **2010**, *8*, 415–420. [CrossRef]
22. Smyre, C.L.; Tak, H.J.; Dang, A.P.; Curlin, F.A.; Yoon, J.D. Physicians’ Opinions on Engaging Patients’ Religious and Spiritual Concerns: A National Survey. *J. Pain Symptom Manag.* **2018**, *55*, 897–905. [CrossRef]
23. Daaleman, T.P.; Frey, B. Spiritual and religious beliefs and practices of family physicians: A national survey. *J. Fam. Pract.* **1999**, *48*, 98–104.
24. Gijssberts, M.J.H.; van der Steen, J.T.; Hertogh, C.M.; Deliëns, L. Spiritual care provided by nursing home physicians: A nationwide survey. *BMJ Support. Palliat. Care* **2020**, *10*, e42. [CrossRef] [PubMed]
25. Kichenadasse, G.; Sweet, L.; Harrington, A.; Ullah, S. The current practice, preparedness and educational preparation of oncology professionals to provide spiritual care. *Asia-Pac. J. Clin. Oncol.* **2016**, *13*, e506–e514. [CrossRef]
26. Koenig, H.G.; Büssing, A. The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. *Religions* **2010**, *1*, 78–85. [CrossRef]
27. Hamouda, M.A.; Emanuel, L.L.; Padela, A.I. Empathy and Attending to Patient Religion/Spirituality: Findings from a National Survey of Muslim Physicians. *J. Health Care Chaplain.* **2021**, *27*, 84–104. [CrossRef]
28. Suzuki, Y.; Kino, K. Development of the Multidimensional Empathy Scale (MES): Focusing on the Distinction Between Self- and Other-Oriented. *Jpn. J. Educ. Psychol.* **2008**, *56*, 487–497. [CrossRef]
29. Al-Yousefi, N.A. Observations of Muslim Physicians Regarding the Influence of Religion on Health and Their Clinical Approach. *J. Relig. Health* **2012**, *51*, 269–280. [CrossRef] [PubMed]
30. Cocksedge, S.; May, C. Doctors’ perceptions of personal boundaries to primary care interactions: A qualitative investigation. *Commun. Med.* **2010**, *6*, 109–116. [CrossRef]
31. Koenig, H.G. The Spiritual Care Team: Enabling the Practice of Whole Person Medicine. *Religions* **2014**, *5*, 1161–1174. [CrossRef]
32. Seccareccia, D.; Brown, J.B. Impact of Spirituality on Palliative Care Physicians: Personally and Professionally. *J. Palliat. Med.* **2009**, *12*, 805–809. [CrossRef] [PubMed]
33. Abdulla, A.; Hossain, M.; Barla, C. Toward Comprehensive Medicine: Listening to Spiritual and Religious Needs of Patients. *Gerontol. Geriatr. Med.* **2019**, *5*. [CrossRef] [PubMed]
34. López-Tarrida, Á.C.; Ruiz-Romero, V.; González-Martín, T. Cuidando con sentido: La atención de lo espiritual en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional. *Rev. Española Salud Pública* **2020**, *94*. [CrossRef]
35. Ehman, J.W.; Ott, B.B.; Short, T.H.; Ciampa, R.C.; Hansen-Flaschen, J. Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill? *Arch. Intern. Med.* **1999**, *159*, 1803–1806. [CrossRef]

36. Koenig, H.G.; Cohen, H.J.; Blazer, D.G.; Pieper, C.; Meador, K.G.; Shelp, F.; Goli, V.; Di Pasquale, B. Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *Am. J. Psychiatry* **1992**, *149*, 1693–1700. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
37. Galvis-López, M.A.; Pérez-Giraldo, B. Revisión de la literatura sobre el concepto “espiritualidad” aplicado a la práctica de enfermería. *Rev. Iberoam. Educ.* **2019**, *3*, 54–61.
38. Bennett, K.B.; Bridge, D.; Shepherd, J. Spirituality in medical education: An Australian elective example [online]. *FoHPE* **2014**, *15*, 14–21.
39. Cordero, R.D.D.; Lucchetti, G.; Fernández-Vazquez, A.; Badanta-Romero, B. Opinions, Knowledge and Attitudes Concerning “Spirituality, Religiosity and Health” Among Health Graduates in a Spanish University. *J. Relig. Health* **2019**, *58*, 1592–1604. [[CrossRef](#)]
40. Victor, C.G.P.; Treschuk, J.V. Critical Literature Review on the Definition Clarity of the Concept of Faith, Religion, and Spirituality. *J. Holist. Nurs.* **2019**, *38*, 107–113. [[CrossRef](#)]
41. Schultz, M.; Bentur, N.; Rei Koren, Z.; Bar Sela, G. From Pastoral care to Spiritual care-Transforming the conception on the role of the spiritual care provider. *Harefuah* **2017**, *156*, 735–739. [[PubMed](#)]
42. Tao, Z.; Wu, P.; Luo, A.; Ho, T.-L.; Chen, C.-Y.; Cheng, S.-Y. Perceptions and practices of spiritual care among hospice physicians and nurses in a Taiwanese tertiary hospital: A qualitative study. *BMC Palliat. Care* **2020**, *19*, 96. [[CrossRef](#)]
43. Vermandere, M.; De Lepeleire, J.; Smeets, L.; Hannes, K.; Van Mechelen, W.; Warmenhoven, F.; Van Rijswijk, E.; Aertgeerts, B. Spirituality in general practice: A qualitative evidence synthesis. *Br. J. Gen. Pract.* **2011**, *61*, e749–e760. [[CrossRef](#)]
44. Bryman, A. Integrating quantitative and qualitative research: How is it done? *Qual. Res.* **2006**, *6*, 113–197. [[CrossRef](#)]
45. Kaur, N.; Vedel, I.; El Sherif, R.; Pluye, P. Practical mixed methods strategies used to integrate qualitative and quantitative methods in community-based primary health care research. *Fam. Pract.* **2019**, *36*, 666–671. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
46. Wisdom, J.P.; Cavaleri, M.A.; Onwuegbuzie, A.J.; Green, C.A. Methodological Reporting in Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Health Services Research Articles. *Health Serv. Res.* **2011**, *47*, 721–745. [[CrossRef](#)]
47. Coughlin, K.; Mackley, A.; Kwadu, R.; Shanks, V.; Sturtz, W.; Munson, D.; Guillen, U. Characterization of Spirituality in Maternal–Child Caregivers. *J. Palliat. Med.* **2017**, *20*, 994–997. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
48. Curlin, F.A.; Chin, M.H.; Sellergren, S.A.; Roach, C.J.; Lantos, J.D. The Association of Physicians’ Religious Characteristics with Their Attitudes and Self-Reported Behaviors Regarding Religion and Spirituality in the Clinical Encounter. *Med. Care* **2006**, *44*, 446–453. [[CrossRef](#)]
49. Curlin, F.A. Commentary: A case for studying the relationship between religion and the practice of medicine. *Acad. Med.* **2008**, *83*, 1118–1120. [[CrossRef](#)]
50. Curlin, F.A.; Sellergren, S.A.; Lantos, J.D.; Chin, M.H. Physicians’ observations and interpretations of the influence of religion and spirituality on health. *Arch. Intern. Med.* **2007**, *167*, 649–654. [[CrossRef](#)]
51. Curlin, F.A.; Lantos, J.D.; Roach, C.J.; Sellergren, S.A.; Chin, M.H. Religious Characteristics of U.S. Physicians: A National Survey. *J. Gen. Intern. Med.* **2005**, *20*, 629–634. [[CrossRef](#)]
52. McEvoy, M.; Burton, W.; Milan, F. Spiritual versus religious identity: A necessary distinction in understanding clinicians’ behavior and attitudes toward clinical practice and medical student teaching in this realm. *J. Relig. Health* **2014**, *53*, 1249–1256. [[CrossRef](#)]
53. Ramondetta, L.M.; Sun, C.; Surbone, A.; Olver, I.; Ripamonti, C.; Konishi, T.; Baider, L.; Johnson, J. Surprising results regarding MASCC members’ beliefs about spiritual care. *Support. Care Cancer* **2013**, *21*, 2991–2998. [[CrossRef](#)]
54. Shah, S.; Frey, R.; Shipman, K.; Gardiner, F.; Milne, H. A survey to explore health care staff perceptions of spirituality and spiritual care working in a single district health area in New Zealand. *Eur. J. Integr. Med.* **2018**, *22*, 1–9. [[CrossRef](#)]
55. Selman, L.; Young, T.; Vermandere, M.; Stirling, I.; Leget, C. Research Priorities in Spiritual Care: An International Survey of Palliative Care Researchers and Clinicians. *J. Pain Symptom Manag.* **2014**, *48*, 518–531. [[CrossRef](#)]
56. Wasner, M.; Longaker, C.; Fegg, M.J.; Borasio, G.D. Effects of spiritual care training for palliative care professionals. *Palliat. Med.* **2005**, *19*, 99–104. [[CrossRef](#)]
57. El-Nimr, G.; Green, L.L.; Salib, E. Spiritual care in psychiatry: Professionals’ views. *Ment. Health Relig. Cult.* **2004**, *7*, 165–170. [[CrossRef](#)]
58. Rassouli, M.; Farahani, A.; Salmani, N.; Mojen, L.; Sajjadi, M.; Heidarzadeh, M.; Masoudifar, Z.; Khademi, F. Evaluation of Health Care Providers’ Perception of Spiritual Care and the Obstacles to Its Implementation. *Asia-Pac. J. Oncol. Nurs.* **2019**, *6*, 122–129. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
59. Selby, D.; Seccaraccia, D.; Huth, J.; Kurrpa, K.; Fitch, M. A Qualitative Analysis of a Healthcare Professional’s Understanding and Approach to Management of Spiritual Distress in an Acute Care Setting. *J. Palliat. Med.* **2016**, *19*, 1197–1204. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
60. Tanyi, R.A.; McKenzie, M.; Chapek, C. How family practice physicians, nurse practitioners, and physician assistants incorporate spiritual care in practice. *J. Am. Acad. Nurse Pract.* **2009**, *21*, 690–697. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
61. Galek, K.; Flannelly, K.J.; Koenig, H.G.; Fogg, R.S.L. Referrals to chaplains: The role of religion and spirituality in healthcare settings. *Ment. Health Relig. Cult.* **2007**, *10*, 363–377. [[CrossRef](#)]
62. Poncin, E.; Niquille, B.; Jobin, G.; Benaim, C.; Rochat, E. What Motivates Healthcare Professionals’ Referrals to Chaplains, and How to Help Them Formulate Referrals that Accurately Reflect Patients’ Spiritual Needs? *J. Health Care Chaplain.* **2019**, *26*, 1–15. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

63. Alch, C.K.; Wright, C.L.; Collier, K.M.; Choi, P.J. Barriers to Addressing the Spiritual and Religious Needs of Patients and Families in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study of Critical Care Physicians. *Am. J. Hosp. Palliat. Med.* **2020**, *38*, 1120–1125. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
64. Siler, S.; Mamier, I.; Winslow, B.W.; Ferrell, B.R. Interprofessional Perspectives on Providing Spiritual Care for Patients with Lung Cancer in Outpatient Settings. *Oncol. Nurs. Forum* **2018**, *46*, 49–58. [[CrossRef](#)]
65. Alligood, M.R.; Tomey, A.M. *Modelos y Teoría en Enfermería*; Elsevier: Amsterdam, The Netherlands, 2011; Available online: https://www.academia.edu/11289973/Modelos_y_teorias_en_enfermeria_7ed_medilibros (accessed on 23 October 2021).
66. Burkhart, L.; Schmidt, L.; Hogan, N. Development and psychometric testing of the Spiritual Care Inventory instrument. *J. Adv. Nurs.* **2011**, *67*, 2463–2472. [[CrossRef](#)]
67. Herdman, T.H.; Kamitsuru, S. *Diagnósticos Enfermeros Definiciones y Clasificación 2018–2020 de la NANDA*, 11th ed.; Elsevier: Amsterdam, The Netherlands, 2019.
68. Balboni, M.J.; Sullivan, A.; Enzinger, A.C.; Epstein-Peterson, Z.D.; Tseng, Y.D.; Mitchell, C.; Niska, J.; Zollfrank, A.; VanderWeele, T.J.; Balboni, T.A. Nurse and Physician Barriers to Spiritual Care Provision at the End of Life. *J. Pain Symptom Manag.* **2014**, *48*, 400–410. [[CrossRef](#)]
69. Balboni, T.A.; Balboni, M.J. The Spiritual Event of Serious Illness. *J. Pain Symptom Manag.* **2018**, *56*, 816–822. [[CrossRef](#)]
70. Bar-Sela, G.; Schultz, M.J.; Elshamy, K.; Rassouli, M.; Ben-Arye, E.; Doumit, M.; Gafer, N.; Albashayreh, A.; Ghayeb, I.; Turker, I.; et al. Training for awareness of one's own spirituality: A key factor in overcoming barriers to the provision of spiritual care to advanced cancer patients by doctors and nurses. *Palliat. Support. Care* **2018**, *17*, 345–352. [[CrossRef](#)]
71. Choi, P.J.; Curlin, F.A.; Cox, C.E. Addressing religion and spirituality in the intensive care unit: A survey of clinicians. *Palliat. Support. Care* **2018**, *17*, 159–164. [[CrossRef](#)]
72. Kelly, E.P.; Hyer, M.; Tsilimigras, D.; Pawlik, T.M. Healthcare provider self-reported observations and behaviors regarding their role in the spiritual care of cancer patients. *Support. Care Cancer* **2021**, *29*, 4405–4412. [[CrossRef](#)]
73. Rodin, D.; Balboni, M.; Mitchell, C.; Smith, P.T.; VanderWeele, T.J.; Balboni, T.A. Whose role? Oncology practitioners' perceptions of their role in providing spiritual care to advanced cancer patients. *Support. Care Cancer* **2015**, *23*, 2543–2550. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
74. Sajja, A.; Puchalski, C. Training Physicians as Healers. *AMA J. Ethics* **2018**, *20*, 655–663. [[CrossRef](#)]
75. Koenig, H.G.; Perno, K.; Hamilton, T. The spiritual history in outpatient practice: Attitudes and practices of health professionals in the Adventist Health System. *BMC Med. Educ.* **2017**, *17*, 102. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
76. Kelly, E.P.; Paredes, A.Z.; Hyer, M.; Tsilimigras, D.I.; Pawlik, T.M. The beliefs of cancer care providers regarding the role of religion and spirituality within the clinical encounter. *Support. Care Cancer* **2020**, *29*, 909–915. [[CrossRef](#)]
77. Peterman, A.H.; Fitchett, G.; Brady, M.J.; Hernandez, L.; Cella, D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy—Spiritual well-being scale (FACIT-Sp). *Ann. Behav. Med.* **2002**, *24*, 49–58. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
78. Barnes, L.; Plotnikoff, G.A.; Fox, K.; Pendleton, S. Spirituality, religion, and pediatrics: Intersecting worlds of healing. *Pediatrics* **2000**, *106*, 899–908. [[PubMed](#)]
79. Canteros, M.F. Importancia de los aspectos espirituales y religiosos en la atención de pacientes quirúrgicos. *Rev. Chil. Cirugía* **2016**, *68*, 258–264. [[CrossRef](#)]
80. Lucchetti, A.; Barcelos-Ferreira, R.; Blazer, D.G.; Moreira-Almeida, A. Spirituality in geriatric psychiatry. *Curr. Opin. Psychiatry* **2018**, *31*, 373–377. [[CrossRef](#)]
81. Ribeiro, M.R.C.; Damiano, R.F.; Marujo, R.; Nasri, F.; Lucchetti, G. The role of spirituality in the COVID-19 pandemic: A spiritual hotline project. *J. Public Health* **2020**, *42*, 855–856. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
82. Badanta, B.; Rivilla-García, E.; Lucchetti, G.; de Diego-Cordero, R. The influence of spirituality and religion on critical care nursing: An integrative review. *Nurs. Crit. Care* **2021**. [[CrossRef](#)]
83. Sager, E. Components of Successful Spiritual Care. *J. Relig. Health* **2020**, 1–16. [[CrossRef](#)]
84. Hatch, R.L.; Burg, M.A.; Naberhaus, D.S.; Hellmich, L.K. The Spiritual Involvement and Beliefs Scale. Development and testing of a new instrument. *J. Fam. Pract.* **1998**, *46*, 476–486. [[PubMed](#)]
85. Idler, E.L. Religion, Health, and Nonphysical Senses of Self. *Soc. Forces* **1995**, *74*, 683. [[CrossRef](#)]
86. Leeuwen, R.; Tiesinga, L.J.; Middel, L.J.; Jochemsen, H.; Post, D. An instrument to measure nursing competencies in spiritual care: Validity and reliability of Spiritual Care Competence Scale (SCCS). *J. Clin. Nurs.* **2009**, *18*, 20.
87. Piedmont, R. Spiritual transcendence and the scientific study of spirituality. *J. Rehabil.* **2001**, *67*, 4–14.

Adaptación transcultural al español del cuestionario NERSH para la exploración de los valores profesionales, la espiritualidad y la religión en la práctica clínica (questionnaire of the network for research in spirituality and health - NERSH)

Autores:

ÁNGELES C. López-Tarrida (angelacarmen.lopez@sjd.es)¹

JOSÉ MARÍA Galán González-Serna (jgalan2@us.es)²

ROCÍO de Diego-Cordero (rdediego2@us.es)³

1 Médico. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias, Hospital San Juan de Dios Aljarafe, Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, 41930 Bormujos (Sevilla), España. <mailto:angelacarmen.lopez@sjd.es>

2 Profesor Asociado. Centro de Enfermería San Juan de Dios, Universidad de Sevilla. Campus de docencia e investigación en ciencias de la salud San Juan de Dios, 41930 Bormujos (Sevilla), España

3 Profesora Titular. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla Resultado. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, 41009 Sevilla, España

Publicado en Medicina Paliativa

Factor de impacto de la revista SJR	0,21
Categoría del factor de impacto	Medicine Anesthesiology and Pain Medicine Medicine (miscellaneous)
Cuartil	Q3
Índice H	13
Información extraída Journal of Clinical Medicine (scimagojr.com)	



Medicina Paliativa

Publicación Oficial Sociedad Española de Cuidados Paliativos

Artículo Aceptado para su pre-publicación / Article Accepted for pre-publication

Título / Title:

Adaptación transcultural al español del cuestionario NERSH para la exploración de los valores profesionales, la espiritualidad y la religión en la práctica clínica (Questionnaire of the Network for Research in Spirituality and Health - NERSH) / Transcultural adaptation to spanish of the NERSH questionnaire for the exploration of professional values, spirituality and religion in clinical practice (Questionnaire of the Network for Research in Faith Spirituality and Health - NERSH)

Autores / Authors:

Angeles del C. López-Tarrida¹, José María Galán González-Serna², Rocío de Diego-Cordero³

¹Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe, Bormujos. ²Docencia e Investigación. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, Sevilla. ³Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología, Universidad de Sevilla, Sevilla

DOI: [10.20986/medpal.2023.1390/2022](https://doi.org/10.20986/medpal.2023.1390/2022)

Instrucciones de citación para el artículo / Citation instructions for the article:

López-Tarrida Angeles del C., Galán González-Serna José María, de Diego-Cordero Rocío. Adaptación transcultural al español del cuestionario NERSH para la exploración de los valores profesionales, la espiritualidad y la religión en la práctica clínica (Questionnaire of the Network for Research in Spirituality and Health - NERSH) / Transcultural adaptation to spanish of the NERSH questionnaire for the exploration of professional values, spirituality and religion in clinical practice (Questionnaire of the Network for Research in Faith Spirituality and Health - NERSH). *j.medipa* 2023. doi: 10.20986/medpal.2023.1390/2022.



Este es un archivo PDF de un manuscrito inédito que ha sido aceptado para su publicación en *Medicina Paliativa*. Como un servicio a nuestros clientes estamos proporcionando esta primera versión del manuscrito en estado de prepublicación. El manuscrito será sometido a la corrección de estilo final, composición y revisión de la prueba resultante antes de que se publique en su forma final. Tenga en cuenta que durante el proceso de producción se pueden dar errores, lo que podría afectar el contenido final. El copyright y todos los derechos legales que se aplican al artículo pertenecen a *Medicina Paliativa*.

ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL AL ESPAÑOL DEL CUESTIONARIO NERSH PARA LA EXPLORACIÓN DE LOS VALORES PROFESIONALES, LA ESPIRITUALIDAD Y LA RELIGIÓN EN LA PRÁCTICA CLÍNICA (QUESTIONNAIRE OF THE NETWORK FOR RESEARCH IN SPIRITUALITY AND HEALTH - NERSH)

TRANSCULTURAL ADAPTATION INTO SPANISH OF THE NERSH QUESTIONNAIRE FOR THE EXPLORATION OF PROFESSIONAL VALUES, SPIRITUALITY AND RELIGION IN CLINICAL PRACTICE (QUESTIONNAIRE OF THE NETWORK FOR RESEARCH IN SPIRITUALITY AND HEALTH - NERSH)

Ángeles del Carmen López-Tarrida¹, José María Galán González-Serna², Rocío de Diego-Cordero³

¹Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital San Juan de Dios Aljarafe, Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Bormujos, Sevilla, España. ²Centro de Enfermería San Juan de Dios, Universidad de Sevilla. Campus de docencia e investigación en ciencias de la salud San Juan de Dios. Bormujos, Sevilla, España. ³Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla, España

CORRESPONDENCIA:

José María Galán González-Serna

Centro de Enfermería San Juan de Dios, Universidad de Sevilla. Campus de docencia e investigación en ciencias de la salud San Juan de Dios. Avda. San Juan de Dios. 41930, Bormujos, Sevilla, España

Correo electrónico: jgalan2@us.es

Recibido: 17-12-2022

Aceptado: 06-06-2023

RESUMEN

Introducción: Se ha demostrado que la atención espiritual tiene un impacto positivo en la salud, pero ¿cómo influyen los valores y actitudes de los profesionales en la atención espiritual?

Objetivo: El objetivo de nuestro estudio fue la descripción de la adaptación transcultural al contexto español del cuestionario NERSH que explora los valores, la espiritualidad y la religiosidad del profesional en el abordaje de estos aspectos en la práctica clínica.

Método: Se siguieron las recomendaciones de la International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR): 1) traducción directa, 2) síntesis y conciliación de las versiones por un comité de expertos; 3) propuesta de una única versión; 4) traducción inversa; 5) consenso de la traducción inversa con los autores originales.

Resultados: La versión comparada de traducción no presentó gran diferencia con el original. De los 45 ítems que componen el cuestionario, se introdujeron modificaciones semánticas en 32 ítems, y en el orden de 2 ítems para mayor comprensibilidad. La versión de la traducción inversa fue aceptada por los autores del cuestionario original. El rango intercuartílico demostró una adecuada fuerza de consenso interevaluador y estabilidad a lo largo de la metodología.

Conclusiones: La versión española del cuestionario NERSH obtenida por adaptación transcultural, es equivalente a la versión original. Futuros estudios deberán comprobar su fiabilidad y validez.

Palabras clave: Valores profesionales sanitarios, espiritualidad, religión, ética, atención integral, adaptación transcultural, cuestionario NERSH.

ABSTRACT

Introduction: Spiritual care has been shown to have a positive impact on health, but how do the values and attitudes of professionals influence spiritual care?

Aim: The aim of our study was to describe the cross-cultural adaptation to the Spanish context of the NERSH questionnaire that explores the values, spirituality and religiosity

of the professional in the approach to these aspects in clinical practice.

Method: The recommendations of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) were followed: 1) direct translation; 2) synthesis and reconciliation of the versions by a committee of experts; 3) proposal of a single version; 4) reverse translation; 5) consensus of the reverse translation with the original authors.

Results: The comparative translation version did not differ significantly from the original. Of the 45 items that make up in the questionnaire, semantic modifications were introduced in 32 items, and in the order of 2 items for greater comprehensibility. The back-translation version was accepted by the authors of the original questionnaire. The inter-quartile range demonstrated adequate inter-rater consensus strength and stability throughout the methodology.

Conclusions: The Spanish version of the NERSH questionnaire obtained by cross-cultural adaptation is equivalent to the original version. Future studies should check its reliability and validity.

Keywords: Health professional values, spirituality, religion, ethics, holistic care, cross-cultural adaptation, NERSH questionnaire.

INTRODUCCIÓN

Diferentes investigaciones manifiestan que, aunque se tiene consciencia y se promueve la atención integral en los ámbitos clínicos, la dimensión espiritual y/o religiosa queda relegada por los datos físicos, medibles y objetivables en los procesos asistenciales¹⁻³.

También se ha demostrado que la formación y el autocuidado de la espiritualidad del profesional influye en una mejor atención de esta dimensión en el paciente^{1,4-7}.

Para considerar realmente la dimensión espiritual en los entornos clínicos es importante el uso de instrumentos que la midan, lo cual redundaría en una asistencia de calidad^{8,9}. De hecho, existen herramientas para valorar la dimensión espiritual en los pacientes en la práctica clínica, muy utilizadas en diferentes ámbitos asistenciales y

que han demostrado ser significativas para la relación clínica^{10,11}.

En medicina, las escalas son un recurso preciso para investigación. La adaptación transcultural de instrumentos de medición validados en otros contextos es una actuación relevante para comprobar su legitimidad en un ambiente social y cultural diferente^{12,13}.

En la elaboración de una herramienta de medida en la atención clínica se han de realizar complejos procesos para que se adecue a su función. Si ya existe una experiencia comprobada de su efectividad, su adaptación transcultural es más ágil de realizar, ya que se parte de un instrumento probado. Las diferencias que puedan derivarse debidas al idioma o a la cultura pueden afectar a la manera en que se aplica o se responde a dicho instrumento, así que la equivalencia lingüística es de obligado cumplimiento para su validación en un contexto diferente del original en el que se realizó^{13,14}.

El cuestionario de la *Network for Research in Spirituality and Health* (NERSH) ha sido diseñado específicamente para contemplar los valores, la espiritualidad y la religiosidad del profesional a la hora de abordar estas dimensiones en sus pacientes y ha sido validado para su uso en diferentes contextos culturales como demuestra la literatura existente¹⁵⁻¹⁷. Su origen se encuentra en el cuestionario "*Religion and Spirituality in Medicine: Physicians' Perspectives*" o RSMPP¹⁸, siendo posteriormente optimizado por un grupo de investigación interdisciplinaria de todo el mundo denominado NERSH (nersh.org), cuya pretensión es conectar a investigadores interesados en la interacción de la espiritualidad en la salud y el sufrimiento. La versión definitiva del cuestionario se logra en 2016, siendo utilizada en la actualidad por múltiples equipos de investigación y contextos culturales¹⁹⁻²⁵.

Este estudio tuvo como objetivo la descripción de la adaptación transcultural del cuestionario NERSH al contexto español, que explora los valores, la espiritualidad y la religiosidad del profesional en el abordaje de estos aspectos en la práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Cuestionario NERSH

Está formado por 45 cuestiones divididas en 3 secciones:

- A: datos demográficos del profesional sanitario (10 ítems).
- B: perspectiva del profesional sanitario sobre valores, espiritualidad/religiosidad y la salud (19 ítems). Los autores originales son miembros de NERSH (NERSH Physician value team).
- C: características espirituales/religiosas del profesional sanitario (16 ítems). Los autores han usado un compendio de varias escalas: ítems 36-40: ©DUREL²⁶, ítem 41 ©ASP^{27,28}, ítem 42 ©Farr Curlin 2007 Q32 (incluyendo ítems 31 and 32), ítem 43 ©International Social Survey Programme 2008 Q 19, ítem 44 ©BENEFIT²⁹ ítem 45 ©BMLSS³⁰.

Los ítems 30 a 40 corresponden a la escala DUREL con una adaptación previa en español ([Duke University Religion Index \(DUREL\) | Measures Library \(miami.edu\)](#)). El ítem 43 está extraído de una encuesta nacional de salud con correlación en español en la encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas en España (CIS cuestión 19, sondeo realizado en 2008, de octubre a noviembre). Estos ítems no fueron objeto de la adaptación transcultural en esta investigación, puesto que existen ya en versión española.

Se contactó con los autores originales para la obtención del permiso de uso de la herramienta y su adaptación transcultural que fue concedido.

La adaptación transcultural se realizó siguiendo principalmente las recomendaciones de la International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR)³¹ y de la literatura revisada al respecto^{13,32,33} (Figura 1).

Traducción del cuestionario NERSH

Se procedió a la traducción por dos traductores bilingües independientes cuya lengua materna era el castellano, conocedores del propósito del cuestionario, profesionales de las ciencias de la salud. Se contrastaron ambas versiones, resolviendo las diferencias un nuevo traductor nativo inglés también bilingüe y profesional de la salud,

obteniéndose un único documento traducido. De esta forma se buscó obtener el mismo significado en cada uno de los ítems analizados (*equivalencia semántica*).

Para la *equivalencia conceptual* se procuró que el cuestionario midiera el mismo constructo teórico en ambas culturas y con la *equivalencia de contenido*, que cada ítem tuviera el mismo valor para las dos culturas. En sendas cuestiones se aplicó la metodología panel Delphi modificado.

Panel Delphi modificado

La literatura científica evidencia que el método Delphi es de gran eficacia para la adaptación transcultural en el campo de las ciencias de la salud^{32,34,35}.

Se utilizó la metodología *panel Delphi modificado o en tiempo real*, denominado enfoque RAND (RAND/UCLA Appropriateness Method cuyo acrónimo es RAM), un híbrido que comienza como el método Delphi pero que posteriormente involucra una reunión cara a cara entre los jueces³⁶.

Esta técnica agiliza la investigación por su dinámica: el proceso tiene lugar en una reunión donde los expertos ya han contestado previamente a un cuestionario de evaluación comparando la versión original y la traducida. Se expone un resumen y se genera un grupo de discusión^{34,37,38} donde se debaten las áreas de acuerdo-desacuerdo y donde se facilita el proceso de clarificación y aproximación de posturas.

Se limita el proceso iterativo a dos rondas con el mismo procedimiento para mantener la implicación de los expertos, estableciendo un marco temporal que asegura su permanencia³⁷.

Criterios de evaluación, consenso y estabilidad

Para la validez de contenido es necesario ser precisos. Se siguieron las recomendaciones de Escobar & Cuervo³⁹ y se diseñó una lista con cuatro categorías (suficiencia, claridad, coherencia y relevancia) para los criterios de evaluación; se debía comparar cada ítem en su versión original con la versión traducida respecto a ellas.

En la evaluación se usó la escala Likert, de 1 a 4 (1 no cumple, 2 bajo nivel, 3 moderado nivel y 4 alto nivel) evitando respuestas intermedias, asegurando el posicionamiento del experto^{7,40} con un apartado para comentarios adjunto.

Para valorar los resultados, se consideraron⁴¹:

- *Consenso*: determina la convergencia de opiniones y principal objetivo del panel Delphi.
- *Estabilidad*: define la consistencia y variabilidad de los valores a lo largo de diferentes rondas y decide la finalización del proceso tras la comparativa realizada entre rondas. Si las variaciones son altas, el consenso será bajo y no habrá estabilidad. Si las variaciones son bajas, el consenso será alto y habrá estabilidad entre las diferentes rondas.

Considerando el número de participantes, su distribución y la evaluación realizada, para obtener apoyo estadístico en las conclusiones extraídas, se determinó en cada ronda el *grado de consenso* entre los jueces empleando indicadores de la estadística descriptiva: mediana, Cuartil 1 (Q1) y Cuartil 3 (Q3), rango absoluto (RA), rango intercuartílico (RIC), rango intercuartílico relativo (RICR) y porcentaje de acuerdo entre jueces. Estos tres últimos fueron los de mayor importancia para determinar dónde se obtuvo consenso.

El RIC se utilizó para calcular la fuerza del consenso. Se estableció consenso en un ítem cuando el valor del RIC en la medida de la primera y la segunda ronda fuera de 0,00. Si fuera de 1,00, si además cumplía que la proporción de respuestas asignadas al valor 4 tuviera un punto de corte de al menos el 60 %, considerando idóneo al menos el 75 %. Cumplido el criterio sobre el RIC, el “nivel de acuerdo o desacuerdo” alcanzado se midió según los siguientes criterios: el consenso sobre un ítem se consideró “fuerte” cuando al menos el 75 % de los encuestados llegó a un acuerdo, el consenso “moderado” cuando estuvo entre el 60 % y el 74 %, y “débil” consenso cuando menos del 60 % estuvo de acuerdo.

El RICR, definido como el rango intercuartílico dividido por la mediana, se utilizó para determinar la estabilidad del proceso. Su variación (VRIR) equivalía al rango intercuartílico de la primera ronda (RI1) menos el rango intercuartílico de la segunda

ronda (RI2).

Cuando la VRIR se encontró entre -0,25 y 0,25 se entendió que se alcanzaba un nivel satisfactorio de estabilidad en la respuesta del grupo.

Se comprobó para finalizar el panel que el porcentaje de respuestas situadas en el intervalo definido por la mediana ± 1 fuera superior al 80 %⁴².

Selección de expertos panel Delphi

El número adecuado de participantes debe favorecer la diversidad de opiniones que enriquezcan la investigación. Se sugiere un grupo de entre 15 y 30 personas donde lo primordial es la heterogeneidad de perspectivas sobre el tema planteado⁴³⁻⁴⁵.

Se consideró indispensable que los expertos fuesen imparciales y que sus contribuciones fueran válidas para el objeto de estudio por su experiencia y conocimientos. Fueron elegidos mediante un muestreo por conveniencia considerando los siguientes criterios de inclusión (biograma)^{46,47}:

- Profesionales con experiencia asistencial o formación en cuidado de la dimensión espiritual en la práctica clínica.
- Profesionales docentes o investigadores en cuidado de la dimensión espiritual en la atención sanitaria.

Para el reclutamiento se les contactó mediante email con texto y vídeo explicativos sobre intencionalidad, desarrollo y finalidad del proceso además de consentimiento informado. Se cumplieron las normas éticas del Comité de Investigación y de la Declaración de Helsinki de 1975 con la revisión de octubre 2000 (<http://www.wma.net/s/policy/b3.htm>). El tratamiento, comunicación y cesión de datos de carácter personal de los/las participantes, se ajustó a la “Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales”.

Aceptaron 27 profesionales (Tabla I).

Rondas de consulta y reuniones *online*

Se les envió la documentación precisa para el análisis:

- Texto original del cuestionario NERSH (inglés).
- Texto traducido del cuestionario NERSH (español).
- Plantilla de evaluación con observaciones y consentimiento informado (Anexo 1).

En la primera ronda se recogieron las respuestas en una base de datos (Excel 2021 v. 18.0, programa de Microsoft 365) para su análisis cuantitativo al igual que se realizó una revisión crítica y análisis cualitativo de sus observaciones.

Se extrajeron los ítems en los que no se llegó a consenso para debatirlas en el grupo de discusión en un primer encuentro síncrono *online* donde se conciliaron las discrepancias aparecidas con el fin de llegar al consenso.

En la segunda ronda de evaluación, solo se analizaron estos ítems con disparidad de criterios.

En una segunda reunión síncrona *online* se discutieron dichos ítems para alcanzar el acuerdo necesario. En esta fase, cuatro expertos revocaron su continuidad en el proceso. Se obtuvo un documento final para su aplicabilidad clínica implementándose todas aquellas sugerencias orientadas a mejorar la claridad, comprensión y orden de los ítems del cuestionario.

Retrotraducción

Realizada por un traductor bilingüe nativo en lengua inglesa familiarizado con la terminología.

Conclusión y aplicabilidad clínica

Se mantuvo contacto constante con los autores del cuestionario NERSH, con sucesivas consultas en relación con aspectos conceptuales enviándoles la retrotraducción para su conformidad.

El documento quedó listo para ser usado en la práctica clínica por parte de profesionales sanitarios en el contexto español.

RESULTADOS

El análisis de los ítems con las categorías establecidas aportó los siguientes resultados (Tabla II):

– Suficiencia:

- Consenso:
 - El valor del RIC en la segunda ronda del panel Delphi fue de 0,00 en 119 ítems (95,2 %).
 - El valor del RIC en la segunda ronda del panel Delphi fue de 1,00 en 6 ítems (4,8 %). Consenso moderado en 5 ítems (4,0 %): 3-17-23-26-28d; y consenso débil en 1 ítem (0,8 %): 4.
- Estabilidad:
 - La VRIR se encontró entre -0,25 y 0,25 en los 125 ítems (100 %), un nivel satisfactorio de estabilidad en la respuesta del grupo.
 - El porcentaje de respuestas situadas en el intervalo definido por la mediana ± 1 fue del 100 %.

– Claridad

- Consenso:
 - El valor del RIC en la segunda ronda del panel Delphi fue de 0,00 en 103 ítems (82,4 %).
 - El valor del RIC en la segunda ronda del panel Delphi fue de 1,00 en 22 ítems (17,6 %). Consenso moderado en 21 ítems (16,8 %): 7-16-20e-20d-20i-21-23-26-29-22c-27.3-28a-28b-28d-28f-29b'-41S10 41S11-41S16-41S25*-41S38; y consenso débil en 1 ítem (0,8 %): 17.

- Estabilidad:
 - La VRIR se encontró entre -0,25 y 0,25 en 118 de los ítems (94,4 %), un nivel bastante satisfactorio de estabilidad en la respuesta del grupo.
 - El porcentaje de respuestas situadas en el intervalo definido por la mediana ± 1 fue del 100 %.

- **Coherencia:**
 - Consenso:
 - El valor del RIC en la segunda ronda del panel Delphi fue de 0,00 en 105 ítems (84,0 %).
 - El valor del RIC en la segunda ronda del panel Delphi fue de 1,00 en 20 ítems (16,0 %). Consenso moderado en todos ellos: 4-6-7-10-17-29-45-28a-28b-28d-28f-29b-29c-45G1-45G3-45G4-45H2-45H4-45H6-45H8.
 - Estabilidad:
 - La VRIR se encontró entre -0,25 y 0,25 en 123 de los ítems (98,4 %), nivel satisfactorio de estabilidad en la respuesta del grupo.
 - El porcentaje de respuestas situadas en el intervalo definido por la mediana ± 1 fue del 100 %.

- **Relevancia:**
 - Consenso:
 - El valor del RIC en la segunda ronda del panel Delphi fue de 0,00 en 112 ítems (89,6 %).
 - El valor del RIC en la segunda ronda del panel Delphi fue de 1,00 en 13 ítems (10,4 %). Consenso moderado en 12 ítems (9,6 %): 2-3-10-17-28a-28b-28d-28f-41S25*-45H4-45H6-45H8; consenso débil en 1 ítem (0,8 %): 4.
 - Estabilidad:

- La VRIR se encontró entre -0,25 y 0,25 en 125 de los ítems (100 %), un nivel satisfactorio de estabilidad en la respuesta del grupo.
- El porcentaje de respuestas situadas en el intervalo definido por la mediana ± 1 fue del 100 %.

DISCUSIÓN

Siguiendo las recomendaciones de la ISPOR (31) y la metodología Delphi modificada^{32,34-38}, se ha realizado la adaptación transcultural del cuestionario NERSH al español.

En el entorno sanitario español, aunque existen escalas que miden la salud espiritual de los pacientes, no es común un cuestionario dirigido específicamente al profesional y que explore la visión respecto a sus valores y su espiritualidad/religiosidad a la hora de abordar estas dimensiones.

Con esta adaptación se facilita la investigación en este sentido y el cuestionario al estar validado en otros idiomas, favorece estudios comparativos a nivel internacional.

Las guías de la ISPOR³¹ recomiendan un equilibrio entre la rigurosidad de la traducción y la comprensibilidad de la versión adaptada del instrumento, incidiendo en la importancia de la selección del grupo de expertos del panel, por lo cual se procuró minimizar el sesgo de selección con los criterios de elección decididos.

Se optó por una metodología panel Delphi modificado por su aplicabilidad práctica (más explícito y reproducible) donde los panelistas tuvieron claros los objetivos desde el inicio, proporcionando una tabla de evaluación para garantizar la rigurosidad. Es más ventajoso que el Delphi convencional, el cual puede alargar el proceso en sucesivas rondas anónimas hasta llegar al consenso, una tarea costosa y ardua para los investigadores y los expertos^{32,33}. Las reuniones de discusión favorecieron el esclarecimiento de dudas, exposición de ideas y recepción de información simultánea, contrastando opiniones y favoreciendo el acercamiento de posturas. Otra ventaja es que la simplicidad de su abordaje estadístico, basado en medidas descriptivas simples, hace que los resultados sean comprensibles para un mayor número de personas³⁴⁻³⁸.

En cuanto a la estructura del cuestionario, se han considerado las recomendaciones de los expertos, revisadas y respaldadas por los autores, invirtiéndose el orden entre los ítems 6 y 7 y suprimiéndose el ítem 28b que se detectó como repetido.

La estabilidad a lo largo del proceso se mantiene, puesto que no hay excesivas variaciones respecto a las respuestas de los panelistas entre la primera y la segunda ronda tras analizar la VRIR, lo cual pone de manifiesto la consistencia en las respuestas aportadas.

Tras el análisis cualitativo, el grado de consenso débil o moderado encontrados, han sido derivados de cuestiones semánticas de adaptación al contexto sociocultural español.

Dichas variaciones se han modificado de manera justificada por la necesidad de adaptar la herramienta a la realidad española, debatidas en las reuniones de discusión tras cada ronda para esclarecer dudas y diferencias. Por ejemplo, existe en el mundo anglosajón la figura del *counsellor* que en nuestro contexto se ajustaría al rol del agente de pastoral, y en los ítems donde se interroga sobre el tipo de formación académica, se ha tenido en cuenta la variabilidad de los planes de estudios entre el país de la versión original y España.

También se han modificado ciertos giros gramaticales y expresiones específicas del idioma original que carecen de sentido en el entorno español, procurando la similitud conceptual.

Como en otros contextos donde el cuestionario NERSH se ha adaptado y al igual que en otras adaptaciones transculturales^{33,48}, la prueba piloto no ha sido realizada en esta investigación, dado que, según refieren diversos autores, puede no ser ejecutada en caso de que existan más versiones en diferentes idiomas que demuestren la verificación empírica de su equivalencia con la versión original, como ocurre en nuestro caso⁴⁹⁻⁵¹.

Son fortalezas de esta investigación las equivalencias semántica y conceptual entre la versión original y la traducida y la estabilidad y el grado de consenso con la participación del grupo de expertos³³, como se ha verificado a lo largo de toda ella con el registro de cada etapa.

LIMITACIONES

Una de las principales limitaciones de las adaptaciones transculturales es que no existe una guía única de cómo debe realizarse en el ámbito sanitario y tampoco hay literatura suficiente al respecto, cuando la existencia de una versión universalmente adaptada a un idioma en particular es de gran importancia para contrastar y comparar resultados^{33,48}.

Aunque el uso de la metodología Delphi es de fácil aplicación y agiliza la investigación, entre sus inconvenientes, la preservación de la confidencialidad y el anonimato del experto se desvela en la reunión de confrontación y aunque se limita la interacción, son posibles los sesgos de influencia. Se exige por otro lado, una alta motivación intrínseca de los participantes para alcanzar unas tasas altas de respuesta con resultados fidedignos, lo que en nuestro estudio se ha producido.

En relación con el cuestionario NERSH en sí, uno de los desafíos a los que se enfrenta la aplicación de esta herramienta es que en interés de explorar de forma exhaustiva estos temas, puede que sea demasiado extensa y poco práctica. Sería conveniente la valoración de una *short versión* para su aplicabilidad en la práctica a considerar por los autores.

Por último, para culminar la investigación la realización de la prueba piloto culminaría la investigación, aunque como se ha comentado, no es de exigencia dado el instrumento elegido para su adaptación^{33,48-51}.

CONCLUSIONES

Esta adaptación transcultural hace que el cuestionario NERSH pueda ser aplicado en el contexto español y ser usado en investigaciones que exploren la perspectiva del profesional en el cuidado de la salud espiritual, tanto en diferentes áreas de la salud, como en comparación con otros entornos culturales sanitarios.

La versión española del cuestionario NERSH obtenida por adaptación transcultural es equivalente a la versión original.

Futuros estudios deberán comprobar su fiabilidad y validez.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean expresar su agradecimiento al grupo de expertos multidisciplinar (medicina, enfermería, psicología, antropología, agentes de pastoral) que ha participado en esta adaptación transcultural por su generosidad y profesionalidad.

ANEXO 1

PLANTILLA DE EVALUACIÓN

❖ FECHA:

EVALUACIÓN

De acuerdo con los siguientes indicadores **califique cada uno de los ítems**, según corresponda. Se valorará cada ítem en función de estos cuatro aspectos principales, puntuados de 1 a 4.

Si quiere realizar alguna observación de algún ítem, hay un espacio reservado al final de la tabla para ello. Especifique, por favor, de cuál se trata al realizar el comentario.

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
SUFICIENCIA Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta	1. No cumple con el criterio 2. Bajo nivel 3. Moderado nivel 4. Alto nivel	1. Los ítems no son suficientes para medir la dimensión 2. Los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total 3. Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente 4. Los ítems son suficientes
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas	1. No cumple con el criterio 2. Bajo nivel	1. El ítem no es claro 2. El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la

	<p>3. Moderado nivel</p> <p>4. Alto nivel</p>	<p>ordenación de estas</p> <p>3. Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem</p> <p>4. El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada</p>
<p>COHERENCIA</p> <p>El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo</p>	<p>1. No cumple con el criterio</p> <p>2. Bajo nivel</p> <p>3. Moderado</p> <p>4. Alto nivel</p>	<p>1. El ítem no tiene relación lógica con la dimensión</p> <p>2. El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión</p> <p>3. El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo</p> <p>4. El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo</p>
<p>RELEVANCIA</p> <p>El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido</p>	<p>1. No cumple con el criterio</p> <p>2. Bajo nivel</p> <p>3. Moderado nivel</p> <p>4. Alto nivel</p>	<p>1. El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión</p> <p>2. El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este</p> <p>3. El ítem es relativamente importante</p> <p>4. El ítem es muy relevante y debe ser incluido</p>

	SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA

SECCIÓN A

1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

SECCIÓN B

11				
12				
13				
13a				
13b				
13c				
13d				
13e				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
19.1				
19.2				

20				
20a				
20b				
20c				
20d				
20e				
20f				
20g				
20h				
20i				
21				
21a				
21b				
21c				
21d				
21e				
21f				
22				
22a				
22b				
22c				
22d				
22e				
23				
24				
25				
25.1				
26				
27				
27.1				
27.2				

27.3				
28				
28a				
28b				
28c				
28d				
28e				
28f				
28g				
29				
29a				
29b				
29c				
29a'				
29b'				
SECCIÓN C				
41				
41 S3				
41 S4				
41 S5				
41 S6				
41 S8				
41 S10				
41 S11				
41 S12				
41 S13				
41 S14				
41 S15				
41 S16				

41 S19				
41 S21				
41 S22				
41 S23				
41 S25*				
41 S26				
41 S28				
41 S33				
41 S34*				
41 S35				
41 S36				
41 S37				
41 S38				
41 S39				
41 S40				
42				
42a				
42b				
42c				
42d				
42e				
42f				
44				
44 F4.2				
44 F4.3				
44 F4.7				
44 F5.1				
44 F5.2				
45				
45 H1				
45 H2				

45 H3				
45 H4				
45 H5				
45 H6				
45 H7				
45 H8				
45 G1				
45 G2				
45 G3				

OBSERVACIONES:

REFERENCIAS

1. de Diego Cordero R, Lucchetti G, Fernández-Vazquez A, Badanta-Romero B. Opinions, knowledge and attitudes concerning “spirituality, religiosity and health” among health graduates in a Spanish university. *J Relig Health*. 2019;58:1592-604.
2. Choi PJ, Curlin FA, Cox CE. Addressing religion and spirituality in the intensive care unit: A survey of clinicians. *Palliat Support Care*. 2019;17:159-64.
3. López-Tarrida ÁDC, de Diego-Cordero R, Lima-Rodríguez JS. Spirituality in a doctor’s practice: What are the issues? *J Clin Med*. 2021;10:5612.
4. Best M, Butow P, Olver I. Why do we find it so hard to discuss spirituality? A qualitative exploration of attitudinal barriers. *J Clin Med*. 2016;5:77.
5. Cordero R de D, Romero BB, Matos FA, Costa E, Espinha DCM, Tomasso C de S, et al. Opinions and attitudes on the relationship between spirituality, religiosity and health: A comparison between nursing students from Brazil and Portugal. *J Clin Nurs* 2018;27:2804-13.

6. Palmer Kelly E, Paredes AZ, Hyer M, Tsilimigras DI, Pawlik TM. The beliefs of cancer care providers regarding the role of religion and spirituality within the clinical encounter. *Support Care Cancer*. 2021;29:909-15.
7. López-Tarrida AC, Ruiz-Romero V, González-Martín T. Cuidando con sentido: la atención de lo espiritual en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional. *Rev Esp Salud Publica*. 2020;94:202001002.
8. Monod S, Brennan M, Rochat E, Martin E, Rochat S, Büla CJ. Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review. *J Gen Intern Med*. 2011;26:1345-57.
9. Koenig HG, Al Zaben F. Psychometric validation and translation of religious and spiritual measures. *J Relig Health*. 2021;60:3467-83.
10. Choi KJ, Tak HJ, Dwyer R, Mousa P, Barreras N, Dawahir W, et al. Moral controversy and working with colleagues with a shared ethical/moral outlook: A national survey of US primary care physicians. *South Med J*. 2019;112:457-61.
11. Ho JQ, Nguyen CD, Lopes R, Ezeji-Okoye SC, Kuschner WG. Spiritual care in the intensive care unit: A narrative review. *J Intensive Care Med*. 2018;33:279-87.
12. Keszei AP, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. *J Psychosom Res*. 2010;68:319-23.
13. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An Sist Sanit Navar*. 2011;34(1):63-72.
14. Cardoso Ribeiro C, Gómez-Conesa A, Hidalgo Montesinos MD. Metodología para la adaptación de instrumentos de evaluación. *Fisioter (Madr, Ed, Impresa)*. 2010;32:264-70.
15. Hvidt NC, Curlin F, Büssing A, Baumann K, Frick E, Søndergaard J, et al. The NERSH questionnaire and pool of data from 12 countries: Development and description. *J Relig Health*. 2022;61):2605-30.
16. Kørup AK, Søndergaard J, Christensen RD, Nielsen CT, Lucchetti G, Ramakrishnan P, et al. Religious values in clinical practice are here to stay. *J Relig Health*. 2020;59:188-94.
17. Kørup AK, Søndergaard J, Alyousefi NA, Lucchetti G, Baumann K, Lee E, et al. The international NERSH data pool of health professionals' attitudes toward

- religiosity and spirituality in 12 countries. *J Relig Health*. 2021;60:596-619.
18. Curlin FA, Lantos JD, Roach CJ, Sellergren SA, Chin MH. Religious characteristics of U.S. physicians: a national survey: A national survey. *J Gen Intern Med*. 2005;20:629-34.
 19. Tomasso C de S, Beltrame IL, Lucchetti G. Knowledge and attitudes of nursing professors and students concerning the interface between spirituality, religiosity and health. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19:1205-13.
 20. Lee E, Zahn A, Baumann K. "religion in psychiatry and psychotherapy?" A pilot study: The meaning of religiosity/spirituality from staff's perspective in psychiatry and psychotherapy. *Religions (Basel)*. 2011;2(4):525-35.
 21. Al-Yousefi NA. Observations of muslim physicians regarding the influence of religion on health and their clinical approach. *J Relig Health*. 2012;51(2):269-80.
 22. Lee E, Baumann K. German psychiatrists' observation and interpretation of religiosity/spirituality. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013;2013:280168.
 23. Ramakrishnan P, Dias A, Rane A, Shukla A, Lakshmi S, Ansari BKM, et al. Perspectives of Indian traditional and allopathic professionals on religion/spirituality and its role in medicine: basis for developing an integrative medicine program. *J Relig Health*. 2014;53:1161-75.
 24. Lee E, Zahn A, Baumann K. Religiosity/spirituality and mental health: Psychiatric staff's attitudes and behaviors. *Open J Soc Sci*. 2014;02):7-13.
 25. Schouten E. Viewpoints and motives on religion and spirituality of professionals in perinatal medicine. Ludwig-Maximilians-Universität München; 2016.
 26. Koenig H, Parkerson GR Jr, Meador KG. Religion index for psychiatric research. *Am J Psychiatry*. 1997;154:885-6.
 27. Büssing A. Spirituality as a resource to rely on in chronic illness: The SpREUK questionnaire. *Religions (Basel)*. 2010;1:9-17.
 28. Büssing A, Rodrigues Recchia D, Surzykiewicz J, Baumann K. Ausdrucksformen der Spiritualität bei Schülern und jungen Erwachsenen: Aspects of spirituality among students and young adults. *Spirit Care*. 2016;5:261-72.
 29. Büssing A, Koenig HG. The BENEFIT through spirituality/religiosity scale--a 6-item measure for use in health outcome studies. *Int J Psychiatry Med*.

2008;38:493-506.

30. Büsing A, Fischer J, Haller A, Heusser P, Ostermann T, Matthiessen PF. Validation of the brief multidimensional life satisfaction scale in patients with chronic diseases. *Eur J Med Res.* 2009;14:171-7.
31. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the translation and Cultural Adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR task force for translation and Cultural Adaptation. *Value Health.* 2005;8:94-104.
32. Varela-Ruiz Margarita, Díaz-Bravo Laura, García-Durán Rocío. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investigación educ. médica.* 2012;1(2):90-5.
33. Lira MT, Caballero E. Adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en salud: historia y reflexiones del por qué, cómo y cuándo. *Rev médica Clín Las Condes.* 2020;31:85-94.
34. Shinnars L, Aggar C, Grace S, Smith S. Exploring healthcare professionals' perceptions of artificial intelligence: Validating a questionnaire using the e-Delphi method. *Digit Health.* 2021;7:20552076211003430.
35. Nasa P, Jain R, Juneja D. Delphi methodology in healthcare research: How to decide its appropriateness. *World J Methodol.* 2021;11:116-29.
36. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD. The rand/UCLA appropriateness method user's manual. Santa Monica, CA: RAND; 1999.
37. Steurer J. The Delphi method: an efficient procedure to generate knowledge. *Skeletal Radiol.* 2011;40:959-61.
38. Donohoe H, Stollefson M, Tennant B. Advantages and limitations of the e-Delphi technique: Implications for health education researchers. *Am J Health Educ.* 2012;43:38-46.
39. Escobar-Pérez J, Cuervo Martínez A, Cuervo-Martínez Á. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Scalahed.com.* Disponible en:
[https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25645w/Juicio de expertos u4.pdf](https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w25645w/Juicio_de_expertos_u4.pdf)

40. Batterton KA, Hale KN. The likert scale what it is and how to use it. *Phalanx*. 2017;50:32-9.
41. von der Gracht HA. Consensus measurement in Delphi studies. *Technol Forecast Soc Change*. 2012;79:1525-36.
42. Hyrkäs K, Appelqvist-Schmidlechner K, Oksa L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *Int J Nurs Stud*. 2003;40:619-25.
43. Dalkey N, Helmer O. An experimental application of the DELPHI method to the use of experts. *Manage Sci*. 1963;9:458-67.
44. Piñeiro EM. La Técnica Delphi como estrategia de consulta a los implicados en la evaluación de programas. *Rev Investig Educ*. 2003;21:449-63.
45. Boulkedid R, Abdoul H, Loustau M, Sibony O, Alberti C. Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. *PLoS One*. 2011;6:e20476.
46. Almenara JC, del Carmen Llorente Cejudo M. La aplicación del juicio de experto como técnica de evaluación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC). *Eduweb*. 2013;7:11-22.
47. Garrote PR, del Carmen Rojas M. La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. *Revista Nebrija LA*. 2015;18:124-39.
48. Yao M, Wang Q, Li Z, Yang L, Huang P-X, Sun Y-L, et al. A systematic review of cross-cultural Adaptation of the Oswestry Disability Index. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2016;4:E1470-8.
49. Lucchetti G, Ramakrishnan P, Karimah A, Oliveira GR, Dias A, Rane A, et al. Spirituality, religiosity, and health: A comparison of physicians' attitudes in Brazil, India, and Indonesia. *Int J Behav Med*. 2016;23:63-70.
50. Osório IHS, Gonçalves LM, Pozzobon PM, Gaspar Júnior JJ, Miranda FM, Lucchetti ALG, et al. Effect of an educational intervention in "spirituality and health" on knowledge, attitudes, and skills of students in health-related areas: A controlled randomized trial. *Med Teach*. 2017;39):1057-64.
51. Guillemin F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scand J Rheumatol*. 1995;24:61-3.

Figura 1. Etapas de la adaptación transcultural.

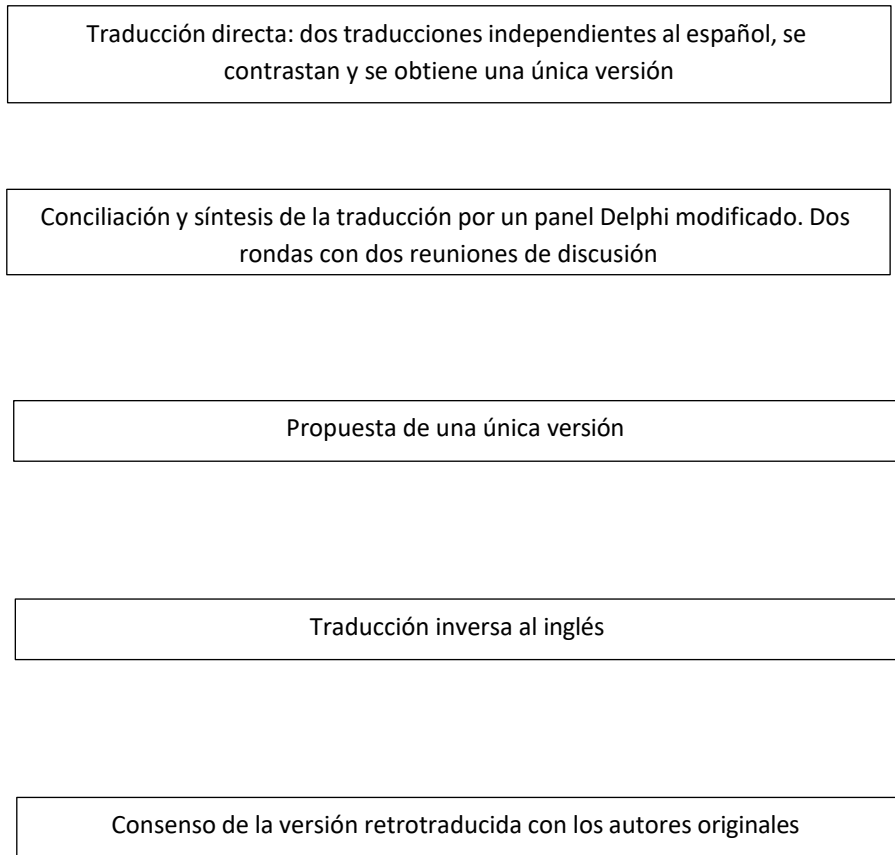


Tabla I. Características de los expertos.

Código	Formación académica	Género	Área de experiencia profesional	Organismo o Institución a la que pertenece	Lugar de trabajo	Ocupación
6636	Doctor	Mujer	Investigación y docencia	Público	Hospital	Medicina
8635	Doctor	Mujer	Investigación y docencia	Concertado	Universidad	Antropología
4273	Licenciatura	Mujer	Asistencial	Público	Hospital	Psicología
0748	Licenciatura	Mujer	Asistencial	Público	Hospital	Psicología
2807	Licenciatura	Mujer	Asistencial	Público	Hospital	Psicología
9440	Doctor	Mujer	Investigación	Público	Universidad	Enfermería
5074	Diplomatura	Mujer	Asistencial	Público	Hospital	Enfermería
1082	Diplomatura	Hombre	Asistencial	Público	Hospital	Enfermería
1117	Diplomatura	Hombre	Asistencial	Público	Hospital	Enfermería
8780	Licenciatura	Mujer	Investigación y docencia	Público	Universidad	Medicina
4289	Doctor	Mujer	Investigación y docencia	Público	Universidad	Enfermería
7559	Doctor	Mujer	Asistencial, investigación y docencia	Público	Universidad, hospital	Enfermería
3264	Diplomatura	Hombre	Asistencial	Público	Hospital	Enfermería
4763	Doctor	Hombre	Asistencial, investigación y docencia	Público	Hospital	Medicina
7383	Licenciatura	Mujer	Asistencial	Público	Hospital	Medicina
2185	Doctor	Mujer	Asistencial	Público	Hospital	Medicina
9842	Doctor	Mujer	Asistencial	Público	Hospital	Medicina
3654	Licenciatura	Mujer	Asistencia y docencia	Público	Hospital	Medicina
4527	Licenciatura	Mujer	Asistencial	Público	Hospital	Medicina
8331	Licenciatura	Hombre	Asistencial	Concertado	Hospital	Medicina
4380	Licenciatura	Hombre	Asistencial	Concertado	Hospital	Medicina
4923	Licenciatura	Hombre	Asistencial	Público	Hospital	Medicina

4302	Licenciatura	Hombre	Asistencial y docencia	Publico	Atención Primaria	Medicina
0314	Doctor	Hombre	Asistencial y docencia	Concertado	Hospital	Medicina
1824	Licenciatura	Hombre	Asistencial	Público	Hospital	Medicina
2207	Diplomatura	Hombre	Asistencial	Público	Hospital	Ciencias religiosas
0885	Diplomatura	Mujer	Asistencial	Público	Hospital	Educación social

Tabla II. Resultados, consenso, estabilidad.

Indicadores	Consenso			Estabilidad	
	RI en Delphi 2 = 0	RI en Delphi 2 = 1		VRIR entre -0,25 y 0,25	% Respuesta intervalo mediana ± 1
		Consenso moderado	Consenso débil		
Suficiencia	126 (95,5 %)	5 (3,8 %)	1 (0,7 %)	132 (100 %)	132 (100 %)
Claridad	109 (82,6 %)	23 (17,4 %)	1 (0,7 %)	122 (92,4 %)	132 (100 %)
Coherencia	108 (81,8 %)	24 (18,2 %)	0 (0,0 %)	130 (98,5 %)	132 (100 %)
Relevancia	119 (90,2 %)	12 (9,1 %)	1 (0,7 %)	132 (100 %)	132 (100 %)

“More Spiritual Health Professionals Provide Different Care”: A Qualitative Study in the Field of Mental Health

Authors:

ROCÍO de Diego-Cordero (rdediego2@us.es)¹

ÁNGELES C. López-Tarrida (angelacarmen.lopez@sjd.es)²

CARMEN Linero-Narváez (carmenlineronarvaez@gmail.com)¹

JOSÉ MARÍA Galán González-Serna (jgalan2@us.es)³

1 Faculty of Nursing, Physiotherapy and Podiatry, University of Seville, 41009 Seville, Spain

2 Department of Critical Care and Emergency, Hospital Saint John of God Aljarafe, Hospitaller Order of Saint John of God, 41930 Bormujos, Spain

3 Sant Joan of God Center of Nursing, University of Seville, Health Sciences Teaching and Research Campus San Juan de Dios, 41930 Bormujos, Spain

Published in *Healthcare* in 19th January 2023, *Healthcare* 2023, 11(3), 303;

Factor de impacto de la revista JCR	3,16
Categoría del factor de impacto	HEALTH CARE SCIENCES & SERVICES
Cuartil	Q2
Información extraída Portal de Acceso a la Web of Knowledge (fecyt.es)	

Factor de impacto de la revista SJR	0,53
Categoría del factor de impacto	Medicine Health Policy
Cuartil	Q1
Índice H	23
Información extraída Journal of Clinical Medicine (scimagojr.com)	

Article

“More Spiritual Health Professionals Provide Different Care”: A Qualitative Study in the Field of Mental Health

Rocío de Diego-Cordero ¹, Ángeles C. López-Tarrida ², Carmen Linero-Narváez ¹
and José María Galán González-Serna ^{3,*}

¹ Faculty of Nursing, Physiotherapy and Podiatry, University of Seville, 41009 Seville, Spain

² Department of Critical Care and Emergency, Hospital Saint John of God Aljarafe, Hospitaller Order of Saint John of God, 41930 Bormujos, Spain

³ Sant Joan of God Center of Nursing, University of Seville, Health Sciences Teaching and Research Campus San Juan de Dios, 41930 Bormujos, Spain

* Correspondence: jgalan2@us.es

Abstract: In recent years, there has been an exponential increase in studies demonstrating the positive effects of the religiosity/spirituality (R/S) approach on patients’ physical and mental health. In mental health units, patients want professionals to be sensitive to their spiritual and/or religious needs, which is a fundamental aspect of a holistic approach to patients. Qualitative research with an exploratory and descriptive design with an ethnographic-phenomenological approach through in-depth interviews with sixteen professionals from Spanish mental health units. There is no consensus on the definition of spirituality; however, all of them believe that R/S has a positive influence on the health of patients in coping with illness. They believe that their own R/S may interfere with the professional–patient relationship and their attention to spiritual needs. Few professionals address these needs, citing limitations such as lack of time and lack of specific training in spiritual care. More research is needed on the spiritual care of mental health professionals to define the framework, professional training, and associated challenges in the spiritual care of patients.

Keywords: mental health; spiritual care; spiritual needs; spirituality; religiosity



Citation: de Diego-Cordero, R.; López-Tarrida, Á.C.; Linero-Narváez, C.; Galán González-Serna, J.M. “More Spiritual Health Professionals Provide Different Care”: A Qualitative Study in the Field of Mental Health. *Healthcare* **2023**, *11*, 303. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030303>

Academic Editor: Klara Komici

Received: 6 December 2022

Revised: 11 January 2023

Accepted: 17 January 2023

Published: 19 January 2023



Copyright: © 2023 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

Although there is no generally accepted concept, spirituality is often seen as a dynamic and inherent dimension of being human, related to the ways in which people (understood as individuals or communities) feel, express, and/or seek meaning, purpose, and transcendence, and the ways in which they connect with self or relate to others, nature, or the sacred [1].

It is this meaning that most separates from religiosity, spirituality being understood as a broader idea. The two concepts are not mutually exclusive and can coincide, overlap, or exist separately [2]. In this way, religion can be defined as the set of beliefs, rules, practices, or rituals related to the transcendent that develops in a community [3].

In recent years, studies addressing the relationship between spirituality and health have increased exponentially [4]. Numerous research studies have shown the positive effects of a religiosity/spirituality (hereafter R/S) approach on the physical and mental health of patients [5]. Spirituality can be developed as a source of strength that promotes quality of life and adaptation to illness [6].

In this context, addressing the spiritual needs of patients and their families in mental health units is of great value. Numerous studies have already confirmed the importance and benefits obtained through spiritual care in these units, showing positive effects on anxiety/depression levels, a lower tendency to suicide or substance use, and improvements in coping with illness [5,7–9].

Despite the evidence, few professionals currently include the spiritual dimension in their clinical practice [10]. Due to this situation, there is a deficit in spiritual care, even though most patients want a greater incorporation of the spiritual dimension in medical discussions [11]. Several studies have analyzed the different barriers detected by professionals to including this care, highlighting among them lack of time, lack of training, terminological confusion, and fear of offending the patient [12–14].

It should be noted that patients with mental disorders in their acute processes may have alterations in their perceptions, and cases of delusions related to their R/S are frequently described. With all this, adding to the lack of training of professionals and their doubts about the benefits they can obtain, it can be said with the available evidence that the approach to spiritual care in mental health remains a taboo subject [15].

R/S and psychiatry have historically had a complicated relationship, influenced by beliefs, misinterpretations, and the dominance of the biomedical model. They should be seen as allies since spiritual well-being plays a fundamental role in both mental and physical health, with distorted or healthy faith or spirituality having very different effects on patients' lives. Patients want mental health professionals to respect and be sensitive to their spiritual or religious beliefs and practices, and spiritual care is a fundamental aspect of a holistic approach to the mental health patient [16].

In this context, it becomes evident that more research is needed to understand the qualitative experiences of mental health professionals towards spiritual care to define practice, professional training, and associated challenges in the spiritual care of patients [14].

To fill this gap, this study aims to investigate the perceptions, knowledge, and attitudes of professionals working in mental health units in Spain about the spiritual needs of patients and families and the spiritual care provided during their clinical practice.

2. Materials and Methods

2.1. Design

A qualitative, exploratory, and descriptive study design with an ethnographic-phenomenological approach was carried out. This study was registered in OSF (identifier: DOI 10.17605/OSF.IO/HQN4P).

This approach is characterized by (a) a conceptual model provided by the researchers; (b) a discrete group or collective perspective; (c) being issue-oriented within a particular setting; (d) using a limited sample of participants who may also have specific knowledge; and (f) occasional participant research [17].

Data collection consisted of in-depth interviews conducted by four researchers (three nurses and one physician) with experience in spiritual care and different publications in the field of spirituality and health, from November 2021 to February 2022.

2.2. Sample

Participants working in mental health care units in public and/or private hospitals in Spain were included.

All religious staff in health centers, health professionals working in other services or units, as well as non-health professionals, were excluded.

2.3. Data Collection

The sample was collected through non-probability sampling, firstly, by convenience, since the sample of professionals from a specific field of the population of interest is chosen without using statistical criteria for their selection by using the professional and personal contacts of the researchers.

To increase the number of participants, a snowball sampling procedure was also used, with the aim of achieving a more diverse sample in terms of professional positions, experience, and age.

The researchers contacted the participants by telephone, applying the eligibility criteria. Interviews were conducted by the four researchers, face-to-face, lasting approximately

40–50 min, which were subsequently recorded and transcribed for analysis. Data collection continued until saturation was reached.

2.4. Instrument

An interview script with open-ended questions divided into five sections was used. This interview guide is presented in Appendix A. The first two sections cover the socio-demographic characteristics and the characteristics of the spiritual dimension of the participants. The third section deals with the views, attitudes, and barriers to addressing patients' R/S in clinical practice and the influence of R/S on patients' health; the fourth section assesses the R/S care of the mental health patient; and the fifth section assesses professionals' views on academic training and teaching.

2.5. Data Analysis

The interviews were transcribed verbatim and read in depth. Categorization based on the findings was carried out using Nvivo Version 12 software, focusing on persistent or emerging concepts and similarities/differences in participants' statements and comparisons. These coded data were examined individually and then compared with other participants' data to develop categories.

To guarantee the quality of the analysis, data triangulation was carried out, including participants with different socio-demographic characteristics, and the triangulation of data analysis through the four researchers. For their identification, the discourses were denoted as follows: participant number, gender, age, and professional category.

2.6. Validity

This research followed the EQUATOR Research Checklist, specifically the guide used to evaluate qualitative articles: Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups [18]. These reporting guidelines are presented in Table A2.

Methods used to enhance the validity of this qualitative study included triangulation of data (including participants with different socio-demographic characteristics) and triangulation of data analysis by different researchers.

2.7. Ethical Considerations

The study received acceptance from participants who were invited to participate voluntarily by the researchers, receiving prior information about the project and signing the informed consent for their participation. The information included the possible risks of the study and explanations about the right to refuse to answer questions and/or to terminate the interviews at any time. In addition, participants were informed that the interviews would be audio-recorded, quoted anonymously in publications, and that all personally identifiable information would be withheld. Furthermore, verbal consent was obtained from participants. The study was approved by the Research Ethics Committee of Andalusia, Spain (code:0731-N-19).

3. Results

3.1. Sociodemographic Characteristics of the Sample

The sample consisted of a total of 16 professionals: 8 nurses, 3 psychiatrists, 1 teacher, and 4 psychologists. Of these, 56.25% were women and 43.75% were men, with an average age of 45.9 years (range 24 to 63 years), all of them Spanish, and with an average of 20.25 years of professional experience.

Nine participants work in the mental health services of the "XX" to keep the paper blind (56.25%) in Seville (43.75%), Malaga (37.5%), and Madrid (18.75%). Regarding their spiritual and religious beliefs, 50% of the total sample defined themselves as spiritual and religious (all of them Catholics), 37.5% as spiritual but not religious, and 12.5% as religious but not spiritual.

Of the professionals in the sample, 93.75% received postgraduate training; however, only 25% of these received specific training related to the approach to spirituality. The socio-demographic characteristics of the sample are presented in Table 1.

Table 1. Socio-demographic characteristics of the sample.

Gender			
Variable	Absolute Value	Percentage	
Female	9	56.25%	
Male	7	43.75%	
Ethnicity			
Variable	Absolute Value	Percentage	
White/European (Spanish)	16	100.00%	
Marital Status			
Variable	Absolute Value	Percentage	
Single	5	31.25%	
Married	9	56.25%	
Separated	2	12.50%	
City of residence			
Variable	Absolute Value	Percentage	
Seville	7	43.75%	
Málaga	6	37.50%	
Madrid	3	18.75%	
University degree			
Variable	Absolute Value	Percentage	
Nurses	8	50.00%	
Psychiatrists	3	18.75%	
Psychologists	4	25.00%	
Teachers	1	6.25%	
Postgraduate training			
Variable	Absolute Value	Percentage	
Yes, R/S related	4	25.00%	
Yes, not related to R/S	11	68.75%	
No	1	6.25%	
Hospital service			
Variable	Absolute Value	Percentage	
Saint John of God Hospitaller Order (Mental health unit)	9	56.25%	
Therapeutic Community Hospital del Tomillar Intensive Community	6	37.50%	
Mental Health Programme Hospital el Tomillar	1	6.25%	
Religious affiliation			
Variable	Absolute Value	Percentage	
Spiritual and Religious	8	50.00%	
Spiritual, but not religious	6	37.50%	
Religious, but not spiritual	2	12.50%	
Neither spiritual nor religious	0	0.00%	

Average age: 45.93 years; average number of years of professional experience: 20.25 years.

The analysis yielded three main themes that are reflected in the following categories: “Addressing spirituality in clinical practice and its influence on health”, “Barriers to providing spiritual care in mental health”, and “Training in spiritual care for health professionals”.

3.2. Addressing Spirituality in Clinical Practice Its Influence on Health

The entire sample has heard the term spiritual health at some time; however, there is no consensus on the definition of spirituality.

Some of the participants would not even know how to describe it (P-9, male, 63 years old, nurse: “well, frankly I don’t know”; P-5, woman, 56 years old, nurse: “well, I really wouldn’t know how to explain it”), however, most of them related it to people’s values or beliefs (P-12, man, 24 years old, nurse: “I understand it a little bit in terms of people’s values or beliefs”; “I understand it a bit directed to the patient’s situation at the moment they are in and how all that affects their values, their beliefs, their training, their education, all that that implies”), well-being and self-care (P-3, female, 45 years old, nurse: “the patient’s wellbeing according to their religious or spiritual beliefs”; P-7, female, 28 years old, nurse: “I think it is the wellbeing of beliefs”), state in which one feels good with oneself (P-1, woman, 32 years old, psychologist: “I understand that it is a state in which one feels good with oneself, where one finds a state of acceptance and tranquility, of not judging oneself, for me that is the spiritual part...to look for the meaning that it has for each one and to strengthen that in each person”), or they identified it as another need of the human being (P-10, man, 50 years old, nurse: “as another need of the person, when they come here to be admitted, the same as there is a physiological need for psychological health, there is also the need for transcendence”).

All professionals believe that R/S influences the health of patients in some way, relating it in a positive way to coping with the illness:

P-4, male, 50 years old, teacher: “I think so, above all in the acceptance of the illness...with the illness you have to reconcile yourself, with the illness you have to pray and if the person is a believer or, even if they are not, well I think that spiritual help is going to help them to cope with that illness and that increase in the ordeal of suffering that person has at that moment”.

P-1, woman, 32 years old, psychologist: “Well, and sometimes there are those who understand and accept their illness with religion, so I think that religion and spirituality do help them to cope with mental illness many times”.

Furthermore, they believe that their own R/S may interfere with the professional-patient relationship and willingness to address their spiritual needs, stating that those who care for their own spirituality establish and provide better spiritual care:

P-14, male, 52, psychiatrist: “The spirituality of the health professional influences the therapeutic relationship, I am convinced, the more spiritual health professionals provide different care... I believe that a more spiritual person is going to be more receptive, let’s say to the spiritual demands of the patient”.

P-5, female, 56, nurse: “We have colleagues who are very spiritual and for example, they have a way of implanting, of communicating or seeing things in a different way”.

Despite this, they do not feel the desire to address the spiritual needs of their patients, doing so on an ad hoc basis when they detect spiritual distress.

P-3, female, 45, nurse: “I don’t feel the desire, but if I detect it or if the subject is brought up, I address it openly”.

P-11, female, 55, psychologist: “When I detect a very clear spiritual need, I usually turn to the pastoral worker to address it”.

Moreover, none of them has considered addressing the spirituality of the relatives of mental health patients, although many of them consider that it would be very interesting and that they should improve this aspect:

P-12, male, 24, nurse: “I haven’t thought about it, but I do think it is an area that needs to be worked on and explored a lot”.

3.3. Barriers to Providing Spiritual Mental Health Care

During the interviews, most of the professionals (n = 14) reported that they felt difficulties or barriers that discouraged them from discussing R/S with their patients,

stating also that there are possibilities to improve the spiritual care of mental health patients, relating the latter to an improvement in the specific training of the professionals working in these units. Among the most frequently mentioned barriers are lack of time, related to work overload and lack of staff, and lack of training.

P-2, man, 57 years old, psychiatrist: "For me the main barrier is time, and there are also barriers that are a little more personal, that is, whether or not the person feels able to enter into this type of approach."

P-7, female, 28, nurse: "If we were given the possibility to spend more time with patients, to dedicate more time to them, and, well, to provide more professionals".

P-1, female, 32, psychologist: "Time, means and people, because sometimes I think that spiritual activities need time not only to try them out, but also to think about them and approach them".

Other difficulties identified were the fear of not knowing how to control the situation (*P-12, woman, 45 years old, nurse: "I see it as a taboo area, which is respected but better to leave it... unless they address it but without me entering"*), the existing stigma when addressing the subject, (*P-8, man, 45 years old, nurse: "There is a lot of stigma, even among health professionals, mental health patients are not given the same treatment or credibility, with their mental illness weighing more heavily than other aspects of their health"*), the difficulty in identifying the need to address this dimension (*P-10, man, 50 years old, nurse: "when a problem of these characteristics is presented to you, look the other way... and this may be present in some professionals in the sector because they are issues that perhaps make us uncomfortable and we prefer to say well this for another professional in another field and I'll forget about it"*), or the lack of professional experience (*P-4, man, 50 years old, teacher: "the truth is that you find inexperienced people who come to work in the centers who have not being yet ingrained the concept that a person's wellbeing lies in physical, psychological, social and spiritual development"*).

Only two of the participants stated that there are currently no barriers or difficulties in providing spiritual care to mental health patients.

When asked if they would know how to improve or eliminate these barriers or difficulties, a minority stated that they would not know how to do so, and the rest of them highlighted, as possible measures, the training of professionals (*P-15, woman, 45 years old, psychologist: "training professionals so that they can explore and help patients to develop their spiritual dimension"*), and an increase in resources or the transition from the classic biological model so deeply rooted in our system to a holistic model that considers the psychological, social or spiritual sphere of the patient (*P-16, woman, 40 years old, nurse: well to base ourselves on the theory of holistic care. We are biological, spiritual, emotional, and psychological beings, I mean everything is important"*).

Most of them consider that the resources that exist to address the spirituality of patients are scarce or unknown to the professionals (*P-5, woman, 56 years old, nurse: "because if we don't even know what resources I can access or how, we are probably using many tools without knowing that we are using them or not using others that we have available"*), limiting themselves to the possibility of contacting a chaplain on those occasions when the patient or their relatives request it (*P-16, woman, 40 years old, nurse: "The resources that exist well if they are rather scarce or are not known by society...and the devices that can be useful well in hospitals there is the attention of the chaplain or masses"*).

3.4. Spiritual Care Training for Health Professionals

The lack of preparedness to address religious/spiritual aspects of mental health patients is a common statement shared by the professionals in the sample:

P-5, female, 56 years old, nurse: "Failed, a 3 or 4. We are trained on many things, on how to administer medication, for that we are always much better trained. Very little training is dedicated to these things and for us I think it is fundamental in Mental Health".

The majority of professionals (n = 14) consider it useful for spiritual/religious care to acquire a greater value within university education, stating that there is no need for a specific subject, but rather for it to be a cross-cutting subject during the degree (P-7, woman, 28 years old, nurse: "I think it could be a cross-cutting subject, it could fit into many subjects and be remembered throughout the years").

They also state that training in spiritual care is very important for their work in mental health:

P-16, female, 40, nurse: "Well, it is very important, as I said before, the human being is everything, bio-psycho-social and spiritual, and there are many things that have not been taken into account, and there are many spiritual crises, and we are not aware that our users have them".

4. Discussion

This study aimed to describe the perceptions, knowledge, and attitudes of mental health care professionals regarding the spiritual needs of patients and their families about the spiritual care they provide in their clinical practice.

The results indicate that there is no consensus among the participants on the definition of spirituality, mainly due to terminological confusion with the concept of religiosity; however, they all believe that R/S influences patients' health in some way, relating it positively to coping with illness. Furthermore, they believe that their own R/S may interfere with the professional–patient relationship and their willingness to address their spiritual needs. Yet, few professionals regularly address the spiritual needs of their patients. Most professionals reported that they experience difficulties or barriers that discourage them from discussing R/S with their patients, especially a lack of time and specific training.

Regarding the approach to spirituality in clinical practice and its influence on health, despite the diverse religious affiliations of the participants, all the professionals interviewed believed that R/S influences patients' health in some way, relating it positively to coping with mental illness. Several studies reflect this finding, showing a significant correlation between patients' approaches to spirituality and an improvement in coping with illness and in physical, social, psychological, and spiritual quality of life. The study by Camargos et al., 2015 [19], conducted in Brazil with a sample of 1050 participants (525 healthcare professionals and 525 cancer patients), reveals that 94.1% of patients considered it important for healthcare professionals to ask them about their spiritual beliefs, and 98.3% of healthcare professionals agreed that spiritual care was necessary for patients. They also compared levels of quality of life between patients receiving only curative treatment and those receiving palliative care that included a spiritual approach, with the latter having higher levels of social and psychological quality of life. Similarly, a meta-analysis by Xing et al., 2018 [20] of seven studies with 1134 patients (575 in the intervention group and 559 in the control group), reported the effect of spiritual interventions on the spiritual well-being of cancer patients after treatment, indicating a statistically significant difference in the effects obtained on the well-being of patients included in the intervention group. The study by Jongkind et al., 2019 [21], in patients with depression, reveals that those patients who use religion as a method of coping with their illness have lower rates of suicidal ideation and better control of their mental illness/disorder/pathology, compared to those patients who are neither religious nor spiritual.

On the other hand, participants believe that their own R/S may interfere with the professional–patient relationship and their willingness to address their spiritual needs, stating that those who take care of their own spirituality establish and provide better spiritual care. This finding is described by other studies, in which those professionals who have a more developed spirituality spend more time addressing the spiritual needs of their patients, establishing a symmetrical professional–patient relationship, and offering greater opportunities for dialogue about their spiritual interests [22–25]. In a study of nurses working in a mental health unit, nurses described their own spiritual/religious characteristics as significant factors for spiritual care, with those nurses who saw themselves

as 'spiritual and religious' providing spiritual care more frequently than those who saw themselves as 'spiritual but not religious' [26].

The results of our study showed that most professionals are in favor of incorporating the spiritual dimension into clinical practice; however, few professionals currently include spiritual care in their daily care, mostly on those occasions when they detect spiritual distress. Despite increasing research in the field of spirituality and recognition by professionals of spiritual practices, little attention is paid to the spiritual approach in clinical practice or professional training due to the entrenchment of the biomedical model in our health care system [27]. As a result, there is a deficit in spiritual care, even though most patients desire greater incorporation of the spiritual dimension in encounters with healthcare professionals [11,28,29].

About barriers to providing spiritual care in mental health, fourteen of the sixteen participants stated that they experience difficulties that discourage them from discussing R/S with their patients, including lack of time, lack of training, fear of not knowing how to manage the situation, stigma attached to addressing the issue, and difficulty in identifying the need. Most participants reported a lack of time as one of the main perceived barriers to spiritual care. This finding is identified in several studies [13,30–32]. Notable among these is the study by Chen et al., 2017 [33], in which eighteen nurses in Singapore were interviewed, all of them recognizing a lack of time as the main barrier to addressing the spiritual needs of their patients. Most of them felt that physical medical care is prioritized over psychosocial care, expressing that spiritual care is only provided at times when "there was extra time".

A more recent study, conducted during the pandemic by COVID-19 on a sample of 19 nurses working in intensive care units and emergency departments in Spain, showed that nurses were responsible for providing spiritual care to their patients [34]. In general, they believed that R/S was an essential aspect of helping patients cope with illness in these units; however, they did not feel empowered to provide adequate spiritual care in these crisis situations. As in our study, nurses cited several barriers, such as lack of time and training [35].

Looking at the other barriers, in a study of a sample of 279 clinical social workers, almost half of them stated that they waited for patients to initiate dialogue related to their religious and/or spiritual interests for fear of offending the patient, because they felt uncomfortable, or because they considered addressing this need a taboo subject or belonging to the patient's most intimate sphere [36].

Most participants felt that the resources that exist to address patients' spirituality are scarce or unknown to professionals, being limited to the possibility of contacting a chaplain on those occasions when the patient or family members request it. The study by Siler et al., 2019 [37] in the USA, in a sample of nineteen healthcare professionals, described how participants most frequently turned to the chaplain to offer spiritual support to patients, particularly when they did not feel comfortable in the clinical encounter, did not know how to address the spiritual dimension, or felt that they were not comfortable with the spiritual dimension. Similarly, another study described how practitioners turned to the chaplain when patients or family members brought up uncomfortable religious or spiritual issues [38].

In line with the findings described above, when asked whether they would know how to improve or eliminate these barriers or difficulties, a minority of the professionals interviewed stated that they would not know how to do so, while the rest highlighted as possible measures specific training, an increase in resources, or a shift from the classic biological model so deeply rooted in our system to a comprehensive model that considers the psychological, social, and spiritual sphere of the patient. The struggle for the humanization of care in health centers is currently on the rise, and it is Jean Watson who contributes this more humanized vision in his Theory of Human Care, advocating integral patient care: "Faced with the risk of dehumanization in patient care, due to the great administrative restructuring of most health care systems in the world, it is necessary for nursing profes-

sionals to rescue the human, spiritual and transpersonal aspect in clinical, administrative, educational and research practice” [39].

Regarding training in spiritual care for health professionals, another of the main issues referred to by the interviewees is the lack of training as the main limitation for an adequate approach to the spiritual needs of patients in mental health units. As referred to in research carried out and published on the subject, this is the main gap reported by health professionals, regardless of the clinical context in which the studies have been conducted [23,40].

In turn, there is a range of research highlighting patients’ desires for their caregivers to talk to them about their spiritual and/or religious beliefs [11,28,29]. Following this line, the study by Kichenadasse et al., 2017 [41], in a sample of 69 physicians, described that most of the professionals interviewed had encountered patients who expressed spiritual needs during clinical consultations; however, only a minority of them perceived that they could meet the spiritual needs of their patients, stating the lack of training as the main barrier, as only a small percentage stated that they had received education in this regard during their professional development. Furthermore, different studies highlight that nurses, compared to physicians, tend to be more sensitive and more willing to address the spiritual needs of patients, related to the higher percentage of nurses who have received university training in spiritual care compared to physicians [42,43]. Different studies point to the considerable benefits of incorporating R/S subjects in the curricula; future professionals feel better prepared and more comfortable to approach and provide spiritual care, improving the assessment and holistic care of patients. Another study conducted on Spanish students identified how many of them felt underprepared to address the spiritual needs of patients, believing that universities are not providing enough training on spiritual care in clinical practice. In addition, nursing students tended to believe more in the influence of R/S on patients’ health and the appropriateness of addressing religious and spiritual issues [10,35].

A clinical trial provided training in spiritual care to nurses from different services in a Rotterdam hospital, showing that after the training, the patients cared for were more supportive and responsive to their spiritual needs. There were also significant changes in nurses’ attitudes and knowledge, as well as improvements in clinical practice, when documenting and addressing patients’ spiritual needs and considering referrals and help from other professionals [44].

Adequate training provides tools for spiritual care for both practitioner and patient and has been shown to be of paramount importance [11,45]. Training in spiritual care is a fact of great relevance for providing adequate spiritual care, as this training has a positive impact on holistic and humanized care [20,46–48].

The inclusion of spiritual care in academic curricula, in a regulated way and adjusted to the training of the future professional, affects the clinical relationship and decision making in practice [22]. Previous proposals confirm the existing interest in improving this circumstance [3,49,50].

5. Conclusions

The spiritual and/or religious sphere is considered an essential dimension of patient care in mental health units, as observed in the opinions and perceptions of the Spanish professionals included in this study. However, lack of specific training and lack of time are important barriers detected by professionals for the provision of spiritual care in mental health units.

Lack of adequate training in spiritual care has been identified as an important predictor in addressing the spiritual dimension, as although most professionals encounter patients with spiritual needs, only a minority perceive that they are able to meet them due to lack of training during their professional apprenticeship.

Further research on spiritual care is needed to understand the qualitative experiences of mental health professionals towards spiritual care to define practice, practitioner training, and associated challenges in the spiritual care of patients.

Relevance to Clinical Practice

Therefore, conducting future interventions focused on providing mental health unit professionals with the skills and support to improve their ability to integrate spiritual care into clinical care will improve health outcomes.

For this, more research is necessary to know the true current situation in relation to the spiritual care currently provided by professionals in the field of mental health and thus be able to implement effective actions in this field.

What does this paper contribute to the wider global clinical community?

- There is a lack of attention to mental health in terms of spirituality, even though its correlation with mental health and its potential benefits have been widely demonstrated.
- The spiritual dimension of care remains a challenging task for the modern health system.
- More research is needed around spirituality and mental health to push the uncharted limits and give visibility to its multiple functionalities.

Author Contributions: Conceptualization, R.d.D.-C. and C.L.-N.; methodology, R.d.D.-C. and C.L.-N.; software, R.d.D.-C. and C.L.-N.; validation, R.d.D.-C. and C.L.-N.; formal analysis, R.d.D.-C., Á.C.L.-T. and C.L.-N.; investigation, R.d.D.-C., Á.C.L.-T., C.L.-N. and J.M.G.G.-S.; resources, R.d.D.-C., Á.C.L.-T. and C.L.-N.; data curation, R.d.D.-C., Á.C.L.-T. and C.L.-N.; writing—original draft preparation, R.d.D.-C., Á.C.L.-T. and C.L.-N.; writing—review and editing, R.d.D.-C., Á.C.L.-T., C.L.-N. and J.M.G.G.-S.; visualization, R.d.D.-C., Á.C.L.-T., C.L.-N. and J.M.G.G.-S.; supervision, R.d.D.-C., Á.C.L.-T., C.L.-N. and J.M.G.G.-S.; project administration, R.d.D.-C., Á.C.L.-T., C.L.-N. and J.M.G.G.-S. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Funding: This research received external funding from Sant Joan of God Center of Nursing, University of Seville, Health Sciences Teaching and Research Campus San Juan de Dios, 41930 Bormujos, Spain.

Institutional Review Board Statement: The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki, and approved by the Research Ethics Committee of Andalusia, Spain (Code: BLINDED FOR PEER REVIEW).

Informed Consent Statement: Informed consent was obtained from all subjects involved in the study. All participants received written and oral information about the study, including the right to withdraw and a guarantee of anonymity. Data was anonymized by removing names/locations and by changing details. Interview transcripts and audiotapes have been kept in locked files.

Data Availability Statement: The data presented in this study are available on request from the corresponding author.

Acknowledgments: Acknowledgement of the generosity of nurse Paola Suárez Reina for her contribution and support in carrying out this study.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflict of interest. The funders had no role in the design of the study; in the collection, analyses, or interpretation of data; in the writing of the manuscript, or in the decision to publish the results.

Appendix A

Table A1. Interview guide.

Socio-Demographic Data
What gender do you identify with?
How old are you?
What is your nationality?
What is your marital status?
What was your place of birth?
What is your current city of residence?

Table A1. *Cont.*

Socio-Demographic Data			
What is your university degree?			
How many years of professional experience do you have in Mental Health?			
In which mental health unit do you currently work?			
Postgraduate training: Do you have any training in mental health? Do you have any training in spirituality/religion? Spirituality/religion: Which one?			
Dimension of religiosity			
How do you feel: religious, spiritual, spiritual and religious, or would not know how to answer? Describe if you can.			
Could you describe your religious affiliation if you have one?			
Clinical practice and spirituality			
Have you ever heard the term spiritual health and what do you understand by it?			
Do you think religion/spirituality influences patients' health or coping with illness in any way? If so, how do you think it influences it?			
In your opinion, does the spirituality/religiosity of health professionals interfere with the professional-patient relationship? In what way does it influence it?			
Do you feel a desire to address the issue of faith/spirituality with patients?			
Have you ever asked your patients about religion/spirituality? * (If "Yes": How often do you usually ask this question, when or in what situations do you usually address this question? religious or spiritual aspects that characterized them?			
How do you think you can provide spiritual care in your daily activity?			
Do you experience difficulties or barriers that discourage you from discussing religion/spirituality with your patients? religion/spirituality with your patients? Which ones?			
Religion/spirituality in the approach to the mental health patient			
In your daily practice, do you address or value the spiritual dimension of your patients?			
What is the role of your own spiritual or religious beliefs in assessing or approaching the patient?			
How do you perceive that the individual's beliefs influence the course of their illness?			
Can you tell me if your patients use their own spiritual/religious beliefs as a way of coping with their illness?			
Have you ever avoided discussing religious or spiritual issues with your patients? Could you describe why?			
Have you considered assessing and addressing the spiritual/religious needs of your patients' families? If so, how have you done so?			
How do you think spiritual care could be improved, are there resources or some kind of help that could be useful?			
Academic training in spirituality			
Do you think it would be useful for these aspects and spiritual/religious care to have more value within university education? Where: in undergraduate studies? in specific subjects? in a transversal way? in postgraduate studies: master's degree or expert?			
Do you know anything?			
How important might this training be for your work in the mental health field? Why?			

Table A2. Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist.

No	Item	Guide Questions/Description	Response
Domain 1: Research team and reflexivity			
Personal Characteristics			
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?	All the interviews were conducted by the four authors (RDC, ACLT, CLN).

2.	Credentials	What were the researcher's credentials? e.g., PhD, MD	RDC and JGGS were Phd. ACLT and CLN were MSc.
----	-------------	----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------

Table A2. Cont.

No	Item	Guide Questions/Description	Response
Domain 1: Research team and reflexivity			
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?	RDC and JGGS were researchers, ACLT was physician, and CLN was nurse.
4.	Gender	Was the researcher male or female?	RDC, ACLT and CLN were female. JGGS was a man.
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?	All researchers had experience in carrying out qualitative research and the have been trained to conduct interviews.
Relationship with participants			
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?	No, there wasn't.
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? e.g., personal goals, reasons for doing the research	Name, occupation, reason for doing the research.
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? e.g., bias, assumptions, reasons, and interests in the research topic	Name, occupation, reason for doing the research.
Domain 2: Study design			
Theoretical framework			
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? e.g., grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis	Phenomenological and ethnographic approach with a discourse and content analysis.
Participant selection			
10.	Sampling	How were participants selected? e.g., purposive, convenience, consecutive, snowball	Snowballing For convenience
11.	Method of approach	How were participants approached? e.g., face-to-face, telephone, mail, email	Telephone and face-to-face
12.	Sample size	How many participants were in the study?	16 mental health professionals, 9 women and 7 men, aged between 24 and 63 years.
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?	No participant
Setting			
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? e.g., home, clinic, workplace	The interviews were carried out face-to-face in different places.
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?	No, it wasn't.
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? e.g., demographic data, date	Mental health professionals, workers in mental health units, Spain.
Data collection			
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?	Yes, they were. Yes, it was.
18.	Repeat interviews	Were repeat inter views carried out? If yes, how many?	No, they weren't
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?	Audio recording

Table A2. *Cont.*

No	Item	Guide Questions/Description	Response
Domain 1: Research team and reflexivity			
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?	Yes, field notes.
21.	Duration	What was the duration of the inter views or focus group?	About 40–50 min
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?	Yes, it was
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?	No, it wasn't.
Doman 3: Analysis and findings			
Data analysis			
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?	Two (CLN and RDC).
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?	Yes, we did.
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?	Themes were derived using both methods
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?	Nvivo Version 12
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?	Yes, they did.
Reporting			
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes/findings? Was each quotation identified? e.g., participant number	Yes, there were/Yes, there was
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?	Yes, there was.
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?	Yes, they were.
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?	Yes, there is.

Font: Tong, A. Sainsbury, P., and Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus group. *International. Journal Qualitative. Health Care* 19: 349–357.

References

- European Association for Palliative Care (EAPC) Reference Group on Spiritual Care. What is Spiritual Care? 2011. Available online: <https://www.eapcnet.eu/eapc-groups/reference/spiritual-care/> (accessed on 5 December 2022).
- Guirao-Goris, J.A. Spirituality as a dimension of the holistic health concept. *ENE Rev. Enfermería* **2013**, *7*, 1–9.
- Koenig, H.G. The Spiritual Care Team: Enabling the Practice of Whole Person Medicine. *Religions* **2014**, *5*, 1161–1174. [[CrossRef](#)]
- Lucchetti, G.; Lucchetti, A.L. Spirituality, religion, and health: Over the last 15 years of field research (1999–2013). *Int. J. Psychiatry Med.* **2014**, *48*, 199–215. [[CrossRef](#)]
- Lucchetti, G.; Koenig, H.G.; Lucchetti, A. Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current scientific evidence. *World J. Clin. Cases* **2021**, *9*, 7620–7631. [[CrossRef](#)]
- Navas, C.; Villegas, H. Espiritualidad y Salud. *Rev. Cienc. Educ.* **2006**, *1*, 29–45.
- Lee, E.; Zahn, A.; Baumann, K. Religiosity/Spirituality and Mental Health: Psychiatric Staff's Attitudes and Behaviors. *Open J. Soc. Sci.* **2014**, *2*, 7–13. [[CrossRef](#)]
- Weber, S.R.; Pargament, K.I. The role of religion and spirituality in mental health. *Curr. Opin. Psychiatry* **2014**, *27*, 358–363. [[CrossRef](#)]
- Vitorino, L.M.; Lucchetti, G.; Leão, F.C.; Vallada, H.; Peres, M. The association between spirituality and religiousness and mental health. *Sci. Rep.* **2018**, *8*, 17233. [[CrossRef](#)]
- De Diego Cordero, R.; Lucchetti, G.; Fernández-Vazquez, A.; Badanta-Romero, B. Opinions, Knowledge and Attitudes Concerning "Spirituality, Religiosity and Health" Among Health Graduates in a Spanish University. *J. Relig. Health* **2019**, *58*, 1592–1604.

[\[CrossRef\]](#)

11. Sager, E. Components of Successful Spiritual Care. *J. Relig. Health* **2020**, *61*, 1139–1154. [\[CrossRef\]](#)

12. Al-Yousefi, N.A. Observations of muslim physicians regarding the influence of religion on health and their clinical approach. *J. Relig. Health* **2012**, *51*, 269–280. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
13. Balboni, M.J.; Sullivan, A.; Enzinger, A.C.; Epstein-Peterson, Z.D.; Tseng, Y.D.; Mitchell, C.; Niska, J.; Zollfrank, A.; VanderWeele, T.J.; Balboni, T.A. Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. *J. Pain Symptom Manag.* **2014**, *48*, 400–410. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
14. Tao, Z.; Wu, P.; Luo, A.; Ho, T.L.; Chen, C.Y.; Cheng, S.Y. Perceptions and practices of spiritual care among hospice physicians and nurses in a Taiwanese tertiary hospital: A qualitative study. *BMC Palliat. Care* **2020**, *19*, 96. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
15. Lavorato Neto, G.; Rodrigues, L.; Silva, D.; Turato, E.R.; Campos, C. Spirituality review on mental health and psychiatric nursing. *Rev. Bras. Enferm.* **2018**, *71*, 2323–2333. [[CrossRef](#)]
16. Jakovljević, M. Psychiatry and Religion: Opponents or Collaborators? The Power of Spirituality in Contemporary Psychiatry. *Psychiatr. Danub.* **2017**, *29*, 82–88.
17. Muecke, M.A. Community health diagnosis in nursing. *Public Health Nurs.* **1984**, *1*, 23–35. [[CrossRef](#)]
18. Tong, A.; Sainsbury, P.; Craig, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int. J. Qual. Health Care* **2007**, *19*, 349–357. [[CrossRef](#)]
19. De Camargos, M.; Paiva, C.E.; Barroso, E.M.; Carnesecca, E.C.; Paiva, B.R. Understanding the differences between oncology patients and oncology health professionals concerning spirituality/religiosity: A cross-sectional study. *Medicine* **2015**, *94*, e2145. [[CrossRef](#)]
20. Xing, L.; Guo, X.; Bai, L.; Qian, J.; Chen, J. Are spiritual interventions beneficial to patients with cancer?: A meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA. *Medicine* **2018**, *97*, e11948. [[CrossRef](#)]
21. Jongkind, M.; van den Brink, B.; Schaap-Jonker, H.; van der Velde, N.; Braam, A.W. Dimensions of Religion Associated with Suicide Attempt and Suicide Ideation in Depressed, Religiously Affiliated Patients. *Suicide Life-Threat. Behav.* **2019**, *49*, 505–519. [[CrossRef](#)]
22. Best, M.; Butow, P.; Olver, I. Doctors discussing religion and spirituality: A systematic literature review. *Palliat. Med.* **2016**, *30*, 327–337. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
23. López-Tarrida, Á.; de Diego-Cordero, R.; Lima-Rodríguez, J.S. Spirituality in a Doctor's Practice: What Are the Issues? *J. Clin. Med.* **2021**, *10*, 5612. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
24. Kørup, A.; Søndergaard, J.; Alyousefi, N.A.; Lucchetti, G.; Baumann, K.; Lee, E.; Karimah, A.; Ramakrishnan, P.; Frick, E.; Büssing, A.; et al. Health professionals' attitudes toward religiosity and spirituality: A NERSH Data Pool based on 23 surveys from six continents. *F1000Research* **2021**, *10*, 446. [[CrossRef](#)]
25. Curlin, F.A.; Chin, M.H.; Sellergren, S.A.; Roach, C.J.; Lantos, J.D. The association of physicians' religious characteristics with their attitudes and self-reported behaviors regarding religion and spirituality in the clinical encounter. *Med. Care* **2006**, *44*, 446–453. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
26. Neathery, M.; He, Z.; Taylor, E.J.; Deal, B. Spiritual Perspectives, Spiritual Care, and Knowledge of Recovery Among Psychiatric Mental Health Nurses. *J. Am. Psychiatr. Nurses Assoc.* **2020**, *26*, 364–372. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
27. Hawthorne, D.M.; Gordon, S.C. The Invisibility of Spiritual Nursing Care in Clinical Practice. *J. Holist. Nurs.* **2020**, *38*, 147–155. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
28. Ernecoff, N.C.; Curlin, F.A.; Buddadhumaruk, P.; White, D.B. Health Care Professionals' Responses to Religious or Spiritual Statements by Surrogate Decision Makers During Goals-of-Care Discussions. *JAMA Intern. Med.* **2015**, *175*, 1662–1669. [[CrossRef](#)]
29. Astrow, A.B.; Kwok, G.; Sharma, R.K.; Fromer, N.; Sulmasy, D.P. Spiritual Needs and Perception of Quality of Care and Satisfaction with Care in Hematology/Medical Oncology Patients: A Multicultural Assessment. *J. Pain Symptom Manag.* **2018**, *55*, 56–64. [[CrossRef](#)]
30. Vasconcelos, A.; Lucchetti, A.; Cavalcanti, A.; da Silva Conde, S.; Gonçalves, L.M.; do Nascimento, F.R.; Chazan, A.; Tavares, R.; da Silva Ezequiel, O.; Lucchetti, G. Religiosity and Spirituality of Resident Physicians and Implications for Clinical Practice—the SBRAMER Multicenter Study. *J. Gen. Intern. Med.* **2020**, *35*, 3613–3619. [[CrossRef](#)]
31. Zakaria Kiaei, M.; Salehi, A.; Moosazadeh Nasrabadi, A.; Whitehead, D.; Azmal, M.; Kalhor, R.; Shah Bahrami, E. Spirituality and spiritual care in Iran: Nurses' perceptions and barriers. *Int. Nurs. Rev.* **2015**, *62*, 584–592. [[CrossRef](#)]
32. Musa, A.S.; Al Qadire, M.I.; Aljezawi, M.; Tawalbeh, L.I.; Aloush, S.; Albanian, F.Z. Barriers to the Provision of Spiritual Care by Nurses for Hospitalized Patients in Jordan. *Res. Theory Nurs. Pract.* **2019**, *33*, 392–409. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
33. Chen, C.S.; Chan, S.W.; Chan, M.F.; Yap, S.F.; Wang, W.; Kowitlawakul, Y. Nurses' Perceptions of Psychosocial Care and Barriers to Its Provision: A Qualitative Study. *J. Nurs. Res.* **2017**, *25*, 411–418. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
34. De Diego-Cordero, R.; López-Gómez, L.; Lucchetti, G.; Badanta, B. Spiritual care in critically ill patients during COVID-19 pandemic. *Nurs. Outlook* **2022**, *70*, 64–77. [[CrossRef](#)]
35. De Diego Cordero, R.; Suero Castillo, C.; Vega Escaño, J. La formación en religiosidad y espiritualidad en los estudios de Grado en Enfermería. *Cult. Cuid.* **2019**, *23*, 304–315. [[CrossRef](#)]
36. Oxhandler, H.K.; Giardina, T.D. Social Workers' Perceived Barriers to and Sources of Support for Integrating Clients' Religion and Spirituality in Practice. *Soc. Work* **2017**, *62*, 323–332. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
37. Siler, S.; Mamier, I.; Winslow, B.W.; Ferrell, B.R. Interprofessional Perspectives on Providing Spiritual Care for Patients with Lung Cancer in Outpatient Settings. *Oncol. Nurs. Forum* **2019**, *46*, 49–58. [[CrossRef](#)]

38. Choi, P.J.; Chow, V.; Curlin, F.A.; Cox, C.E. Intensive Care Clinicians' Views on the Role of Chaplains. *J. Health Care Chaplain.* **2019**, *25*, 89–98. [CrossRef]
39. Watson Caring Science Institute Homepage. Available online: <https://www.watsoncaringscience.org/> (accessed on 5 December 2022).
40. Milner, K.; Crawford, P.; Edgley, A.; Hare-Duke, L.; Slade, M. The experiences of spirituality among adults with mental health difficulties: A qualitative systematic review. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* **2019**, *29*, e34. [CrossRef]
41. Kichenadasse, G.; Sweet, L.; Harrington, A.; Ullah, S. The current practice, preparedness and educational preparation of oncology professionals to provide spiritual care. *Asia-Pac. J. Clin. Oncol.* **2017**, *13*, 506–514. [CrossRef]
42. Frick, E.; Ziemer, P.; Heres, S.; Ableidinger, K.; Pfitzer, F.; Büssing, A. Spiritual competence in psychiatry and psychotherapy—Barriers and success factors. *Nervenarzt* **2021**, *92*, 479–486. [CrossRef]
43. El-Nimr, G.; Green, L.; Salib, E. Spiritual care in psychiatry: Professionals' views. *Ment. Health Relig. Cult.* **2004**, *7*, 165–170. [CrossRef]
44. Vlasblom, J.P.; van der Steen, J.T.; Knol, D.L.; Jochemsen, H. Effects of a spiritual care training for nurses. *Nurse Educ. Today* **2011**, *31*, 790–796. [CrossRef]
45. Vermandere, M.; De Lepeleire, J.; Smeets, L.; Hannes, K.; Van Mechelen, W.; Warmenhoven, F.; van Rijswijk, E.; Aertgeerts, B. Spirituality in general practice: A qualitative evidence synthesis. *Br. J. Gen. Pract.* **2011**, *61*, e749–e760. [CrossRef] [PubMed]
46. Jors, K.; Büssing, A.; Hvidt, N.C.; Baumann, K. Personal prayer in patients dealing with chronic illness: A review of the research literature. *Evid.-Based Complement. Altern. Med.* **2015**, *2015*, 927973. [CrossRef] [PubMed]
47. Moestrup, L.; Hvidt, N.C. Where is God in my dying? A qualitative investigation of faith reflections among hospice patients in a secularized society. *Death Stud.* **2016**, *40*, 618–629. [CrossRef]
48. Sankhe, A.; Dalal, K.; Save, D.; Sarve, P. Evaluation of the effect of Spiritual care on patients with generalized anxiety and depression: A randomized controlled study. *Psychol. Health Med.* **2017**, *22*, 1186–1191. [CrossRef]
49. Koenig, H.G.; Perno, K.; Hamilton, T. The spiritual history in outpatient practice: Attitudes and practices of health professionals in the Adventist Health System. *BMC Med. Educ.* **2017**, *17*, 102. [CrossRef]
50. Sajja, A.; Puchalski, C. Training Physicians as Healers. *AMA J. Ethics* **2018**, *20*, E655–E663. [CrossRef]

Disclaimer/Publisher's Note: The statements, opinions and data contained in all publications are solely those of the individual author(s) and contributor(s) and not of MDPI and/or the editor(s). MDPI and/or the editor(s) disclaim responsibility for any injury to people or property resulting from any ideas, methods, instructions or products referred to in the content.

CAPÍTULO XII. Fuentes y Bibliografía

- Al-Yousefi N. A. (2012). Observations of muslim physicians regarding the influence of religion on health and their clinical approach. *Journal of religion and health*, 51(2), 269–280. <https://doi.org/10.1007/s10943-012-9567-z>
- Alch, C. K., Wright, C. L., Collier, K. M., & Choi, P. J. (2021). Barriers to Addressing the Spiritual and Religious Needs of Patients and Families in the Intensive Care Unit: A Qualitative Study of Critical Care Physicians. *The American journal of hospice & palliative care*, 38(9), 1120–1125. <https://doi.org/10.1177/1049909120970903>
- Alcorn, S. R., Balboni, M. J., Prigerson, H. G., Reynolds, A., Phelps, A. C., Wright, A. A., ... & Balboni, T. A. (2010). “If God wanted me yesterday, I wouldn't be here today”: religious and spiritual themes in patients' experiences of advanced cancer. *Journal of palliative medicine*, 13(5), 581-588.
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier Health Sciences. Recuperado: <https://books.google.es/books?id=nlpgDwAAQBAJ>
- Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of personality and social psychology*, 5(4), 432.
- Almaraz, D., Saiz, J., Moreno Martín, F., Sánchez-Iglesias, I., Molina, A. J., & Goldsby, T. L. (2022, August). What Aspects of Religion and Spirituality Affect the Physical Health of Cancer Patients? A Systematic Review. In *Healthcare* (Vol. 10, No. 8, p. 1447). MDPI.
- Anandarajah, G., & Hight, E. (2001). Spirituality and medical practice: using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *American family physician*, 63(1), 81.
- Angelou, Maya (2008). *Letter to My Daughter*. New York: Random House. ISBN 978-0-8129-8003-5
- Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of clinical psychology*, 61(4), 461-480.
- Astrow, A. B., Kwok, G., Sharma, R. K., Fromer, N., & Sulmasy, D. P. (2018). Spiritual needs and perception of quality of care and satisfaction with care in

hematology/medical oncology patients: a multicultural assessment. *Journal of pain and symptom management*, 55(1), 56-64.

Astrow, A. B., Puchalski, C. M., & Sulmasy, D. P. (2001). Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations. *The American journal of medicine*, 110(4), 283–287. [https://doi.org/10.1016/s0002-9343\(00\)00708-7](https://doi.org/10.1016/s0002-9343(00)00708-7)

Badanta-Romero, B., de Diego-Cordero, R., & Rivilla-Garcia, E. (2018). Influence of religious and spiritual elements on adherence to pharmacological treatment. *Journal of religion and health*, 57(5), 1905-1917.

Badanta, B., Rivilla-García, E., Lucchetti, G., & de Diego-Cordero, R. (2022). The influence of spirituality and religion on critical care nursing: An integrative review. *Nursing in Critical Care*, 27(3), 348-366.

Balboni, M. J., Puchalski, C. M., & Peteet, J. R. (2014). The relationship between medicine, spirituality and religion: Three models for integration. *Journal of Religion and Health*, 53, 1586-1598.

Balboni, M. J., Sullivan, A., Enzinger, A. C., Epstein-Peterson, Z. D., Tseng, Y. D., Mitchell, C., ... & Balboni, T. A. (2014). Nurse and physician barriers to spiritual care provision at the end of life. *Journal of pain and symptom management*, 48(3), 400-410.

Balboni, T. A., & Balboni, M. J. (2018). The spiritual event of serious illness. *Journal of Pain and Symptom Management*, 56(5), 816-822.

Balboni, T. A., VanderWeele, T. J., Doan-Soares, S. D., Long, K. N., Ferrell, B. R., Fitchett, G., ... & Koh, H. K. (2022). Spirituality in serious illness and health. *JAMA*, 328(2), 184-197.

Baldacchino D (2003) *Spirituality in Illness and Care*. Veritas Press, Malta.

Baldacchino D (2002) *Anxiety, Depression and Spiritual Coping Strategies of Maltese Patients with Myocardial Infarction*. Unpublished PhD Thesis, University of Hull, Yorkshire, UK.

Banin, L. B., Suzart, N. B., Guimarães, F. A. G., Lucchetti, A. L., de Jesus, M. A. S., & Lucchetti, G. (2014). Religious beliefs or physicians' behavior: What makes a

patient more prone to accept a physician to address his/her spiritual issues?. *Journal of religion and health*, 53(3), 917-928.

Bar-Sela, G., Schultz, M. J., Elshamy, K., Rassouli, M., Ben-Arye, E., Doumit, M., ... & Silbermann, M. (2019). Training for awareness of one's own spirituality: A key factor in overcoming barriers to the provision of spiritual care to advanced cancer patients by doctors and nurses. *Palliative & supportive care*, 17(3), 345-352.

Barbero, J. (2002). El apoyo espiritual en cuidados paliativos. *Lab Hosp*, 263, 5-24.

Barnes, L. L., Plotnikoff, G. A., Fox, K., & Pendleton, S. (2000). Spirituality, religion, and pediatrics: Intersecting worlds of healing. *Pediatrics*, 106(Supplement_3), 899-908.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1994). *Principles of biomedical ethics*. Edicoes Loyola.

Benito, E., Oliver, A., Galiana, L., Barreto, P., Pascual, A., Gomis, C., & Barbero, J. (2014). Development and validation of a new tool for the assessment and spiritual care of palliative care patients. *Journal of pain and symptom management*, 47(6), 1008-1018.

Benito, E., Dones, M., & Babero, J. (2016). El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. *Psicooncología*, 13(2-3), 367-84.

Best, M.; Butow, P.; Olver, I. Why do We Find It So Hard to Discuss Spirituality? A Qualitative Exploration of Attitudinal Barriers. *J. Clin. Med.* 2016, 5, 77

Best, M.; Butow, P.; Olver, I. Doctors discussing religion and spirituality: A systematic literature review. *Palliat. Med.* 2015, 30, 327-337.

Best, M., Leget, C., Goodhead, A., & Paal, P. (2020). An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC Palliative Care*, 19, 1-10.

Biondo, C. S., Ferraz, M. O. A., Silva, M. L. M., & Yarid, S. D. (2017). Spirituality in urgent and emergency services. *Revista Bioética*, 25, 596-602.

Bolton, D., & Gillett, G. (2019). *The biopsychosocial model of health and disease: New philosophical and scientific developments* (p. 149). Springer Nature.

- Boulkedid, R., Abdoul, H., Loustau, M., Sibony, O., & Alberti, C. (2011). Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. *PloS one*, 6(6), e20476.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020476>
- Borges, C. C., Dos Santos, P. R., Alves, P. M., Borges, R. C. M., Lucchetti, G., Barbosa, M. A., Porto, C. C., & Fernandes, M. R. (2021). Association between spirituality/religiousness and quality of life among healthy adults: a systematic review. *Health and quality of life outcomes*, 19(1), 246.
<https://doi.org/10.1186/s12955-021-01878-7>
- Braam, A. W., & Koenig, H. G. (2019). Religion, spirituality and depression in prospective studies: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 257, 428-438.
- Brady, M. J., Peterman, A. H., Fitchett, G., Mo, M., & Cella, D. (1999). A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 8(5), 417-428.
- Bretzke, S.J. (2008) 'A burden of means: interpreting recent Catholic Magisterial teaching on end of life issues', *Journal of the Society of Christian Ethics*, 26: 2, 183-200.
- Britt, K. C., Richards, K. C., Acton, G., Hamilton, J., & Radhakrishnan, K. (2022). Older Adults with Dementia: Association of Prayer with Neuropsychiatric Symptoms, Cognitive Function, and Sleep Disturbances. *Religions*, 13(10), 973.
<https://doi.org/10.3390/rel13100973>
- Burlacu, A., Artene, B., Nistor, I., Buju, S., Jugrin, D., Mavrighi, I., & Covic, A. (2019). Religiosity, spirituality and quality of life of dialysis patients: a systematic review. *International urology and nephrology*, 51, 839-850.
- Busch, I. M., Moretti, F., Travaini, G., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2019). Humanization of care: Key elements identified by patients, caregivers, and healthcare providers. A systematic review. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*, 12, 461-474.

- Büssing, A., & Koenig, H. G. (2010). Spiritual needs of patients with chronic diseases. *Religions*, 1(1), 18-27.
- Büssing, A., & Peng-Keller, S. (2021). Spiritual needs of patients with chronic pain diseases. In *Spiritual Needs in Research and Practice: The Spiritual Needs Questionnaire as a Global Resource for Health and Social Care* (pp. 135-146). Cham: Springer International Publishing.
- Cabero Almenara, J. ., & Llorente Cejudo, M. del C. . (2013). La aplicación del juicio de experto como técnica de evaluación de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) . *Revista Eduweb*, 7(2), 11–22. Recuperado a partir de <https://revistaeduweb.org/index.php/eduweb/article/view/206>
- Cáceres a, Alirio, Hoyos c, Adriana, navarro s, Rosana, & Sierrag, Ángela María. (2008). Espiritualidad hoy: una mirada histórica, antropológica y bíblica. *Theologica Xaveriana*, 58(166), 381-408. Retrieved December 27, 2022, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-
- Caldeira, S. (2009). Cuidado espiritual: rezar como intervenção de enfermagem. *CuidArte Enfermagem*, 157-164.
- Caldeira, S., Carvalho, E. C., & Vieira, M. (2013). Spiritual distress—Proposing a new definition and defining characteristics. *International Journal of Nursing Knowledge*, 24(2), 77-84. 36492008000200004&lng=en&tlng=es.
- de Camargos, M. G., Paiva, C. E., Barroso, E. M., Carneseca, E. C., & Paiva, B. S. R. (2015). Understanding the differences between oncology patients and oncology health professionals concerning spirituality/religiosity: a cross-sectional study. *Medicine*, 94(47).
- Canteros, M. F. (2016). Importancia de los aspectos espirituales y religiosos en la atención de pacientes quirúrgicos. *Revista chilena de cirugía*, 68(3), 258-264.
- Captari, L. E., Hook, J. N., Hoyt, W., Davis, D. E., McElroy-Heltzel, S. E., & Worthington Jr, E. L. (2018). Integrating clients' religion and spirituality within psychotherapy: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1938-1951.

- Carey, L. B., & Cohen, J. (2015). Pastoral and spiritual care. *Encyclopaedia of global bioethics*, 1-14.
- Carmo, K. B. D. (2023). Espiritualidad aplicada a la medicina. *Revista Bioética*, 30, 870-882.
- Carvajal, A., Centeno, C., Watson, R., Martínez, M., & Sanz Rubiales, Á. (2011). ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 63-72. Recuperado en 28 de marzo de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=es&tlng=es.
- Cassell, E. J. (1998). The nature of suffering and the goals of medicine. *Loss, Grief & Care*, 8(1-2), 129-142
- Celano, T., Harris, S., Sawyer, A. T., & Hamilton, T. (2022). Promoting Spiritual Well-Being Among Nurses. *Nurse Leader*, 20(2), 188-192.
- Chapman, C. R., & Gavrin, J. (1993). Suffering and its relationship to pain. *Journal of palliative care*, 9(2), 5-13.
- Chen, C. S., Chan, S. W. C., Chan, M. F., Yap, S. F., Wang, W., & Kowitlawakul, Y. (2017). Nurses' perceptions of psychosocial care and barriers to its provision: A qualitative study. *Journal of Nursing Research*, 25(6), 411-418..
- Chochinov, H. M., & Cann, B. J. (2005). Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. *Journal of palliative medicine*, 8(supplement 1), s-103.
- Choi, P. J., Curlin, F. A., & Cox, C. E. (2019). Addressing religion and spirituality in the intensive care unit: A survey of clinicians. *Palliative & supportive care*, 17(2), 159-164.
- Cobb, M., Dowrick, C., & Lloyd-Williams, M. (2012). What can we learn about the spiritual needs of palliative care patients from the research literature?. *Journal of pain and symptom management*, 43(6), 1105-1119.
- Cobb, M., Rumbold, B., & Puchalski, C. M. (2012). The future of spirituality and healthcare. *The Oxford textbook of spirituality in healthcare*, 487-492.

Como, J. M. (2007). Spiritual practice: a literature review related to spiritual health and health outcomes. *Holistic nursing practice*, 21(5), 224-236.

Conferencia Alma-Ata (1978).

9243541358.pdf;jsessionid=98B7B1DE3A9F6FF17AC6B3DD2196860F (who.int)

Connelly, W. L. (2021). Ritual and Thought: Spirituality and Method in Philosophy of Religion. *Religions*, 12(12), 1045.

Corbett, L. (2019). *Psyche and the sacred: Spirituality beyond religion*. Routledge.

Coughlin, K., Mackley, A., Kwadu, R., Shanks, V., Sturtz, W., Munson, D., & Guillen, U. (2017). Characterization of Spirituality in Maternal-Child Caregivers. *Journal of palliative medicine*, 20(9), 994–997. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0361>

Counted, V., Possamai, A., & Meade, T. (2018). Relational spirituality and quality of life 2007 to 2017: an integrative research review. *Health and quality of life outcomes*, 16(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0895-x>

Curlin F. A. (2008). Commentary: A case for studying the relationship between religion and the practice of medicine. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 83(12), 1118–1120. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31818c638c>

Curlin, F. A., Lantos, J. D., Roach, C. J., Sellergren, S. A., & Chin, M. H. (2005). Religious characteristics of U.S. physicians: a national survey. *Journal of general internal medicine*, 20(7), 629–634. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0119.x>

Curlin, F. A., Chin, M. H., Sellergren, S. A., Roach, C. J., & Lantos, J. D. (2006). The association of physicians' religious characteristics with their attitudes and self-reported behaviors regarding religion and spirituality in the clinical encounter. *Medical care*, 44(5), 446–453. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000207434.12450.ef>

Curlin, F. A., Sellergren, S. A., Lantos, J. D., & Chin, M. H. (2007). Physicians' observations and interpretations of the influence of religion and spirituality on health. *Archives of internal medicine*, 167(7), 649–654. <https://doi.org/10.1001/archinte.167.7.649>

- D'Souza, R. (2007). The importance of spirituality in medicine and its application to clinical practice. *Medical Journal of Australia*, 186(10), S57.
- Dossy BM & Dossy L (1998) Attending to holistic care. *Advanced Journal of Nursing* 98, 35–38.
- Daaleman, T. P., & Frey, B. (1999). Spiritual and religious beliefs and practices of family physicians. *J Fam Pract*, 48(2), 98-104.
- Dalkey, N., & Helmer, O. (1963). An Experimental Application of the Delphi Method to the Use of Experts. *Management Science*, 9(3), 458–467.
<http://www.jstor.org/stable/2627117>
- Damiano, R. F., Costa, L. A., Viana, M. T. S., Moreira-Almeida, A., Lucchetti, A. L., & Lucchetti, G. (2016). Brazilian scientific articles on “Spirituality, Religion and Health”. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 43, 11-16.
- Daudt, H., d'Archangelo, M., & Duquette, D. (2019). Spiritual care training in healthcare: Does it really have an impact?. *Palliative & supportive care*, 17(2), 129-137.
- Dewi, D. S. E., & Hamzah, H. B. (2019, October). The relationship between spirituality, quality of life, and resilience. In 6th International Conference on Community Development (ICCD 2019) (pp. 145-147). Atlantis Press.
- Dhar, N., Chaturvedi, S. K., & Nandan, D. (2013). Spiritual health, the fourth dimension: a public health perspective. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*, 2(1), 3.
- de Diego Cordero, R., & Badanta Romero, B. (2017). Health impacts of religious practices and beliefs associated with the church of Jesus Christ of Latter-day Saints. *Journal of Religion and Health*, 56, 1371-1380.
- de Diego Cordero, R., Castillo, C. S., & Escaño, J. V. (2019). La formación en religiosidad y espiritualidad en los estudios de Grado en Enfermería. *Cultura de los Cuidados*, 304-315.
- de Diego Cordero, R., & Guerrero Rodríguez, M. (2018). La influencia de la religiosidad en la salud: el caso de los hábitos saludables/no saludables.

- de Diego-Cordero, R., Iglesias-Romo, M., Badanta, B., Lucchetti, G., & Vega-Escañó, J. (2022). Burnout and spirituality among nurses: A scoping review. *Explore*, 18(5), 612-620.
- de Diego Cordero, R., Lucchetti, G., Fernández-Vazquez, A., & Badanta-Romero, B. (2019). Opinions, knowledge and attitudes concerning “spirituality, religiosity and health” among health graduates in a Spanish university. *Journal of religion and health*, 58, 1592-1604.
- de Diego-Cordero, R., López-Gómez, L., Lucchetti, G., & Badanta, B. (2022). Spiritual care in critically ill patients during COVID-19 pandemic. *Nursing outlook*, 70(1), 64-77.
- de Diego-Cordero, R., Suárez-Reina, P., Badanta, B., Lucchetti, G., & Vega-Escano, J. (2022). The efficacy of religious and spiritual interventions in nursing care to promote mental, physical and spiritual health: A systematic review and meta-analysis. *Applied Nursing Research*, 151618.
- de Diego-Cordero, R., Zurrón Pérez, M. P., Vargas-Martínez, A. M., Lucchetti, G., & Vega-Escañó, J. (2021). The effectiveness of spiritual interventions in the workplace for work-related health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Nursing Management*, 29(6), 1703-1712.
- de Jager Meezenbroek, E., Garssen, B., van den Berg, M., Van Dierendonck, D., Visser, A., & Schaufeli, W. B. (2012). Measuring spirituality as a universal human experience: A review of spirituality questionnaires. *Journal of religion and health*, 51, 336-354.
- Dewi, D. S. E., & Hamzah, H. B. (2019, October). The relationship between spirituality, quality of life, and resilience. In 6th International Conference on Community Development (ICCD 2019) (pp. 145-147). Atlantis Press.
- Donohoe, H.M., Stollefson, M., & Tennant, B. (2012). Advantages and Limitations of the e-Delphi Technique. *American Journal of Health Education*, 43, 38 - 46.
- Doolittle, B. R., Windish, D. M., & Seelig, C. B. (2013). Burnout, coping, and spirituality among internal medicine resident physicians. *Journal of graduate medical education*, 5(2), 257-261.

- Dyson J, Cobb M and Forman D. The meaning of spirituality: a literature review. *J Adv Nurs* 1997; 26: 1183–1188.
- Ehman, J. W., Ott, B. B., Short, T. H., Ciampa, R. C., & Hansen-Flaschen, J. (1999). Do patients want physicians to inquire about their spiritual or religious beliefs if they become gravely ill?. *Archives of internal medicine*, 159(15), 1803–1806.
<https://doi.org/10.1001/archinte.159.15.1803>
- El-Nimr, G., Green, L., & Salib, E. (2004). Spiritual care in psychiatry: Professionals' views. *Mental Health, Religion & Culture*, 7, 165 - 170.
- Emblen JD. Religion and spirituality defined according to current use in nursing literature. *J Prof Nurs* 1992; 8: 414–417.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Ershov, B. A., Perevozchikova, L. S., Romanova, E. V. y Ashmarov, I. A. (2018, octubre). El concepto de espiritualidad en la filosofía social. En la Conferencia Internacional de Ciencia y Tecnología "FarEastCon" (pp. 688-694). Springer, Cham.
- Ernecoff, N.C.; Curlin, F.A.; Buddadhumaruk, P.; White, D.B. Health Care Professionals' Responses to Religious or Spiritual Statements by Surrogate Decision Makers During Goals-of-Care Discussions. *JAMA Intern. Med.* 2015, 175, 1662–1669.
- Escobar-Pérez J, Cuervo-Martínez A (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 2008, 6, 27-36.
- Estella, A., Hernández-Tejedor, A., Gordo, F., Martín, M. C., Girbau, M. B., Monedero, P., & Centeno, C. (2018, August). Cuidados al final de la vida en las UCI españolas. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 41, No. 2, pp. 279-281). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud
- Farahani, A. S., Rassouli, M., Salmani, N., Mojen, L. K., Sajjadi, M., Heidarzadeh, M., ... & Khademi, F. (2019). Evaluation of health-care providers' perception of spiritual care and the obstacles to its implementation. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(2), 122-129.

- Feyto Grande L. (2021) Valores del Médico. Compasión. Madrid. CGCOM.
- Fitch, K., Bernstein, S.J., Aguilar, M.D., Burnand, B., & Lacalle, J.R. (2001). The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual.
- Fitch, M. I., & Bartlett, R. (2019). Patient perspectives about spirituality and spiritual care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(2), 111-121.
- Flanagan, K., & Jupp, P. C. (Eds.). (2007). *A sociology of spirituality*. Ashgate Publishing, Ltd..
- Frankl, Viktor E., (2012). *El hombre en busca del sentido último: el análisis existencial y la conciencia espiritual del ser humano*, Paidós Ibérica, ISBN 978-84-493-0704-1
- Frazier, L. D. (2020). The past, present, and future of the biopsychosocial model: A review of *The Biopsychosocial Model of Health and Disease: New philosophical and scientific developments* by Derek Bolton and Grant Gillett. *New Ideas in Psychology*, 57, 100755.
- Frick, E., Ziemer, P., Heres, S., Ableidinger, K., Pfitzer, F., & Büssing, A. (2021). Spiritual competence in psychiatry and psychotherapy—Barriers and success factors. *Der Nervenarzt*, 92, 479-486.
- Galiana, L., Oliver, A., Gomis, C., Barbero, J., & Benito, E. (2014). Cuestionarios de evaluación e intervención espiritual en cuidados paliativos: una revisión crítica. *Medicina paliativa*, 21(2), 62-74.
- Galek, K., Flannelly, K. J., Koenig, H. G., & Fogg, S. L. (2007). Referrals to chaplains: The role of religion and spirituality in healthcare settings. *Mental health, religion and culture*, 10(4), 363-377.
- Gardner, Howard (1999): *Intelligence Reframed: Multiple Intelligences for the 21st Century*. Nueva York: Basic Books, 2000
- Garssen, B., Visser, A., & Pool, G. (2021). Does spirituality or religion positively affect mental health? Meta-analysis of longitudinal studies. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 31(1), 4-20.

- Gerhardt-Strachan, K. (2022). Exploring the place of spirituality in Canadian health promotion. *Health Promotion International*, 37(1), daab027.
- Gilligan, C. (1993). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.
- Gleiser, M. (2021). Science and awe. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1501(1), 78-80.
- González, M. Á. S. (2017). El humanismo y la enseñanza de las humanidades médicas. *Educación médica*, 18(3), 212-218.
- Guillemin F. (1995). Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scandinavian journal of rheumatology*, 24(2), 61–63.
<https://doi.org/10.3109/03009749509099285>
- Guirao-Goris, J. A. (2013). La espiritualidad como dimensión de la concepción holística de salud. *Revista Ene de Enfermería*, 7(1).
- Hamouda, M. A., Emanuel, L. L., & Padela, A. I. (2021). Empathy and Attending to Patient Religion/Spirituality: Findings from a National Survey of Muslim Physicians. *Journal of health care chaplaincy*, 27(2), 84–104.
<https://doi.org/10.1080/08854726.2019.1618063>
- Hancock T. (1985). The mandala of health: a model of the human ecosystem. *Family & community health*, 8(3), 1–10. <https://doi.org/10.1097/00003727-198511000-0000>
- Handzo, R. G., & Koenig, H. G. (2004). Spiritual care: whose job is it anyway?. *Southern Medical Journal*, 97(12), 1242-1245.
- Hatch, R. L., Burg, M. A., Naberhaus, D. S., & Hellmich, L. K. (1998). The Spiritual Involvement and Beliefs Scale. Development and testing of a new instrument. *The Journal of family practice*, 46(6), 476–486.
- Harris, S., & Tao, H. (2022). The impact of US nurses' personal religious and spiritual beliefs on their mental well-being and burnout: A path analysis. *Journal of religion and health*, 61(3), 1772-1791.

- Hawthorne, D. M., & Gordon, S. C. (2020). The invisibility of spiritual nursing care in clinical practice. *Journal of Holistic Nursing*, 38(1), 147-155.
- Henderson, V. (1961). *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Publicación Científica; 57.
- Hill, P. C., Pargament, K. I., Hood, R. W., McCullough, M. E., Swyers, J. P., Larson, D. B., et al. (2000). Conceptualizing religion and spirituality: Points of commonality, points of departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30(1), 51-77.
- Ho, J. Q., Nguyen, C. D., Lopes, R., Ezeji-Okoye, S. C., & Kuschner, W. G. (2018). Spiritual care in the intensive care unit: a narrative review. *Journal of intensive care medicine*, 33(5), 279-287.
- Holmes, P. R. (2016). Spirituality: Some disciplinary perspectives. In *A sociology of spirituality* (pp. 23-42). Routledge.
- Hoogveen, S., Sarafoglou, A., Aczel, B., Aditya, Y., Alayan, A. J., Allen, P. J., ... & Nilsonne, G. (2022). A many-analysts approach to the relation between religiosity and well-being. *Religion, Brain & Behavior*, 1-47.
- Horne, B. D., May, H. T., Anderson, J. L., Kfoury, A. G., Bailey, B. M., McClure, B. S., ... & Study, I. H. C. (2008). Usefulness of routine periodic fasting to lower risk of coronary artery disease in patients undergoing coronary angiography. *The American journal of cardiology*, 102(7), 814-819.
- Hoyo, D. E. H., Losardo, R. J., & Bianchi, R. I. (2021). Salud plena e integral: un concepto más amplio de salud. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 134(1), 18-25.
- Idler, E. L. (1995). Religion, health, and nonphysical senses of self. *Social forces*, 74(2), 683-704.
- Isaac, K. S., Hay, J. L., & Lubetkin, E. I. (2016). Incorporating spirituality in primary care. *Journal of religion and health*, 55, 1065-1077.
- Jeanne Wirpsa, M., Emily Johnson, R., Bieler, J., Boyken, L., Pugliese, K., Rosencrans, E., & Murphy, P. (2019). Interprofessional models for shared decision making: The role of the health care chaplain. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 25(1), 20-44.

- Jomain, C. (1987). *Morir en la ternura: vivir el último instante*. Ediciones Paulinas.
- Jones, K. F., Paal, P., Symons, X., & Best, M. C. (2021). The content, teaching methods and effectiveness of spiritual care training for healthcare professionals: A mixed-methods systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(3), e261-e278.
- Jongkind, M., van den Brink, B., Schaap-Jonker, H., van der Velde, N., & Braam, A. W. (2019). Dimensions of religion associated with suicide attempt and suicide ideation in depressed, religiously affiliated patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 505-519.
- Jovell, A. J. (2008). *Cáncer: biografía de una supervivencia: el esperanzador testimonio de un médico enfermo de cáncer*. Planeta.
- Jors, K., Büssing, A., Hvidt, N. C., & Baumann, K. (2015). Personal prayer in patients dealing with chronic illness: a review of the research literature. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*, 2015, 927973.
<https://doi.org/10.1155/2015/927973>
- Kamitsis, I., & Francis, A. J. (2013). Spirituality mediates the relationship between engagement with nature and psychological wellbeing. *Journal of environmental psychology*, 36, 136-143.
- Kaur, N., Vedel, I., El Sherif, R., & Pluye, P. (2019). Practical mixed methods strategies used to integrate qualitative and quantitative methods in community-based primary health care research. *Family practice*, 36(5), 666–671.
<https://doi.org/10.1093/fampra/cmz010>
- Kelly, E. P., Myers, B., Henderson, B., Sprik, P., White, K. B., & Pawlik, T. M. (2022). The Influence of Patient and Provider Religious and Spiritual Beliefs on Treatment Decision Making in the Cancer Care Context. *Medical Decision Making*, 42(1), 125-134.
- Kichenadasse, G., Sweet, L., Harrington, A., & Ullah, S. (2017). The current practice, preparedness and educational preparation of oncology professionals to provide spiritual care. *Asia-Pacific journal of clinical oncology*, 13(5), e506–e514.
<https://doi.org/10.1111/ajco.12654>

- Kirschner, M. H. (2003). Spirituality and health. *American journal of public health*, 93(2), 185-185.
- Koenig, H. G. (2000). Religion, spirituality, and medicine: Application to clinical practice. *Jama*, 284(13), 1708-1708.
- Koenig, H. G. (2004). Religion, spirituality, and medicine: research findings and implications for clinical practice. *South Med J*, 97(12), 1194-200.
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: A review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-291.
- Koenig H. G. (2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN psychiatry*, 2012, 278730.
<https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Koenig, H. G. (2014). The spiritual care team: Enabling the practice of whole person medicine. *Religions*, 5(4), 1161-1174.
- Koenig, H. G. (2020). Maintaining health and well-being by putting faith into action during the COVID-19 pandemic. *Journal of religion and health*, 59(5), 2205-2214.
- Koenig, H. G., & Büssing, A. (2010). The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. *Religions*, 1(1), 78-85.
- Koenig, H. G., Cohen, H. J., Blazer, D. G., Pieper, C., Meador, K. G., Shelp, F., Goli, V., & DiPasquale, B. (1992). Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *The American journal of psychiatry*, 149(12), 1693-1700. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.12.1693>
- Koenig, H. G., Idler, E., Kasl, S., Hays, J. C., George, L. K., Musick, M., ... & Benson, H. (1999). Religion, spirituality, and medicine: a rebuttal to skeptics. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29(2), 123-131.
- Koenig, H. G., Hamilton, J. B., & Doolittle, B. R. (2021). Training to Conduct Research on Religion, Spirituality and Health: A Commentary. *Journal of religion and health*, 60(3), 2178-2189. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01193-x>

- Koenig, H. G., Hooten, E. G., Lindsay-Calkins, E., & Meador, K. G. (2010). Spirituality in medical school curricula: findings from a national survey. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 40(4), 391-398.
- Koenig, H. G., & Koenig, H. G. (2008). *Medicine, religion, and health: Where science and spirituality meet*. Templeton Foundation Press.
- Koenig HG, Larson DB & Larson SS (2001) Religion and coping with Serious Medical Illness. *The Annals of Pharmacotherapy* 35, 352–359.
- Koenig, H. G., Perno, K., & Hamilton, T. (2017). The spiritual history in outpatient practice: attitudes and practices of health professionals in the Adventist Health System. *BMC medical education*, 17(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0938-8>
- Kørup, A. K., Søndergaard, J., Alyousefi, N. A., Lucchetti, G., Baumann, K., Lee, E., Karimah, A., Ramakrishnan, P., Frick, E., Büssing, A., Schouten, E., Butcher, W., Hefti, R., Wermuth, I., & Hvidt, N. C. (2021). The International NERSH Data Pool of Health Professionals' Attitudes Toward Religiosity and Spirituality in 12 Countries. *Journal of religion and health*, 60(1), 596–619. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01077-6>
- Kørup, A., Søndergaard, J., Alyousefi, N. A., Lucchetti, G., Baumann, K., Lee, E., ... & Hvidt, N. C. (2021). Health professionals' attitudes toward religiosity and spirituality: a NERSH Data Pool based on 23 surveys from six continents. *F1000Research*.
- Kristeller, J. L., Sheedy Zumbrun, C., & Schilling, R. F. (1999). 'I would if I could': how oncologists and oncology nurses address spiritual distress in cancer patients. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 8(5), 451-458.
- Laín Entralgo P, (1999) *Historia de la Medicina*. Editorial Elsevier Masson, ISBN 10: 8445802429 ISBN 13: 9788445802427
- Laín Entralgo, P. (1986). *Ciencia, técnica y medicina*.
- Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians. A working document*. Ottawa: Government of Canada, 1974

- Lane D, Carroll D, Ring C, Gareth Beevers D & Lip GYH (2002) The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology* 7, 11–21.
- Lavender, J. (2019). Soft skills for hard jobs. *Journal of Continuing Education Topics & Issues*, 21(2), 48-53.
- Lee, E., & Baumann, K. (2013). German psychiatrists' observation and interpretation of religiosity/spirituality. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*, 2013, 280168. <https://doi.org/10.1155/2013/280168>
- Lévano, A. C. S. (2016). Acerca de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Revista Educa UMCH*, (07), 06-27.
- Levinas, E. (1993). *Humanismo del otro hombre*. Siglo xxi.
- Lichter, D. A., & Min, D. (2013). Studies show spiritual care linked to better health outcomes. *Health Progress*, 94(2), 62-66.
- Liefbroer, A. I., Ganzevoort, R. R., & Olsman, E. (2019). Addressing the spiritual domain in a plural society: What is the best mode of integrating spiritual care into healthcare?. *Mental health, religion & culture*, 22(3), 244-260.
- Lira, M. T., & Caballero, E. (2020). Adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en salud: Historia y reflexiones del por qué, cómo y cuándo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(1), 85-94.
- López-Tarrida, Á.C., Ruiz-Romero, V., & González-Martín, T. (2020). Cuidando con sentido: la atención de lo espiritual en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional. *Revista Espanola De Salud Publica*, 94, 202001002.
- López-Tarrida, Á. D. C., de Diego-Cordero, R., & Lima-Rodríguez, J. S. (2021). Spirituality in a Doctor's Practice: What Are the Issues?. *Journal of Clinical Medicine*, 10(23), 5612.
- Lorenzo, D. (2018). La espiritualidad en la humanización de la asistencia sanitaria. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (8), 01-11.
- Lucchetti, A., Barcelos-Ferreira, R., Blazer, D. G., & Moreira-Almeida, A. (2018). Spirituality in geriatric psychiatry. *Current opinion in psychiatry*, 31(4), 373-377.

- Lucchetti, G., & Lucchetti, A. L. G. (2014). Spirituality, religion, and health: Over the last 15 years of field research (1999–2013). *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 48(3), 199-215.
- Lucchetti, G., de Oliveira, L. R., Koenig, H. G., Leite, J. R., & Lucchetti, A. L. (2013). Medical students, spirituality and religiosity-results from the multicenter study SBRAME. *BMC medical education*, 13(1), 1-8.
- Lucchetti, G., Ramakrishnan, P., Karimah, A., Oliveira, G. R., Dias, A., Rane, A., Shukla, A., Lakshmi, S., Ansari, B. K., Ramaswamy, R. S., Reddy, R. A., Tribulato, A., Agarwal, A. K., Bhat, J., Satyaprasad, N., Ahmad, M., Rao, P. H., Murthy, P., Kuntaman, K., Koenig, H. G., ... Lucchetti, A. L. (2016). Spirituality, Religiosity, and Health: a Comparison of Physicians' Attitudes in Brazil, India, and Indonesia. *International journal of behavioral medicine*, 23(1), 63–70.
<https://doi.org/10.1007/s12529-015-9491-1>
- Mandela, Nelson (2004) [1994]. *Long Walk to Freedom Volume II: 1962–1994*. London: BBC AudioBooks and Time Warner Books Ltd. ISBN 978-0754087243.
- Martínez Piñeiro, E. (2003). La Técnica Delphi como estrategia de consulta a los implicados en la evaluación de programas. *Revista de Investigación Educativa*, 21(2), 449–463. Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/rie/article/view/99311>
- Martins, H., Dias Domingues, T., & Caldeira, S. (2020). Spiritual well-being in cancer patients undergoing chemotherapy in an outpatient setting: a cross-sectional study. *Journal of Holistic Nursing*, 38(1), 68-77.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Matteson, M. L., Anderson, L., & Boyden, C. (2016). "Soft skills": A phrase in search of meaning. *portal: Libraries and the Academy*, 16(1), 71-88.
- Maxwell, T. P. (2003). Integral spirituality, deep science, and ecological awareness. *Zygon®*, 38(2), 257-276.
- Mayou RA, Gill D, Thompson DR, Day A, Hicks N, Volmink J & Neil A (2000) Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine* 62, 212–219.

- McEvoy, M., Burton, W., & Milan, F. (2014). Spiritual versus religious identity: a necessary distinction in understanding clinicians' behavior and attitudes toward clinical practice and medical student teaching in this realm. *Journal of religion and health*, 53(4), 1249–1256. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9844-0>
- McKee, D. D., & Chappel, J. N. (1992). Spirituality and medical practice. *J fam Pract*, 35(2), 201-205.
- McGhee P, Grant P. A Spirituality and Ethical Behaviour in the Workplace: Wishful Thinking or Authentic Reality. *EJBO Electronic Journal of Business Ethics and Organization Studies*. 2008; 13 (2): 61-69.
- McSherry, W., Draper, P., & Kendrick, D. (2002). The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *International journal of nursing studies*, 39(7), 723–734. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(02\)00014-7](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(02)00014-7)
- Miller, L., Bansal, R., Wickramaratne, P., Hao, X., Tenke, C. E., Weissman, M. M., & Peterson, B. S. (2014). Neuroanatomical correlates of religiosity and spirituality: a study in adults at high and low familial risk for depression. *JAMA psychiatry*, 71(2), 128-135.
- Milner, K., Crawford, P., Edgley, A., Hare-Duke, L., & Slade, M. (2020). The experiences of spirituality among adults with mental health difficulties: a qualitative systematic review. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e34.
- Moadel A, Morgan C, Fatone A, Grennan J, Carter J, Laruffa G, et al. Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population. *Psychooncology*. 1999 Sep-Oct;8(5):378-85. PubMed PMID: 10559797. Eng
- Moberg, D. O. (2005). Research in spirituality, religion, and aging. *Journal of gerontological social work*, 45(1-2), 11-40.
- Moestrup, L., & Hvidt, N. C. (2016). Where is God in my dying? A qualitative investigation of faith reflections among hospice patients in a secularized society. *Death studies*, 40(10), 618-629.

- Monroe, M. H., Bynum, D., Susi, B., Phifer, N., Schultz, L., Franco, M., ... & Garrett, J. (2003). Primary care physician preferences regarding spiritual behavior in medical practice. *Archives of Internal Medicine*, 163(22), 2751-2756.
- Morán-Barrios, Jesús. (2013). Un nuevo profesional para una nueva sociedad. Respuestas desde la educación médica: la formación basada en competencias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 33(118), 385-405. <https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352013000200013>
- Muecke, M. A. (1984). Community health diagnosis in nursing. *Public Health Nursing*, 1(1), 23-35.
- Mueller, P. S., Plevak, D. J., & Rummans, T. A. (2001, December). Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. In *Mayo clinic proceedings* (Vol. 76, No. 12, pp. 1225-1235). Elsevier.
- Muldoon, M., & King, N. (1995). Spirituality, health care, and bioethics. *Journal of religion and health*, 34, 329-350.
- Musa, A. S., Al Qadire, M. I., Aljezawi, M. E., Tawalbeh, L. I., Aloush, S., & Albanian, F. Z. (2019). Barriers to the provision of spiritual care by nurses for hospitalized patients in Jordan. *Research and theory for nursing practice*, 33(4), 392-409.
- Narayanasamy, A., Clissett, P., Parumal, L., Thompson, D., Annasamy, S., & Edge, R. (2004). Responses to the spiritual needs of older people. *Journal of advanced nursing*, 48(1), 6-16.
- Nasa, P., Jain, R., & Juneja, D. (2021). Delphi methodology in healthcare research: How to decide its appropriateness. *World journal of methodology*, 11(4), 116–129. <https://doi.org/10.5662/wjm.v11.i4.116>
- Neathery, M., He, Z., Taylor, E. J., & Deal, B. (2020). Spiritual Perspectives, Spiritual Care, and Knowledge of Recovery Among Psychiatric Mental Health Nurses. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(4), 364–372. <https://doi.org/10.1177/1078390319846548>
- Nissen, R. D., Viftrup, D. T., & Hvidt, N. C. (2021). The process of spiritual care. *Frontiers in Psychology*, 12, 674453.

- Nixon A, Narayanasamy A. The spiritual needs of neuro-oncology patients from patients' perspective. *J Clin Nurs*. 2010 Jun. PubMed PMID: 20529167. ENG.
- Nogués, R. M. (2013). *Cerebro y trascendencia*. Barcelona: Fragmenta.
- Nouwen, H. (1971). *El sanador herido*. Madrid. PPC.
- O'Brien, M. R., Kinloch, K., Groves, K. E., & Jack, B. A. (2019). Meeting patients' spiritual needs during end-of-life care: A qualitative study of nurses' and healthcare professionals' perceptions of spiritual care training. *Journal of Clinical Nursing*, 28(1-2), 182-189.
- Oman, D. (Ed.). (2018). *Why religion and spirituality matter for public health: Evidence, implications, and resources (Vol. 2)*. Springer.
- Osório, I. H. S., Gonçalves, L. M., Pozzobon, P. M., Gaspar Júnior, J. J., Miranda, F. M., Lucchetti, A. L. G., & Lucchetti, G. (2017). Effect of an educational intervention in "spirituality and health" on knowledge, attitudes, and skills of students in health-related areas: A controlled randomized trial. *Medical teacher*, 39(10), 1057–1064. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2017.1337878>
- Oxhandler, H. K., & Giardina, T. D. (2017). Social Workers' Perceived Barriers to and Sources of Support for Integrating Clients' Religion and Spirituality in Practice. *Social work*, 62(4), 323–332. <https://doi.org/10.1093/sw/swx036>
- Palacio Vargas, C. J. (2015). La espiritualidad como medio de desarrollo humano. *Cuestiones teológicas*, 42(98).
- Palmer Kelly, E., Hyer, M., Payne, N., & Pawlik, T. M. (2020). A mixed-methods approach to understanding the role of religion and spirituality in healthcare provider well-being. *Psychology of Religion and Spirituality*, 12(4), 487.
- Palmer Kelly, E., Hyer, M., Tsilimigras, D., & Pawlik, T. M. (2021). Healthcare provider self-reported observations and behaviors regarding their role in the spiritual care of cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 29, 4405-4412.
- Palmer Kelly, E., Paredes, A. Z., Hyer, M., Tsilimigras, D. I., & Pawlik, T. M. (2021). The beliefs of cancer care providers regarding the role of religion and spirituality within the clinical encounter. *Supportive Care in Cancer*, 29, 909-915.

- Panikkar, R. (2015). *Obras completas. Tomo I. Mística y espiritualidad: Vol. 2: Espiritualidad, el camino de la vida*. Herder Editorial.
- Panzini, R. G., Mosqueiro, B. P., Zimpel, R. R., Bandeira, D. R., Rocha, N. S., & Fleck, M. P. (2017). Quality-of-life and spirituality. *International Review of Psychiatry*, 29(3), 263-282.
- Pellegrino, E. D. (1988). For the patient's good: The restoration of beneficence in health care.
- Pellegrino, E. D. (2001). The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions. In *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* (Vol. 26, No. 6, pp. 559-579). Oxford University Press.
- Penderell, A., & Brazil, K. (2010). The spirit of palliative practice: a qualitative inquiry into the spiritual journey of palliative care physicians. *Palliative & supportive care*, 8(4), 415-420. <https://doi.org/10.1017/S1478951510000271>
- Peres, J. F., Moreira-Almeida, A., Nasello, A. G., & Koenig, H. G. (2007). Spirituality and resilience in trauma victims. *Journal of religion and health*, 46, 343-350.
- Peterman, A. H., Fitchett, G., Brady, M. J., Hernandez, L., & Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: the functional assessment of chronic illness therapy--Spiritual Well-being Scale (FACIT-Sp). *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 24(1), 49-58. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2401_06
- Piedmont, R. L. (2001). Spiritual transcendence and the scientific study of spirituality. *Journal of rehabilitation*, 67(1).
- Piscitello, G. M., & Martin, S. (2020). Spirituality, religion, and medicine education for internal medicine residents. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 37(4), 272-277.
- Polzer Casarez, R. L., & Engebretson, J. C. (2012). Ethical issues of incorporating spiritual care into clinical practice. *Journal of clinical nursing*, 21(15-16), 2099-2107.

- Poncin, E., Niquille, B., Jobin, G., Benaim, C., & Rochat, E. (2020). What motivates healthcare professionals' referrals to chaplains, and how to help them formulate referrals that accurately reflect patients' spiritual needs?. *Journal of health care chaplaincy*, 26(1), 1-15.
- Post, S. G., Puchalski, C. M., & Larson, D. B. (2000). Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics. *Annals of internal medicine*, 132(7), 578-583.
- Puchalski, C. M., & Larson, D. B. (1998). Developing curricula in spirituality and medicine. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 73(9), 970-974.
- Puchalski, C., & Romer, A. L. (2000). Taking a spiritual history allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of palliative medicine*, 3(1), 129-137.
- Puchalski, C. M. (2001). The role of spirituality in health care. In *Baylor University Medical Center Proceedings* (Vol. 14, No. 4, pp. 352-357). Taylor & Francis.
- Puchalski, C. M. (2009). Physicians and patients' spirituality: ethical concerns and boundaries in spirituality and health. *AMA Journal of Ethics*, 11(10), 804-815.
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paul, M., Pugliese, K., & Sulmasy, D. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *Journal of palliative medicine*, 12(10), 885-904. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0142>
- Puchalski, C. M., Sbrana, A., Ferrell, B., Jafari, N., King, S., Balboni, T., ... & Ripamonti, C. I. (2019). Interprofessional spiritual care in oncology: a literature review. *ESMO open*, 4(1), e000465.
- Puchalski, C., Jafari, N., Buller, H., Haythorn, T., Jacobs, C., & Ferrell, B. (2020). Interprofessional spiritual care education curriculum: A milestone toward the provision of spiritual care. *Journal of palliative medicine*, 23(6), 777-784.
- Puchalski, C., Ferrell, B. R., Borneman, T., DiFrances Remein, C., Haythorn, T., & Jacobs, C. (2022). Implementing quality improvement efforts in spiritual care:

outcomes from the interprofessional spiritual care education curriculum. *Journal of Health Care Chaplaincy*, 28(3), 431-442.

Pujol, N., Jobin, G., & Beloucif, S. (2016). 'Spiritual care is not the hospital's business': a qualitative study on the perspectives of patients about the integration of spirituality in healthcare settings. *Journal of medical ethics*, 42(11), 733-737.

Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 5(2), 321-336.

Ramondetta, L. M., Sun, C., Surbone, A., Olver, I., Ripamonti, C., Konishi, T., Baider, L., & Johnson, J. (2013). Surprising results regarding MASCC members' beliefs about spiritual care. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 21(11), 2991-2998. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1863-y>

Ransome, Y. (2020). Religion, spirituality, and health: new considerations for epidemiology. *American journal of epidemiology*, 189(8), 755-758.

Rego, F., & Nunes, R. (2019). The interface between psychology and spirituality in palliative care. *Journal of Health psychology*, 24(3), 279-287.

Ribeiro, M. R. C., Damiano, R. F., Marujo, R., Nasri, F., & Lucchetti, G. (2020). The role of spirituality in the COVID-19 pandemic: a spiritual hotline project. *Journal of public health (Oxford, England)*, 42(4), 855-856. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa120>

Robles Garrote, Pilar y Rojas, Manuela del Carmen (2015). La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. *Revista Nebrija*. No. 18. Universidad Nebrija. Madrid, España

Rodin, D., Balboni, M., Mitchell, C., Smith, P. T., VanderWeele, T. J., & Balboni, T. A. (2015). Whose role? Oncology practitioners' perceptions of their role in providing spiritual care to advanced cancer patients. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 23(9), 2543-2550. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2611-2>

Rodríguez-Yunta, E. (2016). Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religiosidad. *Persona y Bioética*, 20(2), 192-204.

- Roselló, F. T. (2003). Necesidades Espirituales del ser humano. Cuestiones preliminares. *Labor hospitalaria: organización y pastoral de la salud*, (271), 7.
- Rousseau, D. (2019). Spirituality and philosophy. In *The Routledge International Handbook of Spirituality in Society and the Professions* (pp. 15-24). Routledge.
- Roy, C., Whetsell, M. V., & Frederickson, K. (2009). The Roy adaptation model and research: Global perspective. *Nursing science quarterly*, 22(3), 209-211.
- Ruiz Andrés R. (2022). La postsecularización. Un nuevo paradigma en sociología de la religión. *Política y Sociedad*, 59(1), e72876. <https://doi.org/10.5209/poso.72876>.
- Rumbold, B., Swift, C., Handzo, G., Cohen, J., Stuber, M. L., Horn, B., ... y West, W. (2012). Modelos de atención espiritual 177. Libro de texto de Oxford de espiritualidad en el cuidado de la salud, 175.
- Rykkje, L., Søvik, M. B., Ross, L., McSherry, W., Cone, P., & Giske, T. (2022). Educational interventions and strategies for spiritual care in nursing and healthcare students and staff: A scoping review. *Journal of clinical nursing*, 31(11-12), 1440-1464.
- Saad, M., de Medeiros, R., & Mosini, A. C. (2017). Are We Ready for a True Biopsychosocial-Spiritual Model? The Many Meanings of "Spiritual". *Medicines (Basel, Switzerland)*, 4(4), 79.
- Sager, E. (2022). Components of successful spiritual care. *Journal of religion and health*, 61(2), 1139-1154.
- Sajja, A., & Puchalski, C. (2018). Training Physicians as Healers. *AMA journal of ethics*, 20(7), E655–E663. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2018.655>
- Sankhe, A., Dalal, K., Save, D., & Sarve, P. (2017). Evaluation of the effect of Spiritual care on patients with generalized anxiety and depression: a randomized controlled study. *Psychology, health & medicine*, 22(10), 1186-1191.
- Saunders C. Watch with Me. Inspiration for a life in hospice care. Lancaster (UK): Observatory Publications; 2005. <https://doi.org/10.3390/medicines4040079>
- Scheunemann, L. P., Ernecoff, N. C., Buddadhumaruk, P., Carson, S. S., Hough, C. L., Curtis, J. R., ... & White, D. B. (2019). Clinician-family communication about

patients' values and preferences in intensive care units. *JAMA internal medicine*, 179(5), 676-684.

Schneiders, S. M. (2003). Religion vs. spirituality: A contemporary conundrum. *Spiritus: a journal of Christian spirituality*, 3(2), 163-185.

Schultz M, Bentur N, Rei Koren Z, Bar Sela G. From pastoral care to spiritual care; transforming the conception of the role of the spiritual care provider. *Harefuah*. 2017; 156 (11):735-9.

Seccareccia, D., & Brown, J. B. (2009). Impact of spirituality on palliative care physicians: personally and professionally. *Journal of palliative medicine*, 12(9), 805–809. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0038>

Selman, L., Young, T., Vermandere, M., Stirling, I., Leget, C., & Research Subgroup of European Association for Palliative Care Spiritual Care Taskforce (2014). Research priorities in spiritual care: an international survey of palliative care researchers and clinicians. *Journal of pain and symptom management*, 48(4), 518–531. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.10.020>

Selby, D., Seccaraccia, D., Huth, J., Kurrpa, K., & Fitch, M. (2016). A Qualitative Analysis of a Healthcare Professional's Understanding and Approach to Management of Spiritual Distress in an Acute Care Setting. *Journal of palliative medicine*, 19(11), 1197–1204. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0135>

Shah, S., Frey, R.A., Shipman, K., Gardiner, F., & Milne, H.R. (2018). A survey to explore health care staff perceptions of spirituality and spiritual care working in a single district health area in New Zealand. *European Journal of Integrative Medicine*.

Sharma, R. K., Astrow, A. B., Texeira, K., & Sulmasy, D. P. (2012). The Spiritual Needs Assessment for Patients (SNAP): development and validation of a comprehensive instrument to assess unmet spiritual needs. *Journal of pain and symptom management*, 44(1), 44-51.

Shattuck, E. C., & Muehlenbein, M. P. (2020). Religiosity/spirituality and physiological markers of health. *Journal of religion and health*, 59(2), 1035-1054.

- Shinners, L., Aggar, C., Grace, S., & Smith, S. (2021). Exploring healthcare professionals' perceptions of artificial intelligence: Validating a questionnaire using the e-Delphi method. *Digital health*, 7, 20552076211003433. <https://doi.org/10.1177/20552076211003433>
- Siler, S., Borneman, T., & Ferrell, B. (2019, June). Pain and suffering. In *Seminars in oncology nursing* (Vol. 35, No. 3, pp. 310-314). WB Saunders.
- Siler, S., Mamier, I., Winslow, B. W., & Ferrell, B. R. (2019, January). Interprofessional perspectives on providing spiritual care for patients with lung cancer in outpatient settings. In *Oncology nursing forum* (Vol. 46, No. 1, p. 49). NIH Public Access.
- Sloan, R. P., Bagiella, E., & Powell, T. (1999). Religion, spirituality, and medicine. *The lancet*, 353(9153), 664-667.
- Slater, W., Hall, T. W., & Edwards, K. J. (2001). Measuring religion and spirituality: Where are we and where are we going?. *Journal of psychology and theology*, 29(1), 4-21.
- Smoljo-Dobrovoljski S. (2021). Psychoanalytic Paradigm and Its Meaning for Christian Anthropology. *Psychiatria Danubina*, 33(Suppl 4), 895-901.
- Smothers, Z. P. W., Tu, J. Y., Grochowski, C., & Koenig, H. G. (2019). Efficacy of an educational intervention on students' attitudes regarding spirituality in healthcare: a cohort study in the USA. *BMJ open*, 9(4), e026358.
- Southard, M. E. (2020). Spirituality: The missing link for holistic health care. *Journal of Holistic Nursing*, 38(1), 4-7.
- Speck PW. Spiritual issues in palliative care. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N eds. *Oxfordtextbook of palliative medicine*. Oxford: OxfordUniversity Press, 1993: 517-24
- Speck, B. W. (2005). What Is Spirituality?. *New directions for teaching and learning*, 104, 3-13.
- Spohn, W. C. (1997). Spirituality and ethics: Exploring the connections. *Theological Studies*, 58(1), 109-123.

- Steurer J. (2011). The Delphi method: an efficient procedure to generate knowledge. *Skeletal radiology*, 40(8), 959–961. <https://doi.org/10.1007/s00256-011-1145-z>
- Strang S, Strang P and Ternestedt BM. Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *J Clin Nurs* 2002; 11: 48–57.
- Streib, H., & Hood, R. W. (2013). Modeling the religious field: Religion, spirituality, mysticism and related world views. *Implicit Religion*, 16(2).
- Streib, H., & Hood, R. W. (2016). Understanding “spirituality”—Conceptual considerations. *Semantics and psychology of spirituality: A cross-cultural analysis*, 3-17.
- Stripp, T. A., Wehberg, S., Büssing, A., Koenig, H. G., Balboni, T. A., VanderWeele, T. J., ... & Hvidt, N. C. (2023). Spiritual needs in Denmark: a population-based cross-sectional survey linked to Danish national registers. *The Lancet Regional Health–Europe*.
- Sulmasy, D. P. (2002). A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *The gerontologist*, 42(suppl_3), 24-33.
- Suzuki, Y., & Kino, K. (2008). Development of the Multidimensional Empathy Scale (MES): Focusing on the distinction between self-and other-orientation. *Japanese Journal of Educational Psychology*, 56(4), 487-497.
- Tanyi RA. Towards clarification of the meaning of spirituality. *J Adv Nurs* 2002; 39: 500–509
- Tanyi, R. A., McKenzie, M., & Chapek, C. (2009). How family practice physicians, nurse practitioners, and physician assistants incorporate spiritual care in practice. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(12), 690–697. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2009.00459.x>
- Thoresen, C. E., & Harris, A. H. (2002). Spirituality and health: what's the evidence and what's needed?. *Annals of behavioral medicine*, 24(1), 3-13.
- The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. (1995). *Social science & medicine* (1982), 41(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)

- Timmins, F., & Caldeira, S. (2017). Assessing the spiritual needs of patients. *Nursing Standard (2014+)*, 31(29), 47.
- Timmins, F., & Caldeira, S. (2017). Understanding spirituality and spiritual care in nursing. *Nursing Standard*, 31(22).
- Timmins, F., & Caldeira, S. (Eds.). (2019). *Spirituality in healthcare: Perspectives for innovative practice* (Vol. 10, pp. 978-3). Cham: Springer International Publishing.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International journal for quality in health care*, 19(6), 349-357.
- Torralba, F. (2002). *Ética del cuidar: fundamentos, contextos y problemas*. Institut Borja de Bioètica.
- Torralba, F. (2016) *Inteligencia espiritual*. Barcelona. España. Plataforma Editorial. 8ª edición. ¿Qué es la Inteligencia espiritual?
- Torralba Roselló, F. (2019). ¿De qué hablamos cuando hablamos de dignidad? *Educación social: revista de intervención socioeducativa*.
- Torres, I. H. (2009). Teología y Espiritualidad. *Prisma*, (15), 63-69.
- Vader, J. P. (2006). Spiritual health: the next frontier. *The European Journal of Public Health*, 16(5), 457-457.
- Valdés, T. L. G. (2004). Las creencias y el proceso salud-enfermedad. *Psicología para América Latina*, (1), 0-0.
- Valiente Barroso, C. (2014), *13 Académicos ante el diálogo ciencia y fe*. Madrid. España. Editorial Síntesis ISBN: 9788490770658
- Valle, M. C., & Rodríguez, M. B. (2013). La convergencia de salud y espiritualidad en la sociedad postsecular. *Las terapias alternativas y la constitución del ambiente holístico. Antropología Experimental*, (13).
- Van de Geer, J., & Leget, C. (2012). How spirituality is integrated system-wide in the Netherlands Palliative Care National Programme. *Progress in palliative Care*, 20(2), 98-105.

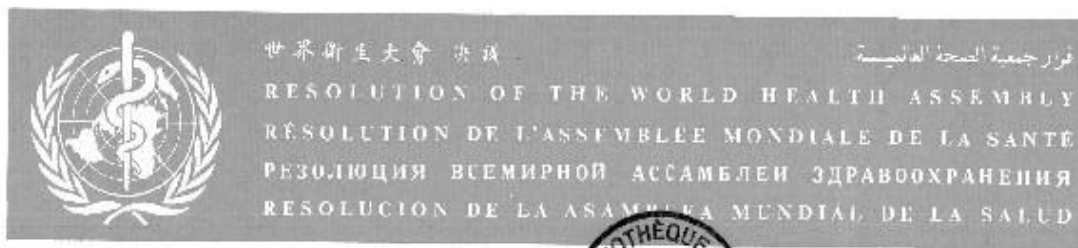
- Van Leeuwen, R., Tiesinga, L. J., Middel, B., Post, D., & Jochemsen, H. (2007). An instrument to measure nursing competencies in spiritual care: validity and reliability of the Spiritual Care Competence Scale. *Towards nursing competencies in spiritual care*, 131-151.
- Van Ness, P. H., & Larson, D. B. (2002). Religion, senescence, and mental health: The end of life is not the end of hope. *The American journal of geriatric psychiatry*, 10(4), 386-397.
- Van Nieuw Amerongen-Meeuse, J. C., Schaap-Jonker, H., Anbeek, C., & Braam, A. W. (2021). Religious/spiritual care needs and treatment alliance among clinical mental health patients. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(3), 370-383.
- VanderWeele, T. J., Balboni, T. A., & Koh, H. K. (2017). Health and spirituality. *Jama*, 318(6), 519-520.
- Varela-Ruiz, M., Díaz-Bravo, L., & García Durán, R. (2012). Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investigación En Educación Médica*, 1(2), 90-95. Recuperado a partir de <http://riem.facmed.unam.mx/index.php/riem/article/view/467>
- Vasconcelos, A. P. S. L., Lucchetti, A. L. G., Cavalcanti, A. P. R., da Silva Conde, S. R. S., Gonçalves, L. M., do Nascimento, F. R., ... & Lucchetti, G. (2020). Religiosity and spirituality of resident physicians and implications for clinical practice—the SBRAMER multicenter study. *Journal of general internal medicine*, 35, 3613-3619.
- Vermandere, M., De Lepeleire, J., Smeets, L., Hannes, K., Van Mechelen, W., Warmenhoven, F., ... & Aertgeerts, B. (2011). Spirituality in general practice: a qualitative evidence synthesis. *British Journal of General Practice*, 61(592), e749-e760.
- Vieten, C., & Lukoff, D. (2022). Spiritual and religious competencies in psychology. *American Psychologist*, 77(1), 26.
- Villalba Nogales, J. (2015). Afrontamiento de la muerte de un niño: los cuidados pediátricos paliativos desde la Atención Primaria. *Pediatría Atención Primaria*, 17(66), 171-183.

- Vlasblom, J. P., van der Steen, J. T., Knol, D. L., & Jochemsen, H. (2011). Effects of a spiritual care training for nurses. *Nurse Education Today*, 31(8), 790-796.
- Walsh, F. (1999). Religion and spirituality: Wellsprings for healing and resilience.
- Walter T. Spirituality in palliative care: opportunity or burden? *Palliat Med* 2002; 16: 1331-1339
- Walton J (1999) Spirituality of patients recovering from an acute myocardial infarction. *Journal of Holistic Nursing* 17, 34-53.
- Walton J (2002) Discovering meaning and purpose during recovery from an acute myocardial infarction. *Dimensions of Critical Care Nursing* 21, 36-43.
- Wasner, M.; Longaker, C.; Fegg, M.J.; Borasio, G.D. Effects of spiritual care training for palliative care professionals. *Palliat. Med.* 2005, 19, 99-104.
- Watson, J. (1999). *Nursing: Human science and human care: A theory of nursing* (Vol. 15, No. 2236). Jones & Bartlett Learning.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., Erikson, P., & ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 8(2), 94-104. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>
- Willemse, S., Smeets, W., Van Leeuwen, E., Nielen-Rosier, T., Janssen, L., & Foudraïne, N. (2020). Spiritual care in the intensive care unit: An integrative literature research. *Journal of Critical Care*, 57, 55-78.
- Winslow, G. R., & Wehtje-Winslow, B. J. (2007). Ethical boundaries of spiritual care. *The Medical journal of Australia*, 186(S10), S63-S66. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01045.x>
- Wisdom, J. P., Cavaleri, M. A., Onwuegbuzie, A. J., & Green, C. A. (2012). Methodological reporting in qualitative, quantitative, and mixed methods health services research articles. *Health services research*, 47(2), 721-745. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01344.x>

- Vitorino, L. M., Lucchetti, G., Leão, F. C., Vallada, H., & Peres, M. F. P. (2018). The association between spirituality and religiousness and mental health. *Scientific reports*, 8(1), 17233. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-35380-w>
- Woodhead, L. (2010). Chapter Two. Real Religion And Fuzzy Spirituality? Taking Sides In The Sociology Of Religion. In *Religions of modernity* (pp. 31-48). Brill.
- Xing, L., Guo, X., Bai, L., Qian, J., & Chen, J. (2018). Are spiritual interventions beneficial to patients with cancer?: A meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA. *Medicine*, 97(35), e11948.
- Yao, M., Wang, Q., Li, Z., Yang, L., Huang, P. X., Sun, Y. L., Wang, J., Wang, Y. J., & Cui, X. J. (2016). A Systematic Review of Cross-cultural Adaptation of the Oswestry Disability Index. *Spine*, 41(24), E1470–E1478. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000001891>
- Zakaria Kiaei, M., Salehi, A., Moosazadeh Nasrabadi, A., Whitehead, D., Azmal, M., Kalhor, R., & Shah Bahrami, E. (2015). Spirituality and spiritual care in Iran: nurses' perceptions and barriers. *International Nursing Review*, 62(4), 584-592.
- Zinnbauer, B. J., Pargament, K. I., & Scott, A. B. (1999). The emerging meanings of religiousness and spirituality: Problems and prospects. *Journal of Personality*, 67(6), 889-919.
- Zohar, Danah y Marshall, Ian (2002) *Inteligencia Espiritual, la inteligencia que permite ser creativo, tener valores y fe*. Ed. Random House Mondadori. Barcelona (ISBN-84-397-0961-7)
- Zsolnai, L., & Flanagan, B. (2019). Spirituality in society and the professions. In *The Routledge International Handbook of Spirituality in Society and the Professions* (pp. 3-4). Routledge.

CAPÍTULO XIII. Anexos

ANEXO I. RESOLUCIÓN DE LA 37ª ASAMBLEA DE SALUD



37ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

Punto 19 del orden del día



WHA37.13
15 de mayo de 1984

LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL EN LA ESTRATEGIA MUNDIAL DE SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000

La 37ª Asamblea Mundial de la Salud,

Visto el informe del Director General sobre la dimensión espiritual en la Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000¹ así como la recomendación del Consejo Ejecutivo al respecto contenida en la resolución EB73.R3;

Entendiendo que la dimensión espiritual entraña un fenómeno que no es material por su naturaleza sino que pertenece al reino de las ideas, especialmente de las ideas que ennoblecen, así como de las creencias, los valores y la ética que surgen en la mente y la conciencia de los seres humanos,

1. DA LAS GRACIAS al Director General por su informe y al Consejo Ejecutivo por su recomendación;
2. HACE SUYAS las ideas contenidas en ese informe;
3. SEÑALA que las ideas ennoblecedoras se hallan en el origen de los ideales de salud que han conducido a establecer una estrategia práctica de salud para todos encaminada a alcanzar una meta compuesta a la vez de un elemento material y de un elemento no material;
4. RECONOCE que, si bien es posible aportar a las poblaciones el elemento material de la estrategia, el elemento no material o espiritual es algo que debe surgir en las mismas poblaciones y comunidades de conformidad con sus características sociales y culturales;
5. ESTIMA que la realización de los ideales de salud que constituyen la base moral de la meta de la salud para todos en el año 2000 contribuirá por sí misma al sentimiento de bienestar de las poblaciones;
6. ENTIENDE que la dimensión espiritual contribuye en gran medida a motivar a las poblaciones en la búsqueda de su propia realización en todos los aspectos de la vida;
7. AFIRMA en consecuencia que las ideas ennoblecedoras no sólo han estimulado la acción sanitaria mundial sino que han añadido a la salud, tal como viene definida en la Constitución de la OMS, una dimensión espiritual;
8. INVITA a los Estados Miembros a que estudien la posibilidad de incluir en sus estrategias de salud para todos una dimensión espiritual, según la definición de la misma contenida en esta resolución y de conformidad con sus características sociales y culturales.

12ª sesión plenaria, 15 de mayo de 1984
A37/VR/12

¹ Documento EB73/1984/REC/1, Anexo 1.

- - -

ANEXO II (CUESTIONARIO NERSH)

Questionnaire of the Network for Research in Faith and Health (NERSH) Religiosity/Spirituality in Health Professions

By filling out this questionnaire you agree to participate in this scientific survey on the impact of values on the health profession. Participation is voluntary. The questionnaire takes about 12 minutes to complete. Your responses will be confidential and your name will not be matched to your answers. If you are not comfortable answering any particular items, just leave those blank, although it will further the scientific validity if you complete the entire questionnaire.

We are grateful to all those involved in the optimization and further development of Farr Curlin's questionnaire and integration of other tools, leading to the present NERSH questionnaire:
K. Baumann, A. Büssing, F. Curlin, E. Frick, N.C. Hvidt, R. Lawrence, E. Lee, Ch. Randwijk, M. Tryphon, I. Wermut, A. Zahn

SECTION A: DEMOGRAPHICS

1. **Age:** years

2. **Gender:**

^[1] Female

^[2] Male

3. **Family status:**

^[1] Married ^[2] Living with a partner

^[3] Divorced ^[4] Single ^[5] Widowed


4. **Employment:**

^[1] Part time

^[2] Full time

5. **Workplace:**

^[1] Hospital ^[2] Nursing home ^[3] Outpatient clinic etc.

^[4] Home care ^[0] Other 


6. **Speciality:**

^[1] Internal medicine ^[2] Surgery ^[3] Orthopedics

^[4] Psychiatry (Psycho Therapy) ^[5] Neurology


^[6] Pediatrics ^[7] Geriatrics ^[8] Anesthesia

^[9] Obstetrics ^[10] Intensive Care

^[8] Other (specify) 

7. **Profession:**

^[1] Medicine ^[2] Nursing ^[3] Chaplaincy

^[4] Psychosocial services ^[5] other 

8. **Employed** since years

9. **Religious affiliation:**

^[1] None ^[2] Roman Catholic ^[3] Orthodox ^[4] Protestant

^[5] Muslim ^[6] Jewish ^[7] Buddhist ^[8] Hindu ^[9] No religious affiliation

^[10] Other (specify) 

10. **Please mark on the scale to what extend your (physical or psychological) health is impaired at the moment (0=not at all, 100=strongly):**

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

SECTION B:

YOUR PERSPECTIVE ON RELIGIOSITY/SPIRITUALITY AND HEALTH


11. Overall, how much influence do you think religion/spirituality has on patients' health?

- Very much ^[1] Much ^[2] Some ^[3] A little ^[4] Very little to none ^[5]

12. Overall, how much influence do you think religion/spirituality has on patients' healing process?

- Very much ^[1] Much ^[2] Some ^[3] A little ^[4] Very little to none ^[5]

13. Is the influence of religion/spirituality on the following illnesses generally positive or negative?

	Generally positive	Generally negative	Both positive and negative	NO influence
a) Psychiatric illnesses	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
b) Cancer	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
c) Chronic pain diseases	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
d) Cardiovascular diseases	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
e) Other: 	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]

14. In general, is it appropriate for a physician to discuss religious/spiritual issues when a patient/relative brings them up?

- Always appropriate ^[1] Usually appropriate ^[2]
 Usually *inappropriate* ^[3] Always *inappropriate* ^[4]

15. In general, is it appropriate for a physician to inquire about a patient's/relative's religion/spirituality?

- Always appropriate ^[1] Usually appropriate ^[2]
 Usually *inappropriate* ^[3] Always *inappropriate* ^[4]

16. When, if ever, is it appropriate for a physician to talk about his or her own religious beliefs or experiences with a patient/relative?

- Never ^[1]
 Only when the patient/relative asks ^[2]
 Whenever the physician senses it would be appropriate ^[3]

17. When, if ever, is it appropriate for a physician to pray with a patient/relative?

- Never ^[1]
 Only when the patient/relative asks ^[2]
 Whenever the physician senses it would be appropriate ^[3]

18. How comfortable would you feel discussing a patient's religious / spiritual concerns, if the patient / relative brought them up?

- Very comfortable ^[1] Comfortable ^[2]
 Uncomfortable ^[3] Very uncomfortable ^[4]

19. Do you ever inquire about patients'/relative's religious/spiritual issues?

- No ^[2] Yes ^[1]

19.1 If YES, how often do you inquire?

- Rarely ^[1] Sometimes ^[2] Often ^[3] Always ^[4]

19.2 If YES, how often have patients/relatives seemed uncomfortable when you inquire?

- Never ^[1] Rarely ^[2] Sometimes ^[3] Often ^[4] Always ^[5]

20. Experiences with religiosity/spirituality in the clinical practice: How are your experiences considering the following statements?

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
a) .Patients/relatives mention religious/spiritual issues like God, prayer, meditation, the Bible, the Koran etc.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]
b) Religiosity/spirituality in general influences the health of patients/relatives positively.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]
c) Religiosity/spirituality helps patients to cope with and endure illness and suffering.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]
d) Religiosity/spirituality leads patients to refuse, delay, or stop medically indicated therapy.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]
e) Patients/relatives receive emotional or practical support from their religious community.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]
f) Religiosity/spirituality gives patients a positive, hopeful state of mind?	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]
g) Religiosity/spirituality helps to prevent severe consequences of disease, i.e. suicide	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]
h) Patients/relatives use religion/ spirituality as a reason to avoid taking responsibility for their own health?	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]
i) Religiosity/spirituality is strengthened or deepened through the experience of illness?	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]


21. In the following clinical situations, how often do you inquire about religious/spiritual issues?

<i>When a patient/relative ... ▼</i>	<i>... you inquire about religious/spiritual issues: ▼</i>				
	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
a) presents with a minor illness or injury,	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]
b) faces a frightening diagnosis or crisis,	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]
c) faces the end of life,	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]
d) suffers from anxiety or depression,	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]
e) comes for a medical history and physical examination,	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]
f) faces an ethical quandary,	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]

22. When religious/spiritual issues come up in discussions with patients/relatives, how often do you respond in the following ways?

	Never	Rarely	Sometimes	Often	Always
a) I listen carefully and empathetically.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]
b) I try to change the subject in a tactful way.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]
c) I encourage patients/relatives in their own religious/spiritual beliefs and practices.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]
d) I respectfully share my own religious ideas and experiences.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]
e) I pray with the patient/relative.	<input type="checkbox"/> ^[1]	<input type="checkbox"/> ^[2]	<input type="checkbox"/> ^[3]	<input type="checkbox"/> ^[4]	<input type="checkbox"/> ^[5]

23. A patient presents to you with continued deep grieving two months after the death of his wife. If you were to refer the patient, to which of the following would you prefer to refer first?

- A health-care chaplain [1]
- A clergy member or other religious counselor [2]
- A psychiatrist or psychologist [3]
- Other (specify): [4]: 

24. In your experience with chaplains and other pastoral care professionals, have you been:


- Very satisfied [1] Satisfied [2] Dissatisfied [3]
- Very dissatisfied [4] I have had no prior experience [5]

25. Does anything discourage you from discussing religion/spirituality with patients/patients' relatives?

- No [2] Yes [1]

25.1 If YES, which of the following reasons discourage you?

(Check all that apply)

- General discomfort discussing religious matters [1]
- Insufficient knowledge/training [2]
- Insufficient time [3]
- Concern about offending patients/relatives [4]
- Concern that my colleagues will disapprove [5]
- Professional neutrality [6]
- Not my task [7]
- I refuse to speak of these matters in my work [8]
- Other (specify): [9] 

26. Overall, do you think the amount of time you spend addressing religious/spiritual issues is:

- Too much [1] Too little [2] The right amount [3]


27. Have you had any formal training regarding religion/spirituality in medicine?

- No [2] Yes [1]

27.1 If YES, was your preparation from any of the following resources???

(Check all that apply)

.....

- Course during medical school, nursing school and/or university [1]
- Book or CME literature [2]
- Grand rounds or other conference [3]
- Training from your religious tradition [4]
- Other (specify): [5] 

27.2. Would you like more training regarding religion/spirituality in medicine?

- No [2] Yes [1]

27.3. Would you like more training regarding religion/spirituality in medicine?

- No [2] Yes [1]

28. The following questions deal with controversial issues in medicine.

Please note if you object to any of the following medical practices, and if so, whether your objection is for religious reasons, reasons unrelated to religion, or both.

	I have no objection	I have religious objections	I have other, not primarily religious objections	I have general objections
a) Physician-assisted suicide	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
b) Withdrawal of artificial life support	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
c) Sedation to the point of unconsciousness in dying patients	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
d) Withdrawal of artificial life support	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
e) Abortion for congenital abnormalities	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
f) Abortion for failed contraception	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
g) Abortion in advanced stages of pregnancy for the purpose of protecting the mother	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]

29. Please imagine the following situation: A patient requests a legal medical procedure (e.g. an abortion), but the patient's treating physician objects to the procedure for religious or moral reasons:

	Yes	No	Undecided
a) Does the physician have an obligation to present all possible options to the patient, including information about obtaining the requested procedure?	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]
b) Does the physician have an obligation to refer the patient to someone who does not object to the requested procedure?	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]
c) Would it be ethical for the physician to plainly describe to the patient why he or she objects to the requested procedure?	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]

Please indicate whether you agree or disagree with each of the following statements.

	Agree strongly	Agree somewhat	Disagree somewhat	Disagree strongly
a) The value of a patient's life is not tied to the patient's quality of life	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
b) Physicians should strongly weigh patient <u>quality of life</u> when making recommendations about instituting or withdrawing life-sustaining treatments	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]

SECTION C:**YOUR RELIGIOUS/SPIRITUAL CHARACTERISTICS**

Note: Whether you consider yourself religious, spiritual, or neither, your perspective is important.

30. Regardless of your attitude toward particular religious beliefs, to what extent do you consider yourself a spiritual person? Would you say you are ...

- Very spiritual ^[1] Moderately spiritual ^[2]
 Slightly spiritual ^[3] Not spiritual at all ^[4]

31. Regardless of whether you belong to a particular religious group or attend religious services, to what extent do you consider yourself a religious person? Would you say you are...

- Very religious ^[1] Moderately religious ^[2]
 Slightly religious ^[3] Not religious at all ^[4]

32. Do you believe in God or a higher power?

- Yes ^[1] No ^[2] Undecided ^[3]

33. Do you believe there is a life after death?

- Yes ^[1] No ^[2] Undecided ^[3]

34. Think about how you try to understand and deal with major problems in your life: Do you look to God (or a higher power) for strength, support and guidance?

- Yes ^[1] No ^[2] Undecided ^[3]

35. Did you ever have a religious or spiritual experience that changed your life?

- No ^[2] Yes ^[1]

35.1 If YES, did the experience occur within the context of practicing medicine?

- No ^[2] Yes ^[1]

Please answer the following questions about your religious beliefs and/or involvement.

36. How often do you attend church or other religious meetings?

- more than once a week ^[6] once a week ^[5]
 a few times a month ^[4] a few times a year ^[3]
 once a year or less ^[2] never ^[1]

37. How often do you spend time in private religious activities, such as prayer, meditation or Bible study?

- more than once a day ^[6] daily ^[5]
 a few times a week ^[4] once a week ^[3]
 a few times a month ^[2] rarely or never ^[1]

38. In my life, I experience the presence of the Divine (i.e. God).

- definitely true of me ^[4] tends to be true of me ^[3]
 tends *not* to be true of me ^[2] definitely *not* true of me ^[1]

39. My religious beliefs are what really lie behind my whole approach to life.

- definitely true of me ^[4] tends to be true of me ^[3]
 tends *not* to be true of me ^[2] definitely *not* true of me ^[1]

40. I try hard to carry my religion over into all other dealings in life.

- definitely true of me ^[4] tends to be true of me ^[3]
 tends *not* to be true of me ^[2] definitely *not* true of me ^[1]

41.	We know that there are very different emotions, attitudes and opinions associated with spirituality. Please read the following statements and indicate how true each one is for you and your situation by circling one number per line.	Does not apply at all	Does not really apply	I can't decide (neither yes or no)	Applies quite well	Definitely applies
S3	I trust in God (or Allah, or JHW, respectively) and turn to Him.	0	1	2	3	4
S4	I am feeling guided and secure.	0	1	2	3	4
S5	I am convinced that soul has its origin in a higher dimension.	0	1	2	3	4
S6	I am convinced that there are higher forces and beings.	0	1	2	3	4
S8	I am convinced that people (or their soul) are reborn	0	1	2	3	4
S10	I try to develop wisdom.	0	1	2	3	4
S11	I strive for insight and truth.	0	1	2	3	4
S12	I strive for beauty and goodness.	0	1	2	3	4
S13	I strive for a more comprehensive consciousness/ awareness.	0	1	2	3	4
S14	My life is a search for answers.	0	1	2	3	4
S15	I am searching for deep insight into the context of life.	0	1	2	3	4
S16	I attempt to achieve openness of spirit.	0	1	2	3	4
S19	I am convinced that people are spiritual beings.	0	1	2	3	4
S21	I deal consciously with myself.	0	1	2	3	4
S22	I deal consciously with others.	0	1	2	3	4
S23	I deal consciously with my environment.	0	1	2	3	4
S25*	I work voluntarily for others.	0	1	2	3	4
S26	I attempt to practice generosity.	0	1	2	3	4
S28	I attempt to develop compassion.	0	1	2	3	4
S33	I have a spiritual orientation in life.	0	1	2	3	4
S34*	I am meditating.	0	1	2	3	4
S35	I pray for others.	0	1	2	3	4
S36	I pray for myself and my concerns.	0	1	2	3	4
S37	I read religious or spiritual books.	0	1	2	3	4
S38	I follow certain rituals or actions.	0	1	2	3	4
S39	I attempt to give expression to the Divine in creation.	0	1	2	3	4
S40	I do not feel alone, even if no one is with me.	0	1	2	3	4

© ASP (Büssing et al., 2007, 2010)

42. To what extent do you agree with the following statements?

	Strongly agréé	Agree	Disa- gréé	Strongly disagréé
a) I feel a deep sense of responsibility for reducing pain and suffering in the world.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
b) The family in which I was raised emphasized the importance of serving those with fewer resources.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
c) For me, the practice of medicine is a calling.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
d) My religious beliefs influence my practice of medicine.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
e) I find it challenging to remain faithful to my religion in my work as a physician.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
e) My experiences as a physician have caused me to question my religious beliefs.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]

© Farr Curlin 2007 Q32 (including items 31 and 32)

43. To what extent do you agree with the following statements?

	Strongly agréé	Agree	Disa- gréé	Strongly disagréé
a) There is a God who concerns Himself with every human being personally.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
b) There is little that people can do to change the course of their lives.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
c) To me, life is meaningful only because God exists.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
d) In my opinion, life does not serve any purpose.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
e) Life is only meaningful if you provide the meaning yourself.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]
f) I have my own way of connecting with God without churches or religious services.	<input type="checkbox"/> [1]	<input type="checkbox"/> [2]	<input type="checkbox"/> [3]	<input type="checkbox"/> [4]

© International Social Survey Programme 2008 Question 19

44.	Below you will find statements given by other people. Please read the statements carefully and then indicate how true each is for you and your current situation by circling one number per line.	Does not apply at all	Does not really apply (neither yes or no)	I don't know	Applies quite well	Definitely applies
F4.2	My spirituality/religiosity helps me to have a deeper connection to my neighbors and the world around me.	0	1	2	3	4
F4.3	My spirituality/religiosity helps me to be aware of how I manage my life.	0	1	2	3	4
F4.4	My spirituality/religiosity helps me to cope better with illness (e.g. in my work with patients) or arising problems.	0	1	2	3	4
F4.7	Being engaged in religion or spirituality helps me to maintain and regain mental and physical health.	0	1	2	3	4
F5.1	Spiritual/religious activity generally brings me a feeling of contentment and inner peace.	0	1	2	3	4
F5.2	In everyday life, my spirituality/religiosity promotes my inner strength.	0	1	2	3	4

© BENEFIT (Büssing et al., 2008)

45.	The following questions deal with your satisfaction with various areas of your life. Please choose one answer for each question that you find most appropriate for your situation. If a question does not reflect your current situation, please simply leave it blank. I would describe my satisfaction with...:	Very dissatisfied	Dissatisfied	Mostly dissatisfied	Mixed feelings	Mostly satisfied	Satisfied	Very satisfied
H1	... my family life ...	0	1	2	3	4	5	6
H2	... my friendships ...	0	1	2	3	4	5	6
H3	... workplace ...	0	1	2	3	4	5	6
H4	... myself ...	0	1	2	3	4	5	6
H5	... where I live ...	0	1	2	3	4	5	6
H6	... overall life ...	0	1	2	3	4	5	6
H7	... my financial situation ...	0	1	2	3	4	5	6
H8	... my future prospects ...	0	1	2	3	4	5	6
G1	... my health...	0	1	2	3	4	5	6
G3	... my ability to cope with everyday life ...	0	1	2	3	4	5	6
G4	... my fitness and vitality	0	1	2	3	4	5	6

© BMLSS (Büssing et al., 2009)

Thank you for your participation!

© NERSH Physician Value Team