

Necesidades espirituales y religiosas y comunicación en cuidados paliativos

Spiritual and religious needs and communication in palliative care

María del Mar Heras Brasero^a, Carlos J. van-der Hofstadt Román^{a,b,c}

^a Departamento de Psicología de la Salud, Universidad Miguel Hernández, España

^b Unidad de Psicología Hospitalaria, Hospital General Universitario Dr. Balmis, España

^c Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), España

Resumen

Introducción: Las necesidades espirituales y religiosas son tenidas cada vez más en cuenta en el ámbito sociosanitario, dado el auge del modelo de la integralidad en los cuidados y de la Atención Integral Centrada en la Persona. **Objetivo:** Describir la utilización en la literatura científica de variables referidas a las necesidades espirituales y religiosas de los pacientes, personas dependientes y/o mayores y sus familiares en los centros sanitarios y sociosanitarios. **Metodología:** Revisión narrativa en las bases de datos: Psycinfo, Psycodoc, Dialnet, Scopus y Pubmed. **Resultados:** Se seleccionaron 72 documentos. Se muestra la evolución de investigadores y profesionales de la salud hacia: la aceptación de las necesidades espirituales/religiosas y sus efectos positivos; la necesidad de atenderlas; la demanda y surgimiento de formaciones, técnicas y herramientas de comunicación; y de su evaluación, y la exigencia de investigaciones más completas. **Conclusiones:** Se reconocen cada vez más los efectos positivos y la utilidad clínica de la dimensión espiritual/religiosa en el ámbito de la salud y la necesidad de formación en habilidades comunicativas.

Palabras clave: Religión; espiritualidad; espiritual; salud; comunicación.

Abstract

Introduction: Spiritual and religious needs are increasingly taken into account in sociosanitary field, due to the rise of the model of integrality in care and Comprehensive Person-Centered Care. **Objective:** To describe the use in the scientific literature of variables related to spiritual and religious needs of patients, dependent and/or elderly people and their relatives in health and social-health centres. **Methodology:** Narrative review in databases: Psycinfo, Psycodoc, Dialnet, Scopus and Pubmed. **Results:** 72 documents were selected. The evolution of researchers and health professionals is shown towards the acceptance of spiritual/religious needs and their positive effects; the need to address them; the demand and emergence of training, techniques and communication tools, and their evaluation; and the demand of more complete research. **Conclusions:** The positive effects and clinical usefulness of the spiritual/religious dimension in health field and the need for training in communication skills are progressively recognized.

Key words: Religion; spirituality; spiritual; health; communication.

Introducción

A lo largo de la historia del ser humano la espiritualidad y la religiosidad (E/R) han tenido una gran importancia en todas las culturas, de tal forma que el cuidado de su salud estaba muy unido a ambas. Pero, sobre todo en occidente, la medicina fue centrándose en la parte fisiológica, anatómica, biológica (Koenig, 2012). No obstante, en las últimas décadas, se han vuelto a tener en cuenta las dimensiones humanas de la espiritualidad y de la religiosidad al concebir a toda persona de forma integral (Frankl, 1993), de modo que para mejorar la calidad de vida de los pacientes, se considera que se deben atender también sus necesidades psicológicas, espirituales y religiosas (Saunders et al., 1995).

En 1964, Cicely Saunders definió el “dolor total”, que incluye elementos sociales, emocionales y espirituales, y lideró el movimiento hospice, origen de los actuales cuidados paliativos, y que proporciona atención total, activa, individual y continua tanto a los pacientes como a sus familias por un equipo multidisciplinario para mejorar su calidad de vida y cubrir todas sus necesidades: físicas, sociales, psicológicas y espirituales (Saunders et al., 1995).

Actualmente, en casi todo el mundo se reconoce el derecho a recibir cuidados espirituales o religiosos (OMS-WHO). Además, a mayor nivel de religiosidad existe una mayor calidad de vida en los enfermos (Balboni et al., 2007), una menor ansiedad ante la muerte, una ayuda ante la adversidad (Koenig et al., 2001). De modo que, a la par que se han ido estudiando e integrando las necesidades humanas (Henderson, 1991; Maslow, 1991; Koenig et al., 2012b), se ha ido abandonado el modelo paternalista a favor de modelos centrados en la persona (Rogers, 1986), sobre todo en el ámbito sociosanitario (Martínez Rodríguez, 2013; Tirado, 2018).

El interés sobre la relación entre E/R y salud ha atraído a numerosos estudiosos de diferentes ámbitos, médico, social, ciencias del comportamiento etc., de tal modo que el volumen de investigación ha explotado literalmente desde mediados de la década de 1990, de forma masiva pero dispersa (Koenig, 2012a). Estas investigaciones han encontrado que la E/R son importantes para un alto porcentaje de personas, incluidos los enfermos terminales, que sienten que sus necesidades espirituales no están satisfechas (Fitchett, et al., 1997; Balboni, et al., 2007); o que influyen en la capacidad de los pacientes médicos y psiquiátricos, para enfrentarse a la enfermedad e incluso a otras situaciones estresantes de su vida (Koenig, 1998). Un gran volumen de investigación muestra que las personas que son más religiosas/espirituales tienen mejor salud mental y se adaptan más rápidamente a los problemas de salud en comparación con los que lo son menos. Estos posibles beneficios para la salud mental y el bienestar tienen consecuencias fisiológicas que impactan sobre la salud física, afectan el riesgo de enfermedad e influyen en la respuesta al tratamiento (Koenig, 2012).

Sin embargo, en el trabajo clínico, muchos profesionales ignoran la E/R de sus pacientes o los recursos que éstas les pueden proporcionar (Curlin, et al., 2007) e incluso son reacios a considerar estas dimensiones dentro de los estudios e investigaciones como una variable a tener en consideración aludiendo a dificultades para su definición, cuantificación, etc., lo que podría considerarse como un sesgo (Koenig et al., 2012b).

En la práctica, las necesidades religiosas/espirituales, contempladas como derechos garantizados por ley en múltiples países, no son satisfechas en numerosas ocasiones (Fonseca Canteros, 2016). Aun así, cada vez se afianza más entre los profesionales sanitarios y sociosanitarios el modelo de Atención Integral Centrado en la Persona que incluye estas necesidades. Se está desarrollando, entre los profesionales, la formación en esta área para identificar esas necesidades, respetarlas y realizar la derivación para que sean satisfechas por personas con preparación para ello. Está reconocido en el ámbito hospitalario (Marabel, 2014) –y en los equipos interdisciplinarios de Cuidados Paliativos específicamente (Estévez et al., 2020)– que son las unidades de acompañamiento espiritual (capellanes, guías espirituales, pastoralistas de salud, etc.) las encargadas de coordinar la asistencia espiritual y religiosa, no solo para los pacientes y familiares, sino también para el equipo de salud.

El objetivo principal de este trabajo es describir la utilización en la literatura científica de variables referidas a las necesidades espirituales y religiosas de los pacientes, personas dependientes y/o mayores y sus familiares en los centros sanitarios y sociosanitarios. El objetivo secundario es identificar las herramientas, técnicas y habilidades de comunicación utilizadas en los diferentes estudios para el manejo de las necesidades espirituales y/o religiosas de los pacientes, personas dependientes y/o mayores y sus familiares por parte de los profesionales.

Metodología

Estudio de la documentación publicada, a fecha de mayo de 2023, realizando una revisión narrativa buscando artículos en las bases de datos: Psycinfo, Psycodoc, Dialnet, Scopus y Pubmed. Se establecen una serie de criterios que deben cumplir los documentos para poderlos incluir en el trabajo. Como criterios de inclusión: 1) Artículos con menos de

10 años; 2) artículos publicados en revistas que cumplen los criterios Latindex y/o JCR para asegurar su calidad; 3) artículos que se centren en el estudio de las necesidades espirituales y religiosas en relación con pacientes y/o personas mayores y sus familiares en el ámbito sanitario (hospitales, cuidados paliativos, etc.) y sociosanitario; 4) artículos que hablen de las herramientas de comunicación adecuadas para dar respuesta a estas necesidades; y 5) artículos en inglés, castellano y portugués. Y como criterios de exclusión: 1) artículos de opinión; 2) artículos con acceso de pago; y 3) artículos sin acceso online.

Resultados

En total se seleccionaron 72 artículos (Tabla 1). En las Tablas 2 y 3 de Anexos se presenta más información sobre la búsqueda. De igual modo, en la Figura 1 aparece el esquema de ese proceso de revisión, de acuerdo a las recomendaciones del grupo PRISMA (Moher et al., 2014).

Tabla 1. Bases de datos y artículos seleccionados por bases y total final.

| Bases de Datos | Artículos Encontrados | Artículos con Limitadores | Artículos Seleccionados | Artículos Seleccionados (sin repeticiones) |
|----------------|-----------------------|---------------------------|-------------------------|--|
| Psycinfo | 1623 | 273 | 14 | 14 |
| Psicodoc | 172 | 172 | 10 | 8 |
| Dialnet | 3005 | 681 | 16 | 13 |
| Scopus | 78128 | 275 | 22 | 21 |
| Pubmed | 9864 | 915 | 16 | 16 |
| Total: | 92792 | 2316 | 78 | 72 |

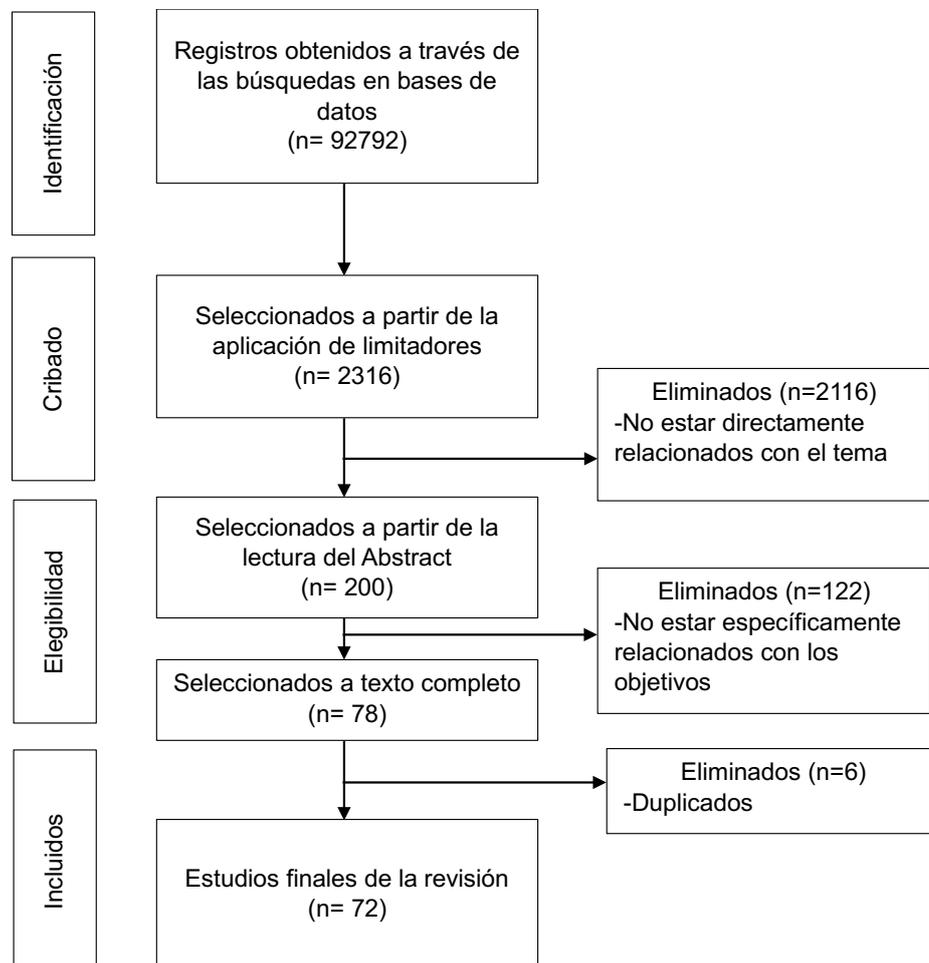


Figura 1. Proceso de selección siguiendo el esquema PRISMA (Moher et al., 2014).

A continuación, presentamos un resumen de los principales resultados agrupados en nueve temas.

Los conceptos de espiritualidad y religiosidad

Existe una importante dificultad para definir espiritualidad y religiosidad (E/R) (Arenas-Massa et al., 2020; Appleby et al., 2018; Harrad et al., 2019; Lavorato Neto et al., 2018; Queiroga, 2018; Raddatz et al., 2019; Sandoval et al., 2014; Steinhauer et al., 2017; Vargas-Escobar et al., 2019). Son conceptos con conexión entre sí (Arenas-Massa et al., 2020) y tanto la una como la otra son constructos, multifactoriales y multidimensionales (Carrero Planes et al., 2015; Gallardo-Peralta et al., 2018; Gallardo y Sánchez, 2020; Miquel Diego et al., 2022; Steinhauer et al., 2017; Thiengo et al., 2019). No son conceptos intercambiables, existe la diferencia entre espiritualidad y religión (Cone y Giske, 2022; Kowalczyk et al., 2022; Sandoval et al., 2014; Thiengo et al., 2019) y a mayor edad más se distinguen (Arenas-Massa et al., 2020; López-Tarrida et al., 2020), con el individualismo predomina la espiritualidad (Arenas-Massa et al., 2020; Queiroga, 2018), se identifica lo espiritual con lo individual y lo religioso con lo social (Arenas-Massa et al., 2020; Gallardo-Peralta et al., 2018). Hay una reconocida necesidad de consenso (Arenas-Massa et al., 2020; Evangelista et al., 2016; Miquel Diego et al., 2022) y de un marco filosófico claro, con conceptos más definidos (Appleby et al., 2018; Harrad et al., 2019; Steinhauer et al., 2017).

Reconocimiento de la espiritualidad/religiosidad en salud

La oposición histórica a un modelo biopsicosocial-espiritual del ser humano ha sido problemática (Best et al., 2016; Pérez-García, 2016), con la renuncia de los profesionales de muy diversos países (Etiopía, Australia, Nueva Zelanda o China) (Best et al., 2016; Chen et al., 2022; Cone y Giske, 2022; Seid y Eneyew, 2022) y el apoyo de otros para reconocer la espiritualidad como herramienta positiva (Miqueletto et al., 2017), como en Austria (Rassoulilian et al., 2016), o como en Dinamarca que han desarrollado modelos conceptuales (Hvidt et al., 2016; Hvidt et al., 2020). Van apareciendo cambios de mentalidad, cambios en la evolución del enfoque de los estudios y artículos sobre estas necesidades (Melo et al., 2015; Sandoval et al., 2014). Se nota una evolución positiva incluso en psiquiatría (Chow et al., 2021; Lavorato Neto et al., 2018). El cambio de mentalidad, actitudes, etc. respecto a las necesidades espirituales y la atención (cuidado, apoyo) espiritual se da en profesionales de la salud y en estudiantes y residentes (Chahrour et al., 2021; Fopka-Kowalczyk et al., 2022; Lavorato Neto et al., 2018; Rassoulilian et al., 2016; Voetmann et al., 2022).

Van surgiendo movimientos específicos en esta línea. La psicología existencial (Voetmann et al., 2022) con la dimensión no verbal de los cuidados, presencia corporal y relacional de los médicos (Dinamarca) y también la relación entre médicos y pacientes, relación de confianza (Hvidt et al., 2020), la importancia de la presencia profesional y personal (Braam, 2017) y las necesarias relaciones interpersonales de cuidados (Vargas-Escobar et al., 2019). La psicología humanista (Panczyk et al., 2021) (Polonia) con el enfoque en la Práctica Basada en la Evidencia (PBE), con la humanización de la Asistencia (López-Tarrida et al., 2020; Lorenzo, 2018; Queiroga, 2018). La filosofía de Jean Watson para lograr la humanización del cuidado enfermero, en la que se destaca la capacidad de trascendencia del espíritu dependiendo de la fortaleza de la misma (Rosas-Cervantes et al., 2020) y la integración e integridad en la salud (Miquel Diego et al., 2022; Queiroga, 2018; Vargas-Escobar et al., 2019).

Los actuales estudios de gerontología, centrados en las necesidades de las personas mayores, tienen cada vez más en cuenta el tema de la E/R (Arenas-Massa et al., 2020). Los principios de la bioética están cogiendo una mayor fuerza y preponderancia (Arenas-Massa et al., 2020; Esperandio y Leget, 2020; Rodríguez-Yunta, 2016). Además, se habla de una base ética porque la dimensión E/R y los valores y creencias están relacionados con la toma de decisiones clínicas (Barboza, 2013; Cardoso et al., 2014; Gallardo Vergara et al., 2022; Hvidt et al., 2020; Kowalczyk et al., 2022; López-Tarrida et al., 2021; Queiroga, 2018).

En los artículos encontrados se reveló la importancia de la dimensión espiritual (Cardoso et al., 2014; Evangelista et al., 2016; Fonseca Canteros, 2022; Harrad et al., 2019; Lavorato Neto et al., 2018; Queiroga, 2018; Thiengo et al., 2019), de la dimensión existencial y de su faceta E/R (Arenas-Massa et al., 2020; Braam, 2017; Harris y Klee, 2023; Hvidt et al., 2016) y de la necesidad de dar una respuesta a esas necesidades E/R dentro de un ámbito más amplio que el biopsicosocial, incluyendo la dimensión trascendencia/espiritualidad/religiosidad (Arenas-Massa et al., 2020;

Los estudios revelaron la importancia de la dimensión espiritual, de la dimensión existencial y de su faceta E/R y de la necesidad de dar una respuesta a esas necesidades

Ascencio Huertas, 2020; Batstone et al., 2020; Cardoso et al., 2014; Connolly y Timmins, 2021; Gallardo y Sánchez, 2020; Gobatto y Araujo, 2013; Harris y Klee, 2023; Lavorato Neto et al., 2018; López-Tarrida et al., 2020; Lorenzo, 2018; Lou et al., 2022; Miquel Diego et al., 2022; Pérez-García, 2016; Queiroga, 2018; Quinn y Connolly, 2023; Rassoulouian et al., 2016; Rosas-Cervantes et al., 2020; Steinhorn et al., 2017; Vargas-Escobar et al., 2019).

Los temas E/R son frecuentes en la asistencia (Gobatto y Araujo, 2013) y suele ser una demanda informal (la del cuidado de las necesidades E/R) (Raddatz et al., 2019). Los pacientes se quejan de que no se atienden sus necesidades/demandas E/R (Torres et al., 2020), que no están cubiertas (Gobatto y Araujo, 2013) ni tampoco para las familias (Miqueletto et al., 2017; Torres et al., 2020; Vargas-Escobar et al., 2019) que también se quejan (Miqueletto et al., 2017; Torres et al., 2020). Se ha encontrado un estudio reciente en el que estas necesidades no se encontraban entre las importantes para los enfermos (Evans Webb et al., 2021).

La OMS reconoce el cuidado espiritual como buenas prácticas en los cuidados sanitarios (Esperandio y Leget, 2020; Harrad et al., 2019; Rudilla et al., 2015) y especialmente en los cuidados paliativos (Quinn y Connolly, 2023; Rudilla et al., 2015). Está reconocida la relación estrecha entre cuidados espirituales y cuidados paliativos (Arenas-Massa et al., 2020; Ascencio Huertas, 2020; Evangelista et al., 2016; Miquel Diego et al., 2022; Pérez-García, 2016; Rudilla et al., 2015; Sandoval et al., 2014; Steinhorn et al., 2017; Steinhorn et al., 2017). En 2010, la European Association for Palliative Care (EAPC) fundó un Grupo de Trabajo de Cuidado Espiritual (Quinn y Connolly, 2023) y, en 2023, la revista BMC Palliative Care publicó una editorial invitando a estudiosos, investigadores y profesionales a investigar y publicar sobre el cuidado espiritual en cuidados paliativos. Se reconoce a su vez la relación entre los cuidados espirituales y el proceso de final de vida (Arenas-Massa et al., 2020; Ascencio Huertas, 2020; Batstone et al., 2020; Chahrour et al., 2021; Pérez-García, 2016; Rosas-Cervantes et al., 2020; Rudilla et al., 2015; Van der Steen et al., 2014; Vega Ayasta et al., 2020; de Voogd et al., 2020).

Por otro lado, vemos como aumentan las necesidades espirituales con las enfermedades graves (Nissen et al., 2021; Queiroga, 2018) y la edad (Gallardo-Peralta et al., 2018; Rosas-Cervantes et al., 2020). Es importante lo significativo, el legado espiritual, el sentido de la vida para personas en su fase de final de vida (Arenas-Massa et al., 2020; Braam, 2017; Carrero Planes et al., 2015; Melo et al., 2015; Miquel Diego et al., 2022; Queiroga, 2018; Rudilla et al., 2015; Vega Ayasta et al., 2020; de Voogd et al., 2020). La no atención al cuidado de las necesidades espirituales tiene efectos negativos en los pacientes (Arenas-Massa et al., 2020; Barboza, 2013; Nissen et al., 2021) provocando sufrimiento y/o angustia espiritual, que es diferente al dolor físico (Harrad et al., 2019; Pérez-García, 2016; Vargas-Escobar et al., 2019).

Detección y evaluación de las necesidades espirituales y religiosas

Una de las primeras demandas en este ámbito es el de la detección y evaluación de las necesidades E/R, existiendo la “necesidad de herramientas de detección y evaluación que se desarrollen rigurosamente, sean clínicamente relevantes y adaptadas a una diversidad de entornos clínicos y culturales” (Balboni et al., 2017, p. 441).

Para la identificación de necesidades E/R existen instrumentos como el Utrecht 4-Dimensional Symptom Diary (USD-4D) (de Vries et al., 2021) y el Brief Multidimensional Measure Of Religiousness/ Spirituality (BMMRS) (Idler et al., 2003). A partir de este último se ha hecho una adaptación en Chile con personas mayores: Índice Breve de Religiosidad y Espiritualidad (Gallardo-Peralta et al., 2018). Son muy necesarios estos instrumentos (Ascencio Huertas, 2020) pero hay falta de medida y de evaluación de estas necesidades (Vargas-Escobar et al., 2019) porque, aunque hay herramientas evaluadoras, la falta de consenso a nivel conceptual dificulta su diseño e implementación. Se necesita uniformidad en la evaluación de las R/E (Abu et al., 2018) y de un lenguaje compartido (Rodríguez-Yunta, 2016).

Efectos de la espiritualidad/religiosidad en la salud

Lorenzo (2018) habla de dos vertientes de lo espiritual: como necesidad (pasivo) y como capacidad (activo) que es de donde salen los efectos positivos, afrontamientos, etc. En su revisión Gonçalves et al. (2017) encuentran “pequeños efectos positivos de las intervenciones religiosas y espirituales en calidad de vida y dolor y efectos positivos muy pequeños en la actividad física, la promoción de comportamientos de salud y la práctica clínica de los profesionales de la salud” (p. 2/21).

En otras revisiones y estudios se habla de la positividad de la dimensión espiritual (Melo et al., 2015; Gallardo Vergara et al., 2022; Thiengo et al., 2019) y los resultados indican que la E/R es un recurso y una estrategia para la

atención sociosanitaria por sus efectos positivos: frente a la depresión y los problemas físicos (Gallardo y Sánchez, 2020; Harrad et al., 2019; da Silva, 2020), como recurso frente a las adversidades (Cardoso et al., 2014; Melo et al., 2015; Harrad et al., 2019; Kowalczyk et al., 2022; Miqueletto et al., 2017; Rodríguez-Yunta, 2016; da Silva, 2020; Torres et al., 2020), como fuente de capacidades (Lorenzo, 2018) y como facilitador (Raddatz et al., 2019). También se habla de su influencia positiva en la salud (Gobatto y Araujo, 2013; Harrad et al., 2019; Rosas-Cervantes et al., 2020; da Silva, 2020), de resiliencia y ante la depresión (Carrero Planes et al., 2015; de Diego-Cordero et al., 2022; Harrad et al., 2019), de apoyo y resiliencia (Rodríguez-Yunta, 2016; Rosas-Cervantes et al., 2020), como autocuidado para los propios profesionales (Kowalczyk et al., 2022), como recursos psicosociales (Gallardo-Peralta et al., 2018) y que “podría modular las respuestas inmunológicas y conductuales para ayudar a mejorar la calidad de vida y la salud de nuestros pacientes” según Barboza (2013) decía en una conferencia en 2013 (p. 53).

Frente a estos efectos positivos se encuentran los efectos negativos de la E/R que se han tenido en cuenta en las revisiones (Dein, 2018; Gallardo Vergara et al., 2022), la negatividad de algunas prácticas religiosas (Gallardo Vergara et al., 2022; Thiengo et al., 2019) y de ciertos factores de la religión (Melo et al., 2015). Torres et al. (2020) consideran el afrontamiento religioso espiritual (CRE) como una de las estrategias de afrontamiento que se utilizan para adaptarse a circunstancias adversas o estresantes que, cuando es negativo, provoca efectos negativos (p. 275).

Abundan los estudios que han encontrado efectos positivos de la E/R (Melo et al., 2015; Rosas-Cervantes et al., 2020; Rudilla et al., 2015), también en psiquiatría (Dein, 2018; Moreira Almeida et al., 2014), como bienestar espiritual (Arenas-Massa et al., 2020; Cardoso et al., 2014; Harrad et al., 2019; Lou et al., 2022; Vargas-Escobar et al., 2019), relacionados con la calidad de vida, considerando que la atención espiritual aumenta la calidad de vida y los efectos positivos (Barboza, 2013; de Diego-Cordero et al., 2022; Gallardo Vergara et al., 2022; Nissen et al., 2021; Torres et al., 2020), que aumenta la calidad de vida y el bienestar sobre todo en personas mayores (Gallardo-Peralta et al., 2018) y, concretamente, el bienestar subjetivo (Arenas-Massa et al., 2020). Cuanto más religiosa la persona, mayor bienestar espiritual y mejor afrontamiento y superación de las consecuencias de la enfermedad (Cardoso et al., 2014; Harrad et al., 2019). En la revisión de Abu et al. (2018) a niveles más altos de R/E mejor calidad de vida, pero también encontraron que la mitad de los estudios presentan una relación negativa o nula, por lo que hay necesidad de más investigación. Por su parte, Willemse et al. (2020) analizaron 113 estudios y concluyeron que “la espiritualidad es un componente esencial de la calidad de vida” (p. 55) y que alivia la angustia de enfermos y familiares.

Barreras y obstáculos para la atención de la espiritualidad y religiosidad

Una de las variables más investigadas en los artículos estudiados es la reticencia de los profesionales, es decir, barreras y obstáculos ante el tema de la E/R (Shamsi et al., 2022). Se habla de miedo (López-Tarrida et al., 2020; Fonseca Canteros, 2022), privacidad, falta de tiempo y espacios adecuados y falta de formación (Ascencio Huertas, 2020; Batstone et al., 2020; Chahrouh et al., 2021; López-Tarrida et al., 2021), de actitudes (López-Tarrida et al., 2020; Rassoulilian et al., 2016), de timidez, formación, elementos culturales, falta de autoconciencia existencial y de que es un tema tabú (Carrero Planes et al., 2015; Harris y Klee, 2023; Hvidt et al., 2016), de las condiciones personales del profesional (autorreflexión, autoconocimiento,...) (Chahrouh et al., 2021; Chow et al., 2021; Thiengo et al., 2019) y de los recursos personales del profesional (López-Tarrida et al., 2020; Sandoval et al., 2014).

Al hablar de los profesionales de la salud se encuentran problemas de capacitación general en cuidados paliativos (Ascencio Huertas, 2020; Chen et al., 2022; Thiengo et al., 2019), la necesidad de mejorarla y, específicamente, también respecto a las necesidades espirituales (Evangelista et al., 2016; Miquel Diego et al., 2022; Pérez-García, 2016; Sandoval et al., 2014). Existe la necesidad de investigaciones sobre cuidados espirituales en cuidados paliativos para apoyar a sus profesionales (Evangelista et al., 2016) y lo mismo para cuidados en psiquiatría (Lavorato Neto et al., 2018). Se detecta miedo, sobre todo en el campo de la salud mental (psiquiatría, demencia), a que la R/E desencadene problemas (Cone y Giske, 2022; Gallardo Vergara et al., 2022; Lavorato Neto et al., 2018; Van der Steen et al., 2014) pero también la necesidad de atención E/R en este entorno (Braam, 2017; Dein, 2018; Harris y Klee, 2023; Lavorato Neto et al., 2018; Moreira Almeida et al., 2014; Shamsi et al., 2022).

Profesionales de la salud y otras figuras relacionadas

Los médicos reconocen la necesidad de los cuidados R/E, pero son las enfermeras las que los llevan más a la práctica, aunque sea informalmente, dan cuidados más integrales (Batstone et al., 2020; López-Tarrida et al., 2021; Pérez-García, 2016; Vargas-Escobar et al., 2019). Los médicos reconocen más esta necesidad que las enfermeras

y los auxiliares, pero siguen siendo las enfermeras las más sensibilizadas y las que los tienen más en cuenta en la práctica (López-Tarrida et al., 2020). Los profesionales de los que más se habla son las enfermeras (Batstone et al., 2020; Connolly y Timmins, 2021; Damsma-Bakker y van Leeuwen, 2021; Lavorato Neto et al., 2018; Pérez-García, 2016; Rosas-Cervantes et al., 2020; Seid y Eneyew, 2022; Vargas-Escobar et al., 2019; Vega Ayasta et al., 2020).

Una figura que se empieza a valorar es la del psicólogo para atender necesidades psicológicas, sociales y espirituales (Ascencio Huertas, 2020; Melo et al., 2015) gracias al auge del modelo de Atención Integral Centrada en la Persona y a la importancia de los aspectos psicosociales (Ascencio Huertas, 2020; Chen et al., 2022). Hay una aproximación más psicológica a los conceptos de E/R en los últimos estudios en detrimento de enfoques más trascendentes (Arenas-Massa et al., 2020), considerando la E/R como un proceso psicológico (Gallardo y Sánchez, 2020; Torres et al., 2020) o el cuidado espiritual en sí como un proceso psicológico (Nissen et al., 2021). Se habla de áreas de oportunidad para los psicólogos de cuidados paliativos en cuanto a la evaluación y manejo de los aspectos espirituales (Ascencio Huertas, 2020; Miquel Diego et al., 2022).

Se plantea la necesidad de que exista un departamento específico (López-Tarrida et al., 2020) como el ya existente SAER (Servicio de Acompañamiento Espiritual y Religioso) (López-Tarrida et al., 2020) pero también que la atención espiritual no solo debe ser cosa del SAER, del clero o el capellán sino de todo el equipo de atención médica por ser algo holístico, integral (Balboni et al., 2017; Connolly y Timmins, 2021; Steinhorn et al., 2017). Se incide en la importancia de la colaboración médico-capellán y de saber derivar al capellán (Fonseca Canteros, 2022), porque no se deriva (Hvidt et al., 2016).

Se demanda que sean las universidades católicas las que formen a sacerdotes y religiosos en cuidados paliativos, para atender la pastoral sanitaria y la asistencia al final de la vida (Arenas-Massa et al., 2020). Es importante la labor y colaboración de los voluntarios en esta área (Lou et al., 2022) y la labor de los cuidadores informales también con un importante sentimiento y creencia espiritual reflejados en oración y culto (Rosas-Cervantes et al., 2020). La comunidad de fe añade solidaridad y aceptación del otro, empatía (Rodríguez-Yunta, 2016), se habla de la religiosidad como experiencia colectiva y de integración social (Gallardo y Sánchez, 2020; Steinhorn et al., 2017; Torres et al., 2020) y de apoyo social (Arenas-Massa et al., 2020; Barboza, 2013; Melo et al., 2015). También se destaca el apoyo familiar, la importancia de las familias (Cardoso et al., 2014; Chen et al., 2022; de Voogd et al., 2020), la necesidad de éstas de ser apoyadas en E/R (Carrero Planes et al., 2015; Miqueletto et al., 2017; Sandoval et al., 2014; Torres et al., 2020; Vargas-Escobar et al., 2019) y la importancia de lo que digan al respecto familias y líderes religiosos (de Voogd et al., 2020).

En estudios más recientes surge la necesidad de la existencia de equipos multidisciplinares e interdisciplinares formados por médicos, personal de enfermería, psicólogos y proveedores o consejeros espirituales (Balboni et al., 2017; Cardoso et al., 2014; Harris y Klee, 2023; López-Tarrida et al., 2020; Rassoulilian et al., 2016; Shamsi et al., 2022; Vargas-Escobar et al., 2019). De estos equipos se señala su necesidad de formación, capacitación, conocimientos o competencia profesional en esta área de lo E/R (Ascencio Huertas, 2020; Balboni et al., 2017; Harris y Klee, 2023; López-Tarrida et al., 2020; Miquel Diego et al., 2022; Moghimian y Irajpour, 2022; Sandoval et al., 2014).

El tema de la necesidad de formación estructurada de los profesionales de la salud en cuanto a las necesidades E/R y su atención es común y reiterativo en los artículos analizados (Arenas-Massa et al., 2020; Chen et al., 2022; Melo et al., 2015; Harhara et al., 2022; Harrad et al., 2019; Harris y Klee, 2023; Hvidt et al., 2016; López-Tarrida et al., 2020; López-Tarrida et al., 2021; Moghimian y Irajpour, 2022; Raddatz et al., 2019; Seid y Eneyew, 2022; Shamsi et al., 2022; Vargas-Escobar et al., 2019; Willemse et al., 2020).

Formación estructurada en espiritualidad y religiosidad

En los últimos años ya hay algunas iniciativas de programas de estudio en diferentes países como Polonia, Irán, Brasil, América del Norte o Reino Unido (Chahrour et al., 2021; Chow et al., 2021; Fopka-Kowalczyk et al., 2022; Moreira Almeida et al., 2014; de Oliveira et al., 2021; Panczyk et al., 2021; Shamsi et al., 2022). De igual modo, se plantean diferentes currículos, métodos y técnicas para su formación (Chahrour et al., 2021; Chow et al., 2021; Cone y Giske, 2022; Damsma-Bakker y van Leeuwen, 2021; de Oliveira et al., 2021; Panczyk et al., 2021; Shamsi et al., 2022). Se habla de la importancia de la formación y competencia profesional con técnicas combinadas y en grupo (Damsma-Bakker y van Leeuwen, 2021), con combinación de la práctica clínica y el cuidado religioso (Balboni et al., 2017; Moreira Almeida et al., 2014; Vargas-Escobar et al., 2019), de la necesidad de entrenamiento y de practicar (Miquel Diego et al., 2022; Sandoval et al., 2014; Vargas-Escobar et al., 2019), dado que en la práctica es diferente (Raddatz et al., 2019).

A la necesidad de experiencia práctica se une la necesidad de modelos a seguir y mentores (Shamsi et al., 2022) y la necesidad de formación para la coordinación de psicólogos y capellanes (Harris y Klee, 2023). Se precisa evaluación de esta formación (Arenas-Massa et al., 2020; Balboni et al., 2017; Chow et al., 2021; Damsma-Bakker y van Leeuwen, 2021; Harrad et al., 2019; Miquel Diego et al., 2022; de Oliveira et al., 2021). Y se precisa la sensibilización de los gestores, administradores y educadores sobre esta formación de los profesionales de la salud (Damsma-Bakker y van Leeuwen, 2021) y sobre cuidados paliativos y situaciones de fin de vida (Carrero Planes et al., 2015). Se requieren políticas públicas para apoyar este cuidado E/R (Batstone et al., 2020; Esperandio y Leget, 2020; Harhara et al., 2022; Vargas-Escobar et al., 2019).

Técnicas y herramientas de comunicación para la atención de las necesidades espirituales y religiosas

En España, el counselling es una de las técnicas más utilizadas en necesidades espirituales (Pérez-García, 2016; Rudilla et al., 2015) y existe un programa formativo de espiritualidad en clínica que lleva cinco años impartándose: el Curso de Actualización en Espiritualidad en Clínica (CAEC) (Miquel Diego et al., 2022) con evaluaciones positivas por parte de los participantes. Trata de desarrollar las habilidades, actitudes y la adquisición de conocimientos espirituales en el ámbito sanitario con una orientación práctica e interdisciplinar. En cuanto a las prácticas espirituales en entornos de atención se habla de las oraciones, la meditación, el hablar y otros, que pueden afectar al estado mental, pero falta investigación de cómo afectan al estado mental (Lavorato Neto et al., 2018).

Es importante el contacto humano en la atención médica y en el cuidado espiritual (Voetmann et al., 2022), crear un ambiente adecuado, facilitador (López-Tarrida et al., 2020; Vargas-Escobar et al., 2019), la comunicación médico-familia también respecto a las necesidades espirituales (Harhara et al., 2022; Van der Steen et al., 2014), de ahí que sean tan importantes las competencias comunicativas (Chen et al., 2022; Harhara et al., 2022; Kowalczyk et al., 2022; Panczyk et al., 2021; Rodríguez-Yunta, 2016; Voetmann et al., 2022), la necesidad de escuchar (Braam, 2017) y la “auténtica relación de comunicación”, del modelo de Henry Nowen (Pérez-García, 2016). Se habla de la importancia de las habilidades (Chow et al., 2021; Cone y Giske, 2022; Hvidt et al., 2020; Kowalczyk et al., 2022; López-Tarrida et al., 2020; Miquel Diego et al., 2022; Rodríguez-Yunta, 2016). En cuanto a las herramientas del cuidado espiritual (Esperandio y Leget, 2020; de Vries et al., 2021) se mencionan el modelo ELMO (Braam, 2017) y el counselling (Pérez-García, 2016; Rudilla et al., 2015). “Respecto a las denominadas terapias de “tercera generación”, como el Mindfulness, la Terapia de Aceptación y Compromiso o las terapias centradas en los valores, todavía no se conoce evidencia, si bien cada vez se están estudiando más en el campo de paliativos” según la opinión de Rudilla et al. (2015) (p. 80) y, sin embargo, encuentran que la psicoterapia centrada en el sentido ha sido eficaz, al igual que la psicoterapia de grupo cognitivo-existencial y la terapia denominada CALM (Managing Cancer And Living Meaningfully) a las que consideran como técnicas probadas (Rudilla et al., 2015).

También se habla de la detección de las necesidades E/R y trabajar el sentido de la vida para evitar el duelo patológico y el sufrimiento en el final de vida (Carrero Planes et al., 2015), la revisión de vida y la misma atención espiritual como herramientas para promover bienestar espiritual (Connolly y Timmins, 2021; Vega Ayasta et al., 2020) e incluso la medicina integrativa en América del Norte con masajes, acupuntura, rei ki, aromaterapia y suplementos dietéticos, no aprobados por la medicina heterodoxa pero que ofrece vías no verbales y no cognitivas que proporcionan calma similar a la oración profunda o la meditación para los no creyentes/ no religiosos (Steinhorn et al., 2017).

Investigación en necesidades espirituales y religiosas en salud

Se considera esencial la evaluación de las intervenciones, del plan del cuidado y apoyo espiritual para ver sus efectos (Chahrour et al., 2021; López-Tarrida et al., 2021; Moghimian y Irajpour, 2022; Moreira Almeida et al., 2014; Nissen et al., 2021; Quinn y Connolly, 2023; Shamsi et al., 2022; Willemse et al., 2020), tanto en pacientes como en profesionales (Chow et al., 2021) y en los pacientes, sus familiares y los profesionales de la salud (Balboni et al., 2017). Además, hay poca investigación de “abordajes tripartitos (8 %), es decir, que incluyan la espiritualidad desde las propias personas mayores, su entorno próximo (familias) y los agentes sanitarios” (Arenas-Massa et al., 2020, pp. 146-147).

Las investigaciones encontradas son mayoritariamente narrativas, cualitativas y descriptivas con problemas por lagunas conceptuales, cuestiones metodológicas, poblaciones sin diversidad, etc. (Steinhauser et al., 2017). Ha ido aumentando su producción con los años debido al interés creciente de los estudiosos, pero para algunos autores hay poca investigación (Braam, 2017; Melo et al., 2015; Gobatto y Araujo, 2013; López-Tarrida et al., 2020; Torres et al., 2020; Vargas-Escobar et al., 2019). Son necesarias investigaciones empíricas y con población más diversa

(Steinhauser et al., 2017) y cuantitativas (Lavorato Neto et al., 2018; López-Tarrida et al., 2020; Raddatz et al., 2019; Rosas-Cervantes et al., 2020; Vargas-Escobar et al., 2019).

Se demanda investigar para capacitar a los profesionales de la salud (Appleby et al., 2018; Arenas-Massa et al., 2020; Gobatto y Araujo, 2013; Lavorato Neto et al., 2018; Torres et al., 2020; Vargas-Escobar et al., 2019), para detectar las barreras para el entrenamiento en habilidades capacitantes (Chow et al., 2021) y para estudiar los instrumentos de evaluación del apoyo espiritual y para su adaptación transcultural (Evangelista et al., 2016). Hay que tener en cuenta el pluralismo cultural y religioso (Moghimian y Irajpour, 2022; Nissen et al., 2021; Shamsi et al., 2022; de Voogd et al., 2020), y los contextos socioculturales (Miquel Diego et al., 2022; Queiroga, 2018; Sandoval et al., 2014).

Predominan en las investigaciones la cultura occidental y la influencia cristiana (Arenas-Massa et al., 2020), pero se deben tener en cuenta otras religiones a la hora de estudiar y responder a las necesidades E/R (Dein, 2018; Miquel Diego et al., 2022; Moreira Almeida et al., 2014), la existencia de no creyentes, ateos, agnósticos (Dein, 2018; Weber et al., 2017), lo intercultural, lo internacional, las diferentes etnias (Nissen et al., 2021; Shamsi et al., 2022; de Voogd et al., 2020), la situación de los migrantes en tierra extraña (de Voogd et al., 2020) y otros factores como la historia, las creencias espirituales, el nivel y la importancia de religiosidad para cada persona (Balboni et al., 2017; Moreira Almeida et al., 2014; Queiroga, 2018). Cada atención espiritual es única porque cada persona lo es, hay una ontología específica (Evans Webb et al., 2021; Melo et al., 2015; Gallardo Vergara et al., 2022; Nissen et al., 2021; Queiroga, 2018; Quinn y Connolly, 2023; de Voogd et al., 2020), es un acto subjetivo (Arenas-Massa et al., 2020) (En Anexos se encuentra la Tabla 4. Temas y aportaciones con los artículos al respecto).

Discusión

Para el estudio de los artículos seleccionados se han analizado los temas tratados en cada uno de ellos y se han agrupado sus conclusiones temáticamente. Se ha tenido en cuenta que las necesidades E/R implican numerosas variables y factores dado que son constructos amplios, multifactoriales y multidimensionales, y controvertidos, para los que todavía no hay un consenso ni unas definiciones claras y delimitadas. Son conceptos conectados, pero mientras la espiritualidad está más cercana al individualismo, la religiosidad lo está de lo social (Arenas-Massa et al., 2020), con un cuerpo de creencias o dogmas sobre una divinidad, con normas morales y prácticas rituales. Conceptualmente se considera la dimensión espiritual de una forma más amplia que la religiosa.

En primer lugar, destaca la evolución de la posición de los profesionales de la salud e investigadores respecto a las necesidades E/R. Poco a poco, y prácticamente a nivel internacional, aunque de un modo desigual, se está avanzando hacia un modelo biopsicosocial-espiritual, más cercano a la integralidad en los cuidados y a un modelo de Atención Integral Centrada en la Persona, lo que está conllevando la aceptación de la atención espiritual como parte de esa humanización de los cuidados (López-Tarrida et al., 2020). La OMS lleva tiempo apoyando e impulsando el cuidado espiritual como buenas prácticas en los cuidados sanitarios y, especialmente, en los paliativos (Quinn y Connolly, 2023). En 2023, la revista BMC Palliative Care ha publicado una editorial invitando a estudiosos, investigadores y profesionales a investigar y publicar sobre el cuidado espiritual en cuidados paliativos. Han ido surgiendo movimientos psicológicos y filosóficos (existencial, humanista, etc.) con perspectivas holísticas, más integrales, y se han ido desarrollando los principios de la bioética (Esperandio y Leget, 2020) así como los estudios en gerontología, cuidados paliativos y del proceso de final de vida. Todos ellos coinciden en tener en cuenta el tema de la E/R. Se está avanzando mucho en este cambio de perspectiva.

Se han encontrado muchos estudios que analizan la situación de la E/R desde los profesionales de la salud, sobre todo de las áreas de enfermería (Vargas-Escobar et al., 2019), psiquiatría y cuidados paliativos, y valoran la labor en el campo de la E/R de enfermeras, médicos y psicólogos, figura esta última muy subestimada hasta ahora en la medicina en general, más centrada en el cuidado físico y biológico, sin tener en cuenta la integralidad del ser humano y sus dimensiones social, psicológica y espiritual, pero cada vez más reivindicada (Ascencio Huertas, 2020).

A pesar de estos avances, los pacientes y sus familias se quejan de que no se están atendiendo estas necesidades E/R (Torres et al., 2020). Sin embargo, algún estudio como el de Evans Webb et al. (2021), halla que estas necesidades

La OMS lleva tiempo apoyando e impulsando el cuidado espiritual como buenas prácticas en los cuidados sanitarios y, especialmente, en los paliativos

no se encuentran entre las más importantes para los enfermos. De todas formas, un primer paso para atenderlas es su detección y evaluación, para lo cual están surgiendo instrumentos como el USD-4D Integral (de Vries et al., 2021), por ejemplo, aunque con dificultades para su diseño e implementación dada la falta de consenso conceptual (Abu et al., 2018).

En su revisión, Gonçalves et al. (2017) encontraron pequeños efectos positivos de las intervenciones E/R, pero son muy numerosos los autores cuyos resultados indican que la E/R es un recurso y una estrategia para la atención sociosanitaria como herramienta de afrontamiento ante las adversidades, fuente de capacidades, resiliencia, sentido y significado vital, trascendencia (Cardoso et al., 2014). Además, hay que tener en cuenta la influencia de las creencias para la toma de decisiones y conductas sobre cuestiones de salud, de tratamiento, de las actitudes positivas, etc. sin olvidar la integración social, el aumento de la calidad de vida y el bienestar sobre todo en personas mayores, el apoyo social, la solidaridad, la aceptación del otro, el acompañamiento y la presencia por parte de familiares, miembros de su comunidad de fe, acompañantes espirituales, voluntarios,... que también suelen tener importantes creencias espirituales y religiosas (Gallardo-Peralta et al., 2018; Gallardo y Sánchez, 2020; Harrad et al., 2019). No se deben obviar estos resultados y su utilidad clínica si queremos utilizar todas las herramientas a nuestro alcance para favorecer el cuidado y atención del ser humano.

Así pues, parece estar cambiando, poco a poco, la concepción que medicina y ciencia tienen de la E/R en referencia a la salud, y a su influencia y efectos, que se van percibiendo más positivos según sean las circunstancias y condiciones. Han empezado a surgir investigaciones cuantitativas, muy demandadas, modelos teóricos, herramientas de detección, de atención y de evaluación de esas necesidades (Balboni et al., 2017). Como herramientas y técnicas de comunicación para la atención y respuesta a las demandas E/R encontramos: counselling, habilidades comunicativas, escucha activa, las llamadas terapias de “tercera generación” (mindfulness, Terapia de Aceptación y Compromiso o las terapias centradas en los valores), psicoterapia centrada en el sentido, CALM, etc. (Rudilla et al., 2015).

La formación de los profesionales de la salud y sociosanitarios en E/R está siendo una demanda cada vez menos tímida, y está ofreciendo ya sus frutos, como el programa del Curso de Actualización de Espiritualidad en Clínica (CAEC) (Miquel Diego et al., 2022) o el acuerdo unánime en la necesidad de desarrollar sus habilidades comunicativas (Harhara et al., 2022; Panczyk et al., 2021), imprescindibles, queda por implantarse de forma estructurada en los planes de estudio y en las formaciones de actualización y reciclaje. También están evolucionando las políticas públicas para apoyar este cuidado E/R bajo el paraguas de la Atención Integral Centrada en la Persona y la bioética (Esperandio y Leget, 2020), reconociéndose la necesidad de equipos interdisciplinarios y valorando más las figuras del psicólogo (unido a la importancia que se le está reconociendo a la salud mental) (Ascencio Huertas, 2020) y del acompañante espiritual (López-Tarrida et al., 2020), menos limitativo que el “religioso”. Parece que es deseable la implantación de estos equipos y profesionales para incidir de una manera más competente y experta en la atención a los pacientes de una manera más integral, aprovechando todas las áreas, incluidas las psicosociales y espirituales, y las herramientas disponibles para mejorar su calidad de vida y bienestar, lo que hace necesaria una mayor investigación para avanzar en el desarrollo de técnicas, instrumentos, evaluaciones de resultados y formación.

Conclusiones

Cada vez se está prestando más atención a las necesidades E/R, pero también a los efectos positivos y a la utilidad clínica de la dimensión espiritual y religiosa en el ámbito de la salud.

El foco de las investigaciones se está desplazando de los artículos teóricos y descriptivos, que analizan lo que se ha hecho hasta ahora, a estudios empíricos y cuantitativos. Se busca el desarrollo de técnicas de detección de las necesidades E/R, de su atención y de la evaluación de ésta, de sus resultados, de instrumentos, terapias, medios, etc. para dar respuesta a dichas necesidades. Se destaca la importancia ineludible de las técnicas y habilidades de comunicación en los profesionales. Se aboga por el cambio de mentalidad y la formación de los profesionales de la salud y sociosanitarios y se anima a los gestores, administradores y educadores a tener en cuenta el cuidado integral y holístico del ser humano, incluyendo en las políticas públicas y las formaciones regladas y estructuradas esta concepción ampliada de la integralidad. Se incide especialmente en los cuidados paliativos y situaciones de final de vida y en la necesidad de equipos interdisciplinarios, que se han ampliado con las figuras del psicólogo e, incluso en algunos casos, del acompañante espiritual.

Contribuciones de los autores

Los autores participaron igualmente en la elaboración del manuscrito y aprobaron la versión final presentada.

Financiación

Esta investigación no recibió financiación o especificar la financiación.

Declaración de disponibilidad de datos

Los datos presentados en este estudio pueden ser solicitados al autor de correspondencia.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no hay conflicto de interés.

Referencias Bibliográficas

- *Abu, H. O., Ulbricht, C., Ding, E., Allison, J. J., Salmoirago-Blotcher, E., Goldberg, R. J., y Kiefe, C. I. (2018). Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 27(11), 2777-2797. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1906-4>
- *Appleby, A., Wilson, P., y Swinton, J. (2018). Spiritual Care in General Practice: Rushing in or Fearing to Tread? An Integrative Review of Qualitative Literature. *Journal of religion and health*, 57(3), 1108-1124. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0581-7>
- *Arenas-Massa, Á., Nocetti-de la Barra, A., y Fraile-Ducviq, C. G. (2020). Espiritualidad en el contexto de cuidados paliativos oncológicos dirigidos a personas mayores. *Persona y Bioética*, 24(2), 136-150. <https://doi.org/10.5294/pebi.2020.24.2.2>
- *Ascencio Huertas, L. (2020). Análisis situacional de los psicólogos de cuidados paliativos. *Psicooncología*, 17(2), 357-373. <https://doi.org/10.5209/psic.71362>
- *Balboni, T. A., Fitchett, G., Handzo, G. F., Johnson, K. S., Koenig, H. G., Pargament, K. I., Puchalski, C. M., Sinclair, S., Taylor, E. J., y Steinhauer, K. E. (2017). State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part II: Screening, Assessment, and Interventions. *Journal of pain and symptom management*, 54(3), 441-453. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.029>
- Balboni, T. A., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Paulk, M. E., Lathan, C. S., Peteet, J. R., y Prigerson, H. G. (2007). Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 25(5), 555-560. <https://doi.org/10.1200/JCO.2006.07.9046>
- *Barboza, J. M. (2013). Inteligencia espiritual y respuesta inmunológica. *Avances en Biomedicina, Supl 1*: 53. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4796932>
- *Batstone, E., Bailey, C., y Hallett, N. (2020). Spiritual care provision to end-of-life patients: A systematic literature review. *Journal of clinical nursing*, 29(19-20), 3609-3624. <https://doi.org/10.1111/jocn.15411>
- *Best, M., Butow, P., y Olver, I. (2016). Why do We Find It so Hard to Discuss Spirituality? A Qualitative Exploration of Attitudinal Barriers. *Journal of clinical medicine*, 5(9), 77. <https://doi.org/10.3390/jcm5090077>
- *Braam, A. W. (2017). Towards a multidisciplinary guideline religiousness, spirituality, and psychiatry: what do we need? *Mental Health, Religion & Culture*, 20(6), 579-588. <https://doi.org/10.1080/13674676.2017.1377949>
- *Cardoso, Y. E., Castro, I. C., Burbano, D. C. y Vernaza-Pinzón, P. (2014). Espiritualidad de las personas/pacientes atendidos en una unidad renal de mediana complejidad en el Departamento del Cauca-Colombia. *Revista Facultad Ciencias de la Salud: Universidad del Cauca*, 16(1), 9-16. <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/33>

- *Carrero Planes V., Camacho López H., Serrano Font M., Arrué J., Hidalgo F., Hernández M., Sabio P. y Navarro Sanz R. (2015). Sentido vital en la enfermedad avanzada: desarrollo de una herramienta para guiar la atención psicosocial y espiritual en el paciente y familia. *Psicooncología*, 12(2-3), 335-354. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51013
- *Chahrour, W.H., Hvidt, N.C., Hvidt, E.A. y Viftrup, D.T. (2021). Learning to care for the spirit of dying patients: the impact of spiritual care training in a hospice-setting. *BMC Palliative Care*, 20(15). <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00804-4>
- *Chen, X., Zhang, Y., Arber, A., Huo, X., Liu, J., Sun, C., Yuan, L., Wang, X., Wang, D., Wu, J., y Du, J. (2022). The training effects of a continuing education program on nurses' knowledge and attitudes to palliative care: a cross sectional study. *BMC Palliative Care*, 21(1), 56. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00953-0>
- *Chow, H. H. E., Chew, Q. H., y Sim, K. (2021). Spirituality and religion in residents and inter-relationships with clinical practice and residency training: a scoping review. *BMJ open*, 11(5), e044321. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044321>
- *Cone, P., y Giske, T. (2022). Mental Health Staff Perspectives on Spiritual Care Competencies in Norway: A Pilot Study. *Frontiers in psychology*, 12, 794165. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.794165>
- *Connolly, M., y Timmins, F. (2021). Spiritual Care for Individuals with Cancer: The Importance of Life Review as a Tool for Promoting Spiritual Well-Being. *Seminars in oncology nursing*, 37(5), 151209. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151209>
- Curlin, F.A., Lawrence, R.E., Odell, S. et al. (2007). Religion, spirituality, and medicine: psychiatrists' and other physicians' differing observations, interpretations, and clinical approaches. *American Journal of Psychiatry*, 164(12), 1825-1831. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06122088>
- *Damsma-Bakker, A., y van Leeuwen, R. (2021). An Online Competency-Based Spiritual Care Education Tool for Oncology Nurses. *Seminars in oncology nursing*, 37(5), 151210. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151210>
- *Dein, S. (2018). Against the Stream: Religion and mental health – the case for the inclusion of religion and spirituality into psychiatric care. *BJPsych Bulletin*, 42(3), 127-129. <https://doi.org/10.1192/bjb.2017.13>
- *de Diego-Cordero, R., Ávila-Mantilla, A., Vega-Escano, J., Lucchetti, G., y Badanta, B. (2022). The Role of Spirituality and Religiosity in Healthcare During the COVID-19 Pandemic: An Integrative Review of the Scientific Literature. *Journal of religion and health*, 61(3), 2168–2197. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01549-x>
- *Esperandio, M. y Leget, C. (2020). Espiritualidade nos cuidados paliativos: questão de saúde pública? *Revista Bioética*, 28(3), 543-553. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020283419>
- Estévez, C., Moraga, M.J. y Carrillo, A. (2020). Intervención al final de la vida. En Rodríguez, J. y Sitges, E. (Coord.) *Perspectivas de estudio en gerontología y salud en el siglo XXI*. Tirant humanidades.
- *Evangelista, C. B., Lopes, M. E., Costa, S. F., Batista, P. S., Batista, J. B., y Oliveira, A. M. (2016). Palliative care and spirituality: an integrative literature review. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. *Revista brasileira de enfermagem*, 69(3), 591–601. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690324i>
- *Evans Webb, M., Murray, E., Younger, Z.W., Goodfellow, H. y Ross, J. (2021). The Supportive Care Needs of Cancer Patients: a Systematic Review. *Journal of Cancer Education*, 36, 899-908. <https://doi.org/10.1007/s13187-020-01941-9>
- Fitchett, G., Burton, L.A. y Sivan, A.B. (1997). The religious needs and resources of psychiatric inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(5), 320-326.
- Fonseca Canteros, M. (2016). Importancia de los aspectos espirituales y religiosos en la atención de pacientes quirúrgicos. *Revista chilena de cirugía*, 68(3), 258-264. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.03.011>

- *Fonseca Canteros, M. (2022). Atención de las necesidades espirituales y religiosas de pacientes por personal de salud. Un modelo basado en el acompañamiento espiritual. *Revista de Cirugía*, 74(3). 318-324. <https://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920220031351>
- *Fopka-Kowalczyk, M., Groves, R., Larkin, P. y Krajnik, M. (2022). A training programme for medical students in providing spiritual care to people with advanced diseases and their loved ones: A case study from the Collegium Medicum in Bydgoszcz, Nicolaus Copernicus University in Toruń, Poland. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 9:909959. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2022.909959>
- Frankl V. (1993). *El hombre en busca de sentido*. Herder.
- *Gallardo-Peralta, L. P., Cuadra-Peralta, A., y Veloso-Besio, C. (2018). Validación de un Índice Breve de Religiosidad y Espiritualidad en personas mayores. *Revista de Psicología*, 27(1), 1-13. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2018.50736>
- *Gallardo Peralta, L., y Sánchez Moreno, E. (2020). Espiritualidad, religiosidad y síntomas depresivos en personas mayores del norte de Chile. *Terapia psicológica*, 38(2), 169-187. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082020000200169>
- *Gallardo Vergara, R., Silva Maragaño, P., y Castro Aburto, Y. (2022). Los efectos negativos de la religiosidad-espiritualidad en la salud mental: una revisión bibliográfica. *Revista Costarricense de Psicología*, 41(1), 43-66. <https://doi.org/10.22544/rcps.v41i01.03>
- *Gobatto, C. A., y Araujo, T. C. C. F. de. (2013). Religiosidade e espiritualidade em oncologia: concepções de profissionais da saúde. *Psicologia USP*, 24(1), 11-34. <https://doi.org/10.1590/S0103-65642013000100002>
- *Gonçalves, J. P. B., Lucchetti, G., Menezes, P. R., y Vallada, H. (2017). Complementary religious and spiritual interventions in physical health and quality of life: A systematic review of randomized controlled clinical trials. *PLoS One*, 12(10), e0186539. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186539>
- *Harhara, T., Abdul Hay, D., Almansoori, D. S. e Ibrahim H. (2022). Internal medicine residents' perceptions and experiences in palliative care: a qualitative study in the United Arab Emirates. *BMC Palliative Care*, 21(15). <https://doi.org/10.1186/s12904-022-00908-5>
- *Harrad, R., Cosentino, C., Keasley, R., y Sulla, F. (2019). Spiritual care in nursing: an overview of the measures used to assess spiritual care provision and related factors amongst nurses. *Acta bio-medica Atenei Parmensis*, 90(4-S), 44-55.
<https://doi.org/10.23750/abm.v90i4-S.8300>
- *Harris, J. I., y Klee, A. (2023). Who owns spiritual care, and why does it matter? *Psychological Services*, 20(1), 1-5. <https://doi.org/10.1037/ser0000739>
- Henderson, V. (1991). The Nature of Nursing: A Definition and Its Implications for Practice, Research, and Education: Reflections After 25 Years. *National League for Nursing Press*.
- *Hvidt, E.A., Søndergaard, J., Ammentorp, J., Bjerrum, L., Gilså Hansen, D., Olesen, F., Pedersen, S. S., Timm, H., Timmermann, C., y Hvidt, N. C. (2016). The existential dimension in general practice: identifying understandings and experiences of general practitioners in Denmark. *Scandinavian journal of primary health care*, 34(4), 385-393. <https://doi.org/10.1080/02813432.2016.1249064>
- *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., Boelsbjerg, H. B., Wallin, J. A., Thomsen, K. F., Schrøder, K., Moestrup, L., Nissen, R. D., Stewart-Ferrer, S., Stripp, T. K., Steinfeldt, V. Ø., Søndergaard, J., y Wæhrens, E. E. (2020). What is spiritual care? Professional perspectives on the concept of spiritual care identified through group concept mapping. *BMJ open*, 10(12), e042142. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042142>

- Idler, E. L., Musick, M. A., Ellison, C. G., George, L. K., Krause, N., Ory, M. G., Pargament, K. I., Powell, L. H., Underwood, L. G. y Williams, D.R. (2003). Measuring multiple dimensions of religion and spirituality for health research: Conceptual background and findings from the 1998 General Social Survey. *Research on Aging*, 25(4), 327-35. <https://doi.org/10.1177/0164027503025004001>
- Koenig, H.G. (1998). Religious beliefs and practices of hospitalized medically ill older adults, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 213–224.
- Koenig, H.G (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications *International Scholarly Research Network*, 1-34. <https://doi.org/10.5402/2012/278730>
- Koenig, H.G., McCullough, M.E., and Larson, D.B. (2001). *Handbook of Religion and Health*, (1st edition). Oxford University Press.
- Koenig, H.G., King, D.E. and Carson, V.B. (2012). A history of religion, medicine, and healthcare. *Handbook of Religion and Health*, 15-34. <https://doi.org/10.5402%2F2012%2F278730>
- Koenig, H.G., King, D.E. and Carson, V.B. (2012b). *Handbook of Religion and Health*. (2nd ed.). Oxford University Press.
- *Kowalczyk, O., Roszkowski, K., Pawliszak, W., Rypel, A., Roszkowski, S., Kowalska, J., Tylkowski, B. y Bajek, A. (2022). Religion and Spirituality in Oncology: An Exploratory Study of the Communication Experiences of Clinicians in Poland. *Journal of Religion and Health*, 61, 1366-1375. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01343-1>
- *Lavorato Neto, G., Rodrigues, L., Silva, D. A. R. D., Turato, E. R., y Campos, C. J. G. (2018). Spirituality review on mental health and psychiatric nursing. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(supl 5), 2323-2333. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0429>
- *Lorenzo, D. (2018). La espiritualidad en la humanización de la asistencia sanitaria. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (8), 1-11. <https://doi.org/10.14422/rib.i08.y2018.007>
- *López-Tarrida, Á.d.C., de Diego-Cordero, R. y 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>
- *López-Tarrida, Á. C., Ruiz-Romero, V., y González-Martín, T. (2020). Cuidando con sentido: la atención de lo espiritual en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional. *Revista Española de Salud Pública*, 94, 202001002. <https://doi.org/10.4321/s1135-57272020000100024>
- *Lou, V. W., Cheng, C. Y., Ng, D. K., Chan, F. H., Mo, S. S., Kung, E. K., y Luk, J. K. (2022). AmHealth-Supported Volunteer-Assisted Spiritual Well-Being Intervention for Discharged Older Patients: A Tripartite Collaboration. *Journal of gerontological social work*, 66(2), 189-207. <https://doi.org/10.1080/01634372.2022.2068722>
- Marabel, J. (2014). Lugares de culto como manifestación del derecho de asistencia religiosa en el ámbito público sanitario. *Revista de Derecho UNED (RDUNER)*, 15, 321-342. <https://doi.org/10.5944/rduned.15.2014.14139>
- Martínez Rodríguez, T. (2013). *Avanzar en atención gerontológica centrada en la persona. Marco y fases para liderar un cambio de modelo*. Disponible en: www.acpgerontologia.net.
- Maslow, A.H. (1991). *Motivación y personalidad*. Díaz Santos.
- * Melo, C. de F., Sampaio, I. S., Souza, D. L. de A., & Pinto, N. dos S (2015). Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(2), 447-464. <https://doi.org/10.12957/epp.2015.17650>
- *Miquel Diego, P., Ciccorossi, M., y Ferrer Svoboda, I. (2022). El desarrollo de la competencia espiritual en clínica: Estudio de una experiencia formativa en profesionales de pediatría. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (18), 1-13. <https://doi.org/10.14422/rib.i18.y2022.005>

- *Miqueletto, M., Silva, L., Figueira, C. B., Santos, M. R. dos, Szylyt, R., y Ichikawa, C. R. de F. (2017). Espiritualidade de famílias com um ente querido em situação de final de vida. *Revista Cuidarte*, 8(2), 1616-1627. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i2.391>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group, T. (2014). Ítems de referencia para publicar Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis: La Declaración PRISMA. *Revista Española De Nutrición Humana y Dietética*, 18(3), 172–181. <https://doi.org/10.14306/renhyd.18.3.114>
- *Moghimian, M. y Irajpour, A. (2022). The Process of Providing Spiritual Care to Muslim Cancer Patients. *Journal of Muslim Mental Health*, 16(2), 4. <https://doi.org/10.3998/jmmh.1446>
- *Moreira Almeida, A., Koenig, H. G., y Lucchetti, G. (2014). Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Revista brasileira de psiquiatria*, 36(2), 176-182. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1255>
- *Nissen, R. D., Viftrup, D. T., y Hvidt, N. C. (2021). The Process of Spiritual Care. *Frontiers in psychology*, 12, 674453. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.674453>
- *de Oliveira e Oliveira, F. H. A., Peteet, J. R., y Moreira-Almeida, A. (2021). Religiosity and spirituality in psychiatry residency programs: why, what, and how to teach? *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil: 1999)*, 43(4), 424-429. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1106>
- *Panczyk, M., Iwanow, L., Musik, S., Wawrzuta, D., Gotlib, J., Jaworski, M. (2021). Perceiving the Role of Communication Skills as a Bridge between the Perception of Spiritual Care and Acceptance of Evidence-Based Nursing Practice—Empirical Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23):12591. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312591>
- *Pérez-García, E. (2016). Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 5(2), 41-45. <https://doi.org/10.22235/ech.v5i2.1286>
- *Queiroga, S. (2018). A assistência espiritual e religiosa: contributo para a humanização dos cuidados. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (8), 1-15. <https://doi.org/10.14422/rib.i08.y2018.008>
- *Quinn, B. y Connolly, M. (2023). Spirituality in palliative care. *BMC Palliative Care*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01116-x>
- *Raddatz, J. S., Motta, R. F., & Alminhana, L. O. (2019). Religiosidade/Espiritualidade na Prática Clínica: Círculo Vicioso entre Demanda e Ausência de Treinamento. *Psico-USF*, 24(4), 699-709. <https://doi.org/10.1590/1413-82712019240408>
- *Rassouliau, A., Seidman, C., y Löffler-Stastka, H. (2016). Transcendence, religion and spirituality in medicine: Medical students' point of view. *Medicine*, 95(38), e4953. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000004953>
- *Rodríguez-Yunta, E. (2016). Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religiosidad. *Persona y Bioética*, 20(2), 192-204. <https://doi.org/10.5294/PEBI.2016.20.2.6>
- Rogers, C.R. (1986). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Edic. Paidós, 1986.
- *Rosas-Cervantes, E., Valenzuela-Suazo, S. y Jiménez-González, M. (2020). Trascendencia espiritual, oportunidad de cuidadores informales de personas mayores: revisión integrativa desde la filosofía de Watson. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 9(2), 149-159. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i2.1968>
- *Rudilla, D., Oliver, A., Galiana, L., y Barreto, P. (2015). Espiritualidad en atención paliativa: evidencias sobre la intervención con counselling. *Psychosocial Intervention*, 24(2), 79-82. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2015.06.002>
- *Sandoval Guzmán P. E., Rangel Domínguez N. E., Allende Pérez S. R. y Ascencio Huertas L. (2014). Concepto de espiritualidad del equipo multidisciplinario de una unidad de cuidados paliativos: un estudio descriptivo. *Psicooncología*, 11(2-3), 333-344. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2014.v11.n2-3.47392

- Saunders, C., Baines, M. and Dunlop, R. (1995). *Living with Dying: A Guide to Palliative Care*. Oxford Medical Publications.
- *Seid, K., y Eneyew, M. (2022). Nurse's spiritual care perception in Ethiopia: A multicenter cross-sectional study. *SAGE open medicine*, 10. <https://doi.org/10.1177/20503121221104436>
- *Shamsi, M., Khoshnood, Z., y Farokhzadian, J. (2022). Improving psychiatric nurses' competencies in spiritual care and integration of clients' religion/spirituality into mental healthcare: outcomes of an online spiritual care training program. *BMC psychiatry*, 22(1), 645. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04280-9>
- *Silva, D. A. da. (2020). O paciente com câncer e a espiritualidade: revisão integrativa. *Revista Cuidarte*, 11(3). <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1107>
- *van der Steen, J. T., Gijsberts, M. J., Hertogh, C. M., y Deliens, L. (2014). Predictors of spiritual care provision for patients with dementia at the end of life as perceived by physicians: a prospective study. *BMC Palliative Care*, 13(1), 61. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-61>
- *Steinhauser, K. E., Fitchett, G., Handzo, G. F., Johnson, K. S., Koenig, H. G., Pargament, K. I., Puchalski, C. M., Sinclair, S., Taylor, E. J., y Balboni, T. A. (2017). State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part I: Definitions, Measurement, and Outcomes. *Journal of pain and symptom management*, 54(3), 428-440. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.028>
- *Steinhorn, D. M., Din, J., y Johnson, A. (2017). Healing, spirituality and integrative medicine. *Annals of palliative medicine*, 6(3), 237-247. <https://doi.org/10.21037/apm.2017.05.01>
- *Thiengo, P., Gomes, A., das Mercês, M., Couto, P., França, L., y da Silva, A. (2019). Espiritualidade e religiosidade no cuidado em saúde: Revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, 24. e58692. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.58692>
- Tirado, R. Y. (2018). Implantación de un modelo de atención centrada en la persona en el ámbito de la gerontología. *Trabajo social hoy*, 84, 45-62. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2018.0009>
- *Torres Furtado de Mendonça A.R., Omena Cabral R., de Padua Walfrido J.A., Gorayeb de Carvalho Ferreira A. & Fernandes Barbosa L. N. (2020). Religiosidad, espiritualidad y calidad de vida en familiares de pacientes de oncología pediátrica en un hospital de referencia en el noreste de Brasil. *Psicooncología*, 17(2), 273-291. <https://doi.org/10.5209/psic.69778>
- *Vargas-Escobar, L. M., Guarnizo-Tole, M., Tovar-Pardo, M. F., y Rojas-Pérez, C. M. (2019). Tendencias de investigación en torno al cuidado espiritual de enfermería: Revisión de la literatura. *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá*, 6(1), 145-169. <https://doi.org/10.24267/23897325.304>
- *Vega Ayasta, M. T., Díaz Manchay, R. J., Cervera Vallejos, M. F., Rodríguez Cruz, L. D., Tejada Muñoz, S., y Guerrero Quiroz, S. E. (2020). Amabilidad, confort y espiritualidad en los cuidados paliativos oncológicos: Aporte para la humanización en salud. *Cultura de los Cuidados*, (58), 44-55. <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.58.05>
- *Voetmann, S.S., Hvidt, N.C. y Viftrup, D.T. (2022). Verbalizing spiritual needs in palliative care: a qualitative interview study on verbal and non-verbal communication in two Danish hospices. *BMC Palliative Care*, 21(3) <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00886-0>
- *de Voogd, X., Oosterveld-Vlug, M. G., Torensma, M., Onwuteaka-Philipsen, B. D., Willems, D. L., y Suurmond, J. L. (2020). A dignified last phase of life for patients with a migration background: A qualitative study. *Palliative Medicine*, 34(10), 1385-1392. <https://doi.org/10.1177/0269216320948708>
- *de Vries, S., Lormans, T., de Graaf, E., Leget, C., y Teunissen, S. (2021). The Content Validity of the Items Related to the Social and Spiritual Dimensions of the Utrecht Symptom Diary-4 Dimensional From a Patient's Perspective: A Qualitative Study. *Journal of pain and symptom management*, 61(2), 287-294. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.07.036>

- *Weber, S. R., Lomax, J. W., y Pargament, K. I. (2017). Healthcare Engagement as a Potential Source of Psychological Distress among People without Religious Beliefs: A Systematic Review. *Healthcare*, 5(2), 19. <https://doi.org/10.3390/healthcare5020019>
- *Willemse, S., Smeets, W., van Leeuwen, E., Nielen-Rosier, T., Janssen, L., y Foudraine, N. (2020). Spiritual care in the intensive care unit: An integrative literature research. *Journal of critical care*, 57, 55-78. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.01.026>
- World Health Organization. Definition of palliative care. Recuperado de: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>