

ORIGINAL BREVE

Recibido: 16 de julio de 2019
Aceptado: 27 de noviembre de 2019
Publicado: 13 de enero de 2020

CUIDANDO CON SENTIDO: LA ATENCIÓN DE LO ESPIRITUAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PROFESIONAL

Ángeles C. López-Tarrida (1), Victoria Ruiz-Romero (2) y Teóduo González-Martín (3)

(1) Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla. España.

(2) Unidad de Calidad e Investigación. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla. España.

(3) Servicio de Atención Espiritual y Religiosa. Hospital San Juan Grande. Jerez de la Frontera. Cádiz. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: La calidad en la humanización de la asistencia sanitaria implica el cuidado integral de los pacientes, considerando todas las facetas de la persona, incluida también su dimensión espiritual y religiosa. El objetivo de este estudio fue conocer la visión de los profesionales respecto al cuidado de esta dimensión en los pacientes atendidos en un hospital comarcal.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal, mediante una encuesta ad-hoc a profesionales sanitarios con 30 cuestiones (según escala de Likert, de 0=totalmente en desacuerdo a 4=totalmente de acuerdo), realizada en abril de 2017. El tamaño muestral necesario fue de 238. Se analizó con SPSS v19.0, se describieron la frecuencia absoluta y el porcentaje de acuerdos con cada cuestión, y se usó Chi-Cuadrado para valorar la asociación de las respuestas con el sexo y la categoría profesional, y ANOVA para la edad.

Resultados: Se reclutaron 302 participantes. El 95,5% de mujeres destacó la importancia de crear un ambiente para que el paciente exprese su dimensión espiritual y/o religiosa, frente al 87,6% de hombres. A mayor edad, los profesionales diferenciaron mejor los conceptos de espiritualidad y religiosidad, y coincidieron en que ambas dimensiones afectaban al enfermo (diferencias entre 5-8 años de edad media). Los médicos estuvieron más de acuerdo con la importancia de la espiritualidad, seguidos de los enfermeros y los auxiliares, con diferencias significativas en 17 cuestiones.

Conclusiones: Los profesionales reconocen la importancia de cuidar la dimensión espiritual y/o religiosa, con algunas diferencias entre categorías profesionales, sexo y edad. La formación en estos temas favorecería una atención más integral y de calidad en la asistencia.

Palabras clave: Espiritualidad, Religiosidad, Calidad, Humanización de la Asistencia Sanitaria, Profesionales.

ABSTRACT

Caring with meaning: the spiritual care in healthcare from the professional's perspective

Background: To treat whole patient, spiritual and religious dimension included, allows improve the quality humanization healthcare. The aim of this study was to know the point of professional view regarding to assess this dimensions in patients attended in regional hospital.

Methods: Cross-sectional descriptive study, through an ad-hoc survey with 30 issues (Likert 0: strongly disagree with 4: strongly agree), to health professionals, conducted in April 2017. Necessary sample size: 238. The SPSS (v19.0) statistical analysis was used. We calculated the absolute frequency and percentage of answers with each question and we used Chi-Square to assess the association of the answers with sex and professional category and ANOVA for age.

Results: We recruited 302 participants. 95.5% of women stand out the importance of creating an environment to express their spiritual and/or religious dimension the patient, compared to 87.6% of men ($p = 0.017$). At an older age, professionals differentiated the concepts of spirituality and religiosity better and agreed that both dimensions affected the patient (differences between 5-8 years of average age). The doctors were more in agreement with the importance of spirituality, followed by nurses and less auxiliaries, with significant differences in 17 issues.

Conclusions: The professionals recognized the importance of taking care of the spiritual and/or religious dimension, with some differences between professional categories, sex and age. Training in these subjects would favor a more comprehensive and quality assistance.

Key words: Spirituality, Religiosity, Quality, Humanization of Health Care, Professionals.

INTRODUCCIÓN

La vida está hecha de experiencias que van transformando a la persona. Cuando alguna de ellas es intensa, como ocurre con la enfermedad, le puede llevar a una auténtica desestructuración, perturbando su jerarquía de valores y de necesidades tal y como hasta el momento las tenía formuladas⁽¹⁾.

La persona, al enfermar, accede a un estado de vulnerabilidad y fragilidad en el que toma consciencia de sí misma, preguntándose sobre aspectos no sólo médicos, sino sobre asuntos espirituales y psicológicos vitales. Ante esta coyuntura, se puede entender que se encuentra en un estado de crisis existencial y puede vivirlo como algo negativo o como una oportunidad para la apertura a reflexionar sobre su propia trascendencia⁽²⁾.

Es complejo hallar una definición unánime de lo que se entiende por espiritualidad. Etimológicamente, la palabra procede del latín “*spiritus*” y significa “*cualidad del alma*”, una entidad no corpórea ni visible en contraposición al cuerpo, lo material, según se establecen estos conceptos en la filosofía griega y la tradición judeocristiana^(3,4,5).

E. Benito se refiere a la espiritualidad en términos humanísticos como un universal humano, profundo, íntimo e intangible, que inspira y trasciende a toda creencia⁽⁶⁾.

La espiritualidad es 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^(3,7).

Desde el inicio de la medicina moderna y hasta avanzado el siglo XX, el modelo biomédico en la atención del enfermo se centraba en la toma de datos descriptivos, de signos y síntomas objetivables para llegar a un diagnóstico y adecuar el tratamiento al mismo. En la década de los ochenta, surgen varios movimientos, tanto de pacientes como de profesionales de la salud, proponiendo una transformación de este modelo, y se comienzan a redactar documentos que contemplan otras dimensiones de la persona, como el *Informe 804 sobre el Alivio del Dolor y Tratamiento de Apoyo activo en el Cáncer* (1990) de la Organización Mundial de la Salud, donde un comité de expertos considera y valora de manera formal los aspectos espirituales de los pacientes con cáncer (extrapolables a toda persona que enferma).

En los últimos tiempos se han producido cambios en el modelo asistencial clínico, pasando del modelo biomédico tradicional al modelo holístico actual, dado el interés creciente por soslayar la tecnificación y la cosificación en el ámbito sanitario en pro de la humanización de la asistencia sanitaria, con la atención integral de la persona como paradigma de calidad, provocando que los profesionales sanitarios se sensibilicen con este tema.

En esta línea, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), concienciada con la humanización de la asistencia clínica, cuenta con un grupo de trabajo sobre espiritualidad en este ámbito (GES)⁽⁸⁾ donde se vela por el manejo integral del paciente, contemplando el sufrimiento, las necesidades y los recursos espirituales del mismo y de su familia, con una perspectiva antropológica integral,

humanista y transconfesional⁽⁹⁾. Son consideradas necesidades espirituales por ejemplo el ser reconocido como persona, la relectura de la propia vida, la reconciliación, la búsqueda de sentido, la liberación de culpa, la esperanza auténtica, o la expresión de sentimientos y vivencias espirituales/religiosas. Para otros autores (Ellison CW⁽¹⁰⁾, Koziar B et al⁽¹¹⁾) sus denominaciones serían: la necesidad de sentido, de bienestar, de libertad, de verdad, de cumplir su propio deber, de orar, de silencio, de comunicar, de agradecer o de trascendencia.

En la práctica clínica, el abordaje de las necesidades espirituales es complejo y, aunque existen múltiples herramientas para la valoración espiritual, existen dificultades para explorar esta dimensión^(12,13). De Jager Meezenbroek E et al⁽¹²⁾, realizaron una revisión de artículos sobre espiritualidad publicados entre 1998 y 2008, encontrando varios cuestionarios que usaban preguntas inapropiadas, sin un significado consistente, con metáforas o conceptos abstractos, de manera que dos encuestados con la misma experiencia podrían dar respuestas contrarias, dependiendo de la interpretación que hiciesen de estas preguntas.

La taxonomía norteamericana de enfermería NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*)⁽¹⁴⁾ identifica necesidades de cuidados a través de la *Nursing Outcomes Classification* (NOC) y evalúa las actuaciones emprendidas mediante la *Nursing Interventions Classification* (NIC). Entre estos diagnósticos NANDA se pueden encontrar el bienestar espiritual, el sufrimiento espiritual, la desesperanza (hundimiento espiritual) o la incomunicación espiritual (indiferencia espiritual). Una vez realizados los diagnósticos entre las clasificaciones NOC para la valoración de la esfera espiritual, se encuentra la salud espiritual por ejemplo, y entre las intervenciones enfermeras NIC podemos encontrar el apoyo espiritual o la ayuda al crecimiento espiritual.

No hay que confundir la asistencia espiritual con la atención religiosa. Las necesidades de orden religioso son exclusivas de la persona creyente. En cambio, las necesidades espirituales son comunes y transversales a todo ser humano, mucho más amplias⁽³⁾, y se refieren a la búsqueda de sentido que se le atribuye a los acontecimientos, a lo que nos motiva a actuar y tomar decisiones de manera consciente.

Existen diversidad de artículos científicos que avalan la importancia de la asistencia al individuo que enferma en todas sus dimensiones^(5,6,12,15,16,17). La mayoría de dichas publicaciones se ciñen al paciente oncológico, en cuidados intensivos o en situación paliativa^(15,18,19), donde la urgencia de lo espiritual es más inminente si cabe. Sin embargo, cualquier persona que enferma puede hacerse multitud de preguntas en relación a su estado emocional, su experiencia vital o la vivencia que tenga acerca de lo que le está sucediendo⁽⁶⁾.

La atención integral de calidad de la persona asistida en un hospital supone tener en cuenta todas sus dimensiones (biológica, psíquica, espiritual y social). Queda demostrado por diferentes estudios^(16,20,21) que hay una conexión entre la espiritualidad y la salud física y mental cuando, al analizarse la respuesta biológica de los pacientes que tenían una religiosidad o una espiritualidad más cuidada respecto a los que no, se ha comprobado una relación positiva entre el cuidado espiritual y el bienestar físico y mental de la persona enferma⁽¹⁸⁾.

Por tanto, no podemos dejar de atender las necesidades espirituales de los pacientes. Sin embargo, ante las preguntas existenciales de estos, las respuestas de los sanitarios oscilan entre la huida y la evitación, el miedo a dañar, la sobreprotección en el abordaje de este tipo de cuestiones y, en ocasiones, a un manejo inadecuado debido a la carencia de habilidades, generándose angustia, desconcierto

o dolor^(6,15,23,24). Por consiguiente, la formación de los profesionales de la salud en la atención de la dimensión espiritual es fundamental a la hora de realizar un cuidado de calidad y holístico de la persona enferma, aunque no todos tienen predisposición para ello^(6,25).

Si bien hay evidencias de que se pueden entrenar estas competencias^(6,25) y de que existen centros especializados para el adiestramiento en este sentido, como por ejemplo *The Center for Compassion and Altruism Research and Education* de la Universidad de Stanford (Estados Unidos), no todos los profesionales sanitarios están preparados para abordar estos casos, por lo que si se detecta una necesidad espiritual en un paciente, lo conveniente para garantizar su correcta atención sanitaria es derivarlo a un profesional instruido en este sentido, considerando por supuesto el deseo expreso del propio paciente.

El Hospital de San Juan de Dios del Aljarafe (HSJDA), en Bormujos, Sevilla, como centro de la Orden Hospitalaria, atiende a los pacientes, a sus familias y a los profesionales que los asisten en este sentido mediante el Servicio de Atención Espiritual y Religiosa (SAER).

Quedando patente pues la importancia del cuidado de la dimensión espiritual en la atención integral de la persona que enferma, nos planteamos realizar un estudio cuyo objetivo fue conocer la perspectiva de los profesionales sanitarios de un hospital de agudos, en relación a la atención espiritual y religiosa. En concreto, analizar el conocimiento y las actitudes de los médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería de un hospital hacia la necesidad de atender ambas dimensiones durante la práctica clínica hospitalaria.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se trató de un estudio descriptivo transversal, realizado en abril de 2017 a una muestra

representativa de los profesionales asistenciales del HSJDA. La plantilla constaba de un total de 625 profesionales sanitarios (184 médicos, 217 enfermeros y 214 auxiliares de enfermería). Se realizó el cálculo del tamaño muestral necesario para un nivel de confianza del 95% y una frecuencia esperada del 50%, resultando 238.

Se diseñó y aplicó un cuestionario *ad hoc*, incluyendo 30 afirmaciones sobre los conceptos de espiritualidad y religiosidad y la actitud de los profesionales sanitarios respecto a la importancia de la atención de las mismas en la asistencia hospitalaria, a través de una escala Likert de 0 a 4 (siendo 0 totalmente en desacuerdo; 1, en desacuerdo; 2, no sabe; 3, de acuerdo; 4, totalmente de acuerdo). En la elaboración del constructo del cuestionario participaron una médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, máster en Pastoral de la Salud, así como una médico especialista en Medicina Preventiva, con experiencia en elaboración de cuestionarios y análisis de expectativas y satisfacción. Se tomó como referencia una tesis doctoral⁽²⁶⁾.

Las preguntas se recogen en las 3 últimas tablas aportadas en los resultados. Se agruparon en tres bloques:

- i) “Conceptos de espiritualidad y religiosidad” (preguntas 1-15), que incluyó preguntas para establecer el nivel de conocimientos de los encuestados y el grado de distinción que realizan entre ambas dimensiones.
- ii) “Aplicación en la práctica clínica” (preguntas 16-24), que exploró la importancia que los profesionales daban a la atención de la dimensión espiritual y religiosa en los pacientes hospitalizados.
- iii) “Adecuación de la asistencia” (preguntas 25-30), que pretendió conocer si los profesionales consideraban necesario incorporar, de manera sistemática, la atención a la dimensión

espiritual y religiosa como parte de la atención integral del paciente hospitalizado.

El cuestionario era anónimo, se registraron el sexo, la edad y la categoría profesional. Se envió por correo electrónico de manera individual al personal sanitario de la muestra seleccionado aleatoriamente, para su autocumplimentación.

Las categorías de respuesta, que inicialmente eran cinco, se agruparon en tres categorías: de acuerdo (puntuaciones 3 y 4), en desacuerdo (puntuaciones 0 y 1) y no sabe (2). El análisis estadístico se realizó con SPSS v19.0. Se describieron los resultados con la frecuencia absoluta y el porcentaje de acuerdos con cada aspecto cuestionado, y se usó la prueba de Chi Cuadrado para valorar la asociación de las respuestas

(en tres categorías) con las variables: sexo (masculino/femenino) y categoría profesional (médico, diplomado en enfermería (DUE) y técnico en cuidados auxiliares de enfermería (TCAE). Se aplicó el test de ANOVA y Bonferroni para averiguar si había diferencia entre la edad de los profesionales y las respuestas a cada pregunta.

RESULTADOS

Se reclutaron un total de 302 profesionales, de los cuales 203 (67,2%) eran mujeres. El grupo de edad más frecuente en mujeres fue el de 31 a 40 años (96; 42,4%) y, en hombres, el de 41 a 50 (39; 39,39%). En cuanto a la categoría profesional, 113 (37%) eran médicos, 99 (32,8%) eran DUE y 90 (29,8%) eran TCAE (tabla 1).

Tabla 1
Características de la muestra.

Variables	Categorías	N	%	
Sexo	Hombre	99	32,78%	
	Mujer	203	67,22%	
Rangos de edad	De 20 a 30	65	21,52%	
	De 31 a 40	119	39,40%	
	De 41 a 50	93	30,79%	
	De 51 a 60	25	8,28%	
Categoría profesional	Licenciado/a	113	37,42%	
	Diplomado/a	99	32,78%	
	Técnico/a en Cuidados Auxiliares de Enfermería	90	29,80%	
	Hombre	De 20 a 30	18	18,18%
		De 31 a 40	33	33,33%
		De 41 a 50	39	39,39%
		De 51 a 60	9	9,09%
	Mujer	De 20 a 30	47	23,15%
		De 31 a 40	86	42,36%
		De 41 a 50	54	26,60%
De 51 a 60		16	7,88%	

Respecto al bloque 1, que recogía conceptos de espiritualidad y religiosidad, 237 profesionales (79,5%) estaban en desacuerdo con que espiritualidad y religiosidad significaran lo mismo (pregunta 1) (tabla 2), 261 (90,3%) coincidían en que todas las personas tenían una dimensión espiritual que había que cuidar (pregunta 3) y 222 (74,5%) afirmaban que la espiritualidad no tenía necesariamente relación con la creencia de la existencia de Dios o un ser superior (pregunta 10). No obstante, en la pregunta 14 (“*la ética y la moral de las personas no concuerdan necesariamente con la espiritualidad o la religiosidad que puedan poseer*”) las respuestas se diversificaron bastante: 114 de acuerdo (38,8%), 108 en desacuerdo (36,7%) y 72 no sabían (24,5%).

En cuanto al bloque 2 de aplicación en la práctica clínica, 251 (84,5%) de los profesionales afirmaron que el bienestar espiritual y religioso era importante para el bienestar emocional del paciente (pregunta 16) y 248 (83,2%) que la espiritualidad y la religiosidad se podían ver afectadas en la persona que enfermaba (pregunta 17). Sin embargo, 243 (80,7%) afirmaron que evitaban la situación (pregunta 20) y 196 (66,7%) que la derivaban al SAER pero sólo si tenían necesidades religiosas (pregunta 21). Si las necesidades eran hablar de otros temas en relación con su vida, sus valores o sus emociones (pregunta 22), tan sólo 139 (47,9%) dijeron derivarla y, por último, 87 (29,4%) afirmaron atenderlos ellos mismos directamente (pregunta 24).

En el bloque 3, sobre adecuación de la asistencia, 265 profesionales (88%) estuvieron de acuerdo con que la atención integral de la persona conllevaba el cuidado de la dimensión espiritual y religiosa (pregunta 26) y 254 (85,2%) coincidieron en que debían ser atendidas en el hospital (pregunta 25). 191 (64,7%) consideraron que los profesionales debían saber detectar la necesidad espiritual y religiosa del paciente

(pregunta 29), aunque sólo 139 (46%) estuvieron de acuerdo con que todos los profesionales debían saber atenderla (pregunta 28), y 216 (74,2%) consideraron imprescindible la existencia del SAER (pregunta 30).

En cuanto al género (tabla 2), tan sólo se observaron diferencias estadísticamente significativas en 3 preguntas: 175 (88,4%) de las mujeres no estuvieron de acuerdo con que “*los no creyentes (ateos, agnósticos) no tienen espiritualidad alguna*” (pregunta 5), frente a 76 (76,8%) hombres ($p=0,027$). 69 (34,2%) mujeres estuvieron de acuerdo con que “*no hace falta considerar la religiosidad de la persona a la hora de atenderla cuando está enferma*” (pregunta 13), frente a 22 (22,7%) hombres ($p=0,041$). 193 (95,5%) mujeres estuvieron de acuerdo con que “*es importante favorecer un ambiente en el que el paciente pueda expresarse o reflexionar*” (pregunta 23) frente a 85 (87,6%) hombres ($p=0,017$).

Al comparar las categorías profesionales (tabla 3), en el bloque 1 que valoraba los conceptos de espiritualidad y religiosidad, encontramos diferencias estadísticamente significativas en estas afirmaciones:

- “*Todas las personas tienen una dimensión espiritual que también hay que cuidar*” (pregunta 3: de acuerdo, 105 médicos (94,6%) frente a 68 TCAE (78,2%); $p=0,012$. Hasta 13 TCAE (14,9%) contestaron “*no sabe*”).
- “*Los no creyentes no tienen espiritualidad alguna*” (pregunta 5: de acuerdo, 13 TCAE (14,8%) frente a 8 médicos (7,1%) y 3 DUE (3,1%); $p=0,028$).
- “*La espiritualidad consiste en ir a un lugar de culto a rezar*” (pregunta 6: en desacuerdo, 110 médicos (97,3%) frente a 75 TCAE (84,3%); $p=0,014$).

Tabla 2
Valoraciones según el sexo.

Preguntas	Respuestas	Sexo				Significación (p)	Total	
		Hombre		Mujer			n	%
		n	%	n	%			
Bloque 1. Conceptos de espiritualidad y religiosidad.								
1. Espiritualidad y religiosidad significan lo mismo.	Acuerdo	6	6,2	12	6,0	0,362	18	6,0
	Desacuerdo	73	75,3	164	81,6		237	79,5
	No sabe	18	18,6	25	12,4		43	14,4
2. La espiritualidad es un concepto “de moda” que no es tan importante desde el punto de vista de la salud.	Acuerdo	16	16,3	26	13,1	0,518	42	14,2
	Desacuerdo	66	67,3	146	73,7		212	71,6
	No sabe	16	16,3	26	13,1		42	14,2
3. Todas las personas tienen una dimensión espiritual que también hay que cuidar.	Acuerdo	84	86,6	177	88,5	0,654	261	87,9
	Desacuerdo	5	5,2	6	3,0		11	3,7
	No sabe	8	8,2	17	8,5		25	8,4
4. Todas las personas viven la espiritualidad de la misma forma y con la misma intensidad.	Acuerdo	7	7,1	7	3,5	0,166	14	4,7
	Desacuerdo	84	85,7	187	92,6		271	90,3
	No sabe	7	7,1	8	4,0		15	5,0
5. Los “no creyentes” (ateos, agnósticos) no tienen espiritualidad alguna.	Acuerdo	13	13,1	11	5,6	0,027 [*]	24	8,1
	Desacuerdo	76	76,8	175	88,4		251	84,5
	No sabe	10	10,1	12	6,1		22	7,4
6. La espiritualidad consiste en ir a un lugar de culto a rezar (Iglesia, Mezquita, Sinagoga...).	Acuerdo	5	5,1	9	4,5	0,641	14	4,7
	Desacuerdo	89	89,9	187	92,6		276	91,7
	No sabe	5	5,1	6	3,0		11	3,7
7. La espiritualidad es algo íntimo de la persona que guarda relación con la trascendencia, y con el sentido de las cosas y de la propia vida.	Acuerdo	81	82,7	183	90,1	0,166	264	87,7
	Desacuerdo	5	5,1	7	3,4		12	4,0
	No sabe	12	12,2	13	6,4		25	8,3
8. La espiritualidad conlleva la llamada interna de toda persona a orientar y a crecer en su vida mediante transformaciones internas permanentes, en la búsqueda de la plenitud, de la felicidad, en la realización más amplia de sus ideales y valores.	Acuerdo	82	83,7	177	87,6	0,643	259	86,3
	Desacuerdo	3	3,1	5	2,5		8	2,7
	No sabe	13	13,3	20	9,9		33	11,0
9. El cuidado de la espiritualidad incluye el arte, la creatividad, el contacto con la naturaleza y las relaciones con los otros.	Acuerdo	78	79,6	167	82,3	0,489	245	81,4
	Desacuerdo	7	7,1	8	3,9		15	5,0
	No sabe	13	13,3	28	13,8		41	13,6
10. La espiritualidad no tiene necesariamente relación con la creencia de la existencia de Dios o de un ser superior.	Acuerdo	69	70,4	153	76,5	0,265	222	74,5
	Desacuerdo	13	13,3	15	7,5		28	9,4
	No sabe	16	16,3	32	16,0		48	16,1
11. Ser espiritual no quiere decir ser religioso.	Acuerdo	81	81,8	174	86,1	0,240	255	84,7
	Desacuerdo	10	10,1	10	5,0		20	6,6
	No sabe	8	8,1	18	8,9		26	8,6

Tabla 2 (continuación)
Valoraciones según el sexo.

Preguntas	Respuestas	Sexo				Significación (p)	Total	
		Hombre		Mujer			n	%
		n	%	n	%			
Bloque 1 (continuación). Conceptos de espiritualidad y religiosidad.								
12. Ser religioso es la capacidad de vivir una experiencia como creyente, la opción por una religión específica histórica, por un Dios concreto y una doctrina definida y orientada.	Auerdo	75	78,1	169	84,9	0,325	244	82,7
	Desacuerdo	8	8,3	13	6,5		21	7,1
	No sabe	13	13,5	17	8,5		30	10,2
13. No hace falta considerar la religiosidad de la persona a la hora de atenderla cuando está enferma.	Auerdo	22	22,7	69	34,2	0,041(*)	91	30,4
	Desacuerdo	61	62,9	118	58,4		179	59,9
	No sabe	14	14,4	15	7,4		29	9,7
14. La ética y la moral de las personas no concuerdan necesariamente con la espiritualidad o la religiosidad que puedan poseer.	Auerdo	40	41,2	74	37,6	0,645	114	38,8
	Desacuerdo	32	33,0	76	38,6		108	36,7
	No sabe	25	25,8	47	23,9		72	24,5
15. Ser religioso quiere decir ser espiritual.	Auerdo	12	12,2	25	12,4	0,096	37	12,4
	Desacuerdo	62	63,3	147	73,1		209	69,9
	No sabe	24	24,5	29	14,4		53	17,7
Bloque 2. Aplicación en la práctica clínica.								
16. El bienestar espiritual y religioso es importante para el bienestar emocional de un paciente.	Auerdo	78	80,4	173	86,5	0,142	251	84,5
	Desacuerdo	6	6,2	14	7,0		20	6,7
	No sabe	13	13,4	13	6,5		26	8,8
17. La espiritualidad y la religiosidad se pueden ver afectadas en la persona que enferma.	Auerdo	79	81,4	169	84,1	0,846	248	83,2
	Desacuerdo	7	7,2	12	6,0		19	6,4
	No sabe	11	11,3	20	10,0		31	10,4
18. La espiritualidad y la religiosidad de una persona siempre la ayudan cuando tiene que afrontar una crisis vital, como es padecer una enfermedad.	Auerdo	82	83,7	155	76,7	0,363	237	79,0
	Desacuerdo	5	5,1	17	8,4		22	7,3
	No sabe	11	11,2	30	14,9		41	13,7
19. Cuando atiendo a una persona sólo debe preocuparme que esté bien atendida desde el punto de vista físico.	Auerdo	8	8,1	10	4,9	0,549	18	6,0
	Desacuerdo	84	84,8	179	88,2		263	87,1
	No sabe	8	8,1	10	4,9		21	7,0
20. Si veo que la persona quiere sincerarse o hablar de otro tema no concerniente con su padecimiento físico, evito la situación.	Auerdo	10	10,1	14	6,9	0,457	24	8,0
	Desacuerdo	76	76,8	167	82,7		243	80,7
	No sabe	13	13,1	21	10,4		34	11,3
21. Si detecto que la persona es religiosa le ofrezco la posibilidad de ser atendida por el personal del Servicio de Atención Espiritual y Religioso.	Auerdo	63	65,6	133	67,2	0,538	196	66,7
	Desacuerdo	11	11,5	29	14,6		40	13,6
	No sabe	22	22,9	36	18,2		58	19,7

Tabla 2 (continuación)
Valoraciones según el sexo.

Preguntas	Respuestas	Sexo				Significación (p)	Total	
		Hombre		Mujer			n	%
		n	%	n	%			
Bloque 2 (continuación). Aplicación en la práctica clínica.								
22. Si detecto que la persona necesita hablar de otros temas en relación con su vida, sus valores o sus emociones, le remito al Servicio de Atención Espiritual y Religioso.	Acuerdo	45	7,4	94	48,2	0,543	139	47,9
	Desacuerdo	22	23,2	54	27,7		76	26,2
	No sabe	28	29,5	47	24,1		75	25,9
23. Es importante favorecer un ambiente en el que el paciente pueda expresarse o reflexionar.	Acuerdo	85	87,6	193	95,5	0,017 ^(*)	278	93,0
	Desacuerdo	6	6,2	2	1,0		8	2,7
	No sabe	6	6,2	7	3,5		13	4,3
24. Si detecto necesidades espirituales y/o religiosas las atiendo directamente.	Acuerdo	31	32,0	56	28,1	0,560	87	29,4
	Desacuerdo	30	30,9	74	37,2		104	35,1
	No sabe	36	37,1	69	34,7		105	35,5
Bloque 3. Adecuación de la asistencia.								
25. Las necesidades espirituales y/o religiosas no deben ser atendidas en el Hospital.	Acuerdo	11	11,2	10	5,0	0,142	21	7,0
	Desacuerdo	80	81,6	174	87,0		254	85,2
	No sabe	7	7,1	16	8,0		23	7,7
26. La atención integral de la persona conlleva también el cuidado de la dimensión espiritual y religiosa.	Acuerdo	86	86,9	179	88,6	0,268	265	88,0
	Desacuerdo	6	6,1	5	2,5		11	3,7
	No sabe	7	7,1	18	8,9		25	8,3
27. El trabajo multidisciplinar implica la actuación de todos los profesionales para la atención de esta dimensión de la persona.	Acuerdo	81	82,7	178	88,6	0,179	259	86,6
	Desacuerdo	9	9,2	8	4,0		17	5,7
	No sabe	8	8,2	15	7,5		23	7,7
28. Todos los profesionales deben saber atender la dimensión espiritual y/o religiosa del paciente.	Acuerdo	47	47,5	92	45,3	0,659	139	46,0
	Desacuerdo	23	23,2	57	28,1		80	26,5
	No sabe	29	29,3	54	26,6		83	27,5
29. Todos los profesionales deben saber detectar las necesidades espirituales y/o religiosas del paciente.	Acuerdo	63	64,9	128	64,6	0,590	191	64,7
	Desacuerdo	11	11,3	30	15,2		41	13,9
	No sabe	23	23,7	40	20,2		63	21,4
30. Hablando de atención integral de la persona es imprescindible la existencia del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa.	Acuerdo	70	72,2	146	75,3	0,745	216	74,2
	Desacuerdo	7	7,2	10	5,2		17	5,8
	No sabe	20	20,6	38	19,6		58	19,9

(*) Significación estadística: $p < 0,05$; Test de contraste: Chi Cuadrado.

Tabla 3
Valoraciones según categoría profesional.

Preguntas	Respuestas	Profesión						Significación (p)	Total	
		Médico		DUE		TCAE			n	%
		n	%	n	%	n	%			
Bloque 1. Conceptos de espiritualidad y religiosidad.										
1. Espiritualidad y religiosidad significan lo mismo.	Acuerdo	4	3,6	6	6,2	8	9,0	0,080	18	6,0
	Desacuerdo	94	83,9	81	83,5	62	69,7		237	79,5
	No sabe	14	12,5	10	10,3	19	21,3		43	14,4
2. La espiritualidad es un concepto “de moda” que no es tan importante desde el punto de vista de la salud.	Acuerdo	11	9,8	11	11,3	20	23,0	0,086	42	14,2
	Desacuerdo	84	75,0	73	75,3	55	63,2		212	71,6
	No sabe	17	15,2	13	13,4	12	13,8		42	14,2
3. Todas las personas tienen una dimensión espiritual que también hay que cuidar.	Acuerdo	105	94,6	88	88,9	68	78,2	0,012(*)	261	87,9
	Desacuerdo	1	0,9	4	4,0	6	6,9		11	3,7
	No sabe	5	4,5	7	7,1	13	14,9		25	8,4
4. Todas las personas viven la espiritualidad de la misma forma y con la misma intensidad.	Acuerdo	2	1,8	6	6,1	6	6,7	0,206	14	4,7
	Desacuerdo	105	93,8	90	90,9	76	85,4		271	90,3
	No sabe	5	4,5	3	3,0	7	7,9		15	5,0
5. Los “no creyentes” (ateos, agnósticos) no tienen espiritualidad alguna.	Acuerdo	8	7,1	3	3,1	13	14,8	0,028(*)	24	8,1
	Desacuerdo	9	87,6	86	89,6	66	75,0		251	84,5
	No sabe	6	5,3	7	7,3	9	10,2		22	7,4
6. La espiritualidad consiste en ir a un lugar de culto a rezar (Iglesia, Mezquita, Sinagoga...).	Acuerdo	3	2,7	4	4,0	7	7,9	0,014(*)	14	4,7
	Desacuerdo	110	97,3	91	91,9	75	84,3		276	91,7
	No sabe	0	0,0	4	4,0	7	7,9		11	3,7
7. La espiritualidad es algo íntimo de la persona que guarda relación con la trascendencia, y con el sentido de las cosas y de la propia vida.	Acuerdo	102	91,1	90	90,9	72	80,0	0,093	264	87,7
	Desacuerdo	3	2,7	2	2,0	7	7,8		12	4,0
	No sabe	7	6,3	7	7,1	11	12,2		25	8,3
8. La espiritualidad conlleva la llamada interna de toda persona a orientar y a crecer en su vida mediante transformaciones internas permanentes, en la búsqueda de la plenitud, de la felicidad, en la realización más amplia de sus ideales y valores.	Acuerdo	100	89,3	86	87,8	73	81,1	0,245	259	86,3
	Desacuerdo	2	1,8	1	1,0	5	5,6		8	2,7
	No sabe	10	8,9	11	11,2	12	13,3		33	11,0
9. El cuidado de la espiritualidad incluye el arte, la creatividad, el contacto con la naturaleza y las relaciones con los otros.	Acuerdo	96	85,7	82	82,8	67	74,4	0,103	245	81,4
	Desacuerdo	7	6,3	4	4,0	4	4,4		15	5,0
	No sabe	9	8,0	13	13,1	19	21,1		41	13,6
10. La espiritualidad no tiene necesariamente relación con la creencia de la existencia de Dios o de un ser superior.	Acuerdo	91	82,0	76	76,8	55	62,5	0,027(*)	222	74,5
	Desacuerdo	9	8,1	7	7,1	12	13,6		28	9,4
	No sabe	11	9,9	16	16,2	21	23,9		48	16,1

Tabla 3 (continuación)
Valoraciones según categoría profesional.

Preguntas	Respuestas	Profesión						Significación (p)	Total	
		Médico		DUE		TCAE			n	%
		n	%	n	%	n	%			
Bloque 1 (continuación). Conceptos de espiritualidad y religiosidad.										
11. Ser espiritual no quiere decir ser religioso.	Acuerdo	104	92,0	86	86,9	65	73,0	0,005(*)	255	84,7
	Desacuerdo	5	4,4	5	5,1	10	11,2		20	6,6
	No sabe	4	3,5	8	8,1	14	15,7		26	8,6
12. Ser religioso es la capacidad de vivir una experiencia como creyente, la opción por una religión específica histórica, por un Dios concreto y una doctrina definida y orientada.	Acuerdo	99	89,2	82	85,4	63	71,6	0,010(*)	244	82,7
	Desacuerdo	4	3,6	8	8,3	9	10,2		21	7,1
	No sabe	8	7,2	6	6,3	16	18,2		30	10,2
13. No hace falta considerar la religiosidad de la persona a la hora de atenderla cuando está enferma.	Acuerdo	22	19,8	18	18,2	51	57,3	<0,001(*)	91	30,4
	Desacuerdo	78	70,3	72	72,7	29	32,6		179	59,9
	No sabe	11	9,9	6	9,1	9	10,1		29	9,7
14. La ética y la moral de las personas no concuerdan necesariamente con la espiritualidad o la religiosidad que puedan poseer.	Acuerdo	42	37,8	27	29,0	45	50,0	0,005(*)	114	38,8
	Desacuerdo	34	30,6	46	49,5	28	31,1		108	36,7
	No sabe	35	31,5	20	21,5	17	18,9		72	24,5
Bloque 2. Aplicación en la práctica clínica.										
15. Ser religioso quiere decir ser espiritual.	Acuerdo	13	11,6	11	11,2	13	14,6	0,899	37	12,4
	Desacuerdo	81	72,3	69	70,4	59	66,3		209	69,9
	No sabe	18	16,1	18	18,4	17	19,1		53	17,7
16. El bienestar espiritual y religioso es importante para el bienestar emocional de un paciente.	Acuerdo	104	93,7	83	84,7	64	72,7	<0,001(*)	251	84,5
	Desacuerdo	0	0,0	7	7,1	13	14,8		20	6,7
	No sabe	7	6,3	8	8,2	11	12,5		26	8,8
17. La espiritualidad y la religiosidad se pueden ver afectadas en la persona que enferma.	Acuerdo	102	92,7	84	85,7	62	68,9	<0,001(*)	248	83,2
	Desacuerdo	2	1,8	9	9,2	8	8,9		19	6,4
	No sabe	6	5,5	5	5,1	20	22,2		31	10,4
18. La espiritualidad y la religiosidad de una persona siempre la ayudan cuando tiene que afrontar una crisis vital como es padecer una enfermedad.	Acuerdo	88	78,6	79	80,6	70	77,8	0,925	237	79,0
	Desacuerdo	8	7,1	8	8,2	6	6,7		22	7,3
	No sabe	16	14,3	11	11,2	14	15,6		41	13,7
19. Cuando atiendo a una persona sólo debe preocuparme que esté bien atendida desde el punto de vista físico.	Acuerdo	1	0,9	4	4,0	13	14,4	<0,001(*)	18	6,0
	Desacuerdo	106	93,8	91	91,9	66	73,3		263	87,1
	No sabe	6	5,3	4	4,0	11	12,2		21	7,0

Tabla 3 (continuación)
Valoraciones según categoría profesional.

Preguntas	Respuestas	Profesión						Significación (p)	Total	
		Médico		DUE		TCAE			n	%
		n	%	n	%	n	%			
Bloque 2 (continuación). Aplicación en la práctica clínica.										
20. Si veo que la persona quiere sincerarse o hablar de otro tema no concerniente con su padecimiento físico, evito la situación.	Acuerdo	6	5,3	5	5,1	13	14,6	0,015 ^(*)	24	8,0
	Desacuerdo	90	79,6	88	88,9	65	73,0		243	80,7
	No sabe	17	15,0	6	6,1	11	12,4		34	11,3
21. Si detecto que la persona es religiosa le ofrezco la posibilidad de ser atendida por el personal del Servicio de Atención Espiritual y Religioso.	Acuerdo	61	56,5	74	74,7	61	70,1	0,052	196	66,7
	Desacuerdo	20	18,5	8	8,1	12	13,8		40	13,6
	No sabe	27	25,0	17	17,2	14	16,1		58	19,7
22. Si detecto que la persona necesita hablar de otros temas en relación con su vida, sus valores o sus emociones, la remito al Servicio de Atención Espiritual y Religioso.	Acuerdo	45	41,7	48	49,5	46	54,1	0,276	139	47,9
	Desacuerdo	28	25,9	25	25,8	23	27,1		76	26,2
	No sabe	35	32,4	24	24,7	16	18,8		75	25,9
23. Es importante favorecer un ambiente en el que el paciente pueda expresarse o reflexionar.	Acuerdo	105	93,8	92	92,9	81	92,0	0,567	278	93,0
	Desacuerdo	4	3,6	1	1,0	3	3,4		8	2,7
	No sabe	3	2,7	6	6,1	4	4,5		13	4,3
24. Si detecto necesidades espirituales y/o religiosas las atiendo directamente.	Acuerdo	28	25,5	35	36,1	54	27,0	0,008 ^(*)	87	29,4
	Desacuerdo	40	36,4	22	22,7	42	47,2		104	35,1
	No sabe	42	38,2	40	41,2	23	25,8		105	35,5
Bloque 3. Adecuación de la asistencia.										
25. Las necesidades espirituales y/o religiosas no deben ser atendidas en el Hospital.	Acuerdo	10	8,8	4	4,1	7	8,0	0,019 ^(*)	21	7,0
	Desacuerdo	96	85,0	90	92,8	68	77,3		254	85,2
	No sabe	7	6,2	3	3,1	13	14,8		23	7,7
26. La atención integral de la persona conlleva también el cuidado de la dimensión espiritual y religiosa.	Acuerdo	106	93,8	91	91,9	68	76,4	<0,001 ^(*)	265	88,0
	Desacuerdo	4	3,5	3	3,0	4	4,5		11	3,7
	No sabe	3	2,7	5	5,1	17	19,1		25	8,3
27. El trabajo multidisciplinar implica la actuación de todos los profesionales para la atención de esta dimensión de la persona.	Acuerdo	104	92,9	88	88,9	67	76,1	0,005 ^(*)	259	86,6
	Desacuerdo	2	1,8	7	7,1	8	9,1		17	5,7
	No sabe	6	5,4	4	4,0	13	14,8		23	7,7
28. Todos los profesionales deben saber atender la dimensión espiritual y/o religiosa del paciente.	Acuerdo	54	47,8	47	47,5	38	42,2	0,785	139	46,0
	Desacuerdo	29	25,7	28	28,3	23	25,6		80	26,5
	No sabe	30	26,5	24	24,2	29	32,2		83	27,5

Tabla 3 (continuación)
Valoraciones según categoría profesional.

Preguntas	Respuestas	Profesión						Significación (p)	Total	
		Médico		DUE		TCAE			n	%
		n	%	n	%	n	%			
Bloque 3 (continuación). Adecuación de la asistencia.										
29. Todos los profesionales deben saber detectar las necesidades espirituales y/o religiosas del paciente.	Acuerdo	85	75,2	59	62,1	47	54,0	0,001(*)	191	64,7
	Desacuerdo	13	11,5	8	8,4	20	23,0		41	13,9
	No sabe	15	13,3	28	29,5	20	23,0		63	21,4
30. Hablando de atención integral de la persona es imprescindible la existencia del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa.	Acuerdo	76	67,9	72	78,3	68	78,2	0,234	216	74,2
	Desacuerdo	6	5,4	5	5,4	6	6,9		17	5,8
	No sabe	30	26,8	15	16,3	13	14,9		58	19,9

(*) Significación estadística: $p < 0,05$; Test de contraste: Chi Cuadrado.

– “La espiritualidad no tiene necesariamente relación con la creencia de la existencia de Dios o de un ser superior” (pregunta 10: de acuerdo, 91 médicos (82,0%) frente a 55 TCAE (62,5%); $p=0,027$).

– “Que ser espiritual no quiere decir ser religioso” (pregunta 11: de acuerdo, 104 médicos (92%) frente a 65 TCAE (73%); $p=0,005$).

– “Ser religioso es la capacidad de vivir una experiencia como creyente, la opción por una religión específica histórica, por un Dios concreto y una doctrina definida y orientada” (pregunta 12: de acuerdo, 99 médicos (89,2%) frente a 63 TCAE (71,6%); $p=0,010$).

Estuvieron en desacuerdo con estas afirmaciones:

– “No hace falta considerar la religiosidad de la persona a la hora de atenderla cuando está enferma” (pregunta 13: 72 DUE (72,7%) frente a 78 médicos (70,3%) y 29 TCAE (32,6%); $p < 0,001$).

– “La ética y la moral de las personas no concuerdan necesariamente con la espiritualidad

o la religiosidad que puedan poseer” (pregunta 14: 34 médicos (30,6%) frente a 46 DUE (49,5%) y 28 TCAE (31,1%); $p=0,005$). Llamó la atención que hasta 35 médicos (31,5%) contestaron “no sabe”.

En el bloque que valoraba el cuidado de la dimensión espiritual y religiosa durante la asistencia:

– “Cuando atienden a una persona sólo deben preocuparles que esté bien atendida desde el punto de vista físico” (pregunta 19: en desacuerdo, 106 médicos (93,8%) frente a 66 TCAE (73,3%); $p < 0,001$).

– “Si ven que la persona quiere sincerarse o hablar de otro tema no concerniente con su padecimiento físico, evitan la situación” (pregunta 20: 88 DUE (88,9%) frente a 65 TCAE (73,0%); $p=0,015$).

– “Si detectan necesidades espirituales y/o religiosas las atienden directamente” (pregunta 24: en desacuerdo, 42 TCAE (47,2%) frente a 22 DUE (22,7%); $p=0,008$). Contestaron “no sabe” 40 DUE (41,2%) frente a 42 médicos (38,2%) y 23 TCAE (25,8%).

– “Las necesidades espirituales y/o religiosas no deben ser atendidas en el hospital” (pregunta 25: en desacuerdo, 90 DUE (92,8%) frente a 68 TCAE (77,3%); $p=0,019$).

Hubo diferencias también en el grado de acuerdo con estas afirmaciones:

– “El bienestar espiritual y religioso es importante para el bienestar emocional de un paciente” (pregunta 16: 104 médicos (93,7%) frente a 64 TCAE (72,7%); $p<0,001$).

– “La espiritualidad y la religiosidad se pueden ver afectadas en la persona que enferma” (pregunta 17: 102 médicos (92,7%) frente a 62 TCAE (68,9%); $p<0,001$).

Por último, en el bloque que exploraba la opinión de los profesionales respecto al cuidado de la espiritualidad y la religiosidad en el marco clínico asistencial y la competencia del hospital, estuvieron de acuerdo con lo siguiente:

– “La atención integral de la persona conlleva también el cuidado de la dimensión espiritual y

religiosa” (pregunta 26: 106 médicos (93,8%) frente a 68 TCAE (76,4%); $p<0,001$. 17 TCAE (19,1%) contestaron “no sabe”.

– “El trabajo multidisciplinar implica la actuación de todos los profesionales para la atención de esta dimensión de la persona” (pregunta 27: de acuerdo, 104 médicos (92,9%) frente a 67 TCAE (76,1%); $p=0,005$).

– “Todos los profesionales deben saber detectar las necesidades espirituales y/o religiosas del paciente” (pregunta 29: de acuerdo, 85 médicos (75,2%) frente a 47 TCAE (54,0%); $p=0,001$).

Se valoró la influencia de la edad en las respuestas a cada una de las preguntas de la encuesta y se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuatro de ellas (tabla 4). Una fue la pregunta 8, que definía la espiritualidad como una llamada interna a orientar y crecer en su vida. En ella, la diferencia de edad media entre las personas que contestaron que no sabían y las que contestaron que estaban de acuerdo fue de 5,7 (IC media

Tabla 4
Influencia de la edad en las respuestas.

Preguntas	ANOVA	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Bonferroni		Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
							I	J				Límite inferior	Límite superior	
Bloque 1. Conceptos de espiritualidad y religiosidad.														
1. Espiritualidad y religiosidad significan lo mismo.	Entre grupos	236,522	2	118,261	1,574	0,209	Des-acuerdo	No sabe	1,980	1,437	0,507	-1,48	5,44	
	Dentro de grupos	22.167,129	295	75,143	-	-		Acuerdo	-2,051	2,119	1,000	-7,15	3,05	
	Total	22.403,651	297					No sabe	Des-acuerdo	-1,980	1,437	0,507	-5,44	1,48
									Acuerdo	-4,031	2,434	0,296	-9,89	1,83
								Acuerdo	Des-acuerdo	2,051	2,119	1,000	-3,05	7,15
No sabe	4,031	2,434	0,296	-1,83	9,89									

Tabla 4 (continuación)
Influencia de la edad en las respuestas.

Preguntas	ANOVA	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Bonferroni		Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%			
							I	J				Límite inferior	Límite superior		
Bloque 1 (continuación). Conceptos de espiritualidad y religiosidad.															
2. La espiritualidad es un concepto “de moda” que no es tan importante desde el punto de vista de la salud.	Entre grupos	41,273	2	20,636	0,275	0,760	Des-acuerdo	No sabe	0,335	1,463	1,000	-3,19	3,86		
	Dentro de grupos	21.972,048	293	74,990	-	-		Acuerdo	1,073	1,463	1,000	-2,45	4,59		
	Total	22.013,321	295	295	-	-		-	No sabe	Des-acuerdo	-0,335	1,463	1,000	-3,86	3,19
										Acuerdo	0,738	1,890	1,000	-3,81	5,29
										Des-acuerdo	-1,073	1,463	1,000	-4,59	2,45
Acuerdo	0,738	1,890	1,000	-3,81	5,29										
3. Todas las personas tienen una dimensión espiritual que también hay que cuidar.	Entre grupos	202,460	2	101,230	1,349	0,261	Des-acuerdo	No sabe	-0,033	3,135	1,000	-7,58	7,51		
	Dentro de grupos	22.067,324	294	75,059	-	-		Acuerdo	-2,552	2,667	1,000	-8,97	3,87		
	Total	22.269,785	296	296	-	-		-	No sabe	Des-acuerdo	0,033	3,135	1,000	-7,51	7,58
										Acuerdo	-2,520	1,814	0,498	-6,89	1,85
										Des-acuerdo	2,552	2,667	1,000	-3,87	8,97
Acuerdo	2,520	1,814	0,498	-1,85	6,89										
4. Todas las personas viven la espiritualidad de la misma forma y con la misma intensidad.	Entre grupos	66,369	2	33,184	0,437	0,646	Des-acuerdo	No sabe	0,688	2,311	1,000	-4,88	6,25		
	Dentro de grupos	22.553,378	297	75,937	-	-		Acuerdo	2,150	2,388	1,000	-3,60	7,90		
	Total	22.619,747	299	299	-	-		-	No sabe	Des-acuerdo	-0,688	2,311	1,000	-6,25	4,88
										Acuerdo	1,462	3,238	1,000	-6,33	9,26
										Des-acuerdo	-2,150	2,388	1,000	-7,90	3,60
Acuerdo	-1,462	3,238	1,000	-9,26	6,33										
5. Los “no creyentes” (ateos, agnósticos) no tienen espiritualidad alguna.	Entre grupos	352,173	2	176,087	2,343	0,098	Des-acuerdo	No sabe	1,924	1,928	0,957	-2,72	6,57		
	Dentro de grupos	22.094,069	294	75,150	-	-		Acuerdo	-3,390	1,852	0,205	-7,85	1,07		
	Total	22.446,242	296	296	-	-		-	No sabe	Des-acuerdo	-1,924	1,928	0,957	-6,57	2,72
										Acuerdo	-5,314	2,559	0,116	-11,48	0,85
										Des-acuerdo	3,390	1,852	0,205	-1,07	7,85
Acuerdo	5,314	2,559	0,116	-0,85	11,48										

Tabla 4 (continuación)
Influencia de la edad en las respuestas.

Preguntas	ANOVA	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Bonferroni		Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
							I	J				Límite inferior	Límite superior	
Bloque 1 (continuación). Conceptos de espiritualidad y religiosidad.														
6. La espiritualidad consiste en ir a un lugar de culto a rezar (Iglesia, Mezquita, Sinagoga...).	Entre grupos	111,634	2	55,817	0,726	0,485	Des-acuerdo	No sabe	1,952	2,695	1,000	-4,54	8,44	
	Dentro de grupos	22.901,050	298	76,849	-	-		Acuerdo	2,387	2,402	0,963	-3,40	8,17	
	Total	23.012,684	300					No sabe	Des-acuerdo	-1,952	2,695	1,000	-8,44	4,54
									Acuerdo	0,435	3,532	1,000	-8,07	8,94
								Acuerdo	Des-acuerdo	-2,387	2,402	0,963	-8,17	3,40
									No sabe	-0,435	3,532	1,000	-8,94	8,07
7. La espiritualidad es algo íntimo de la persona que guarda relación con la trascendencia, y con el sentido de las cosas y de la propia vida.	Entre grupos	431,705	2	215,853	2,894	0,057	Des-acuerdo	No sabe	0,900	3,033	1,000	-6,40	8,20	
	Dentro de grupos	22.224,966	298	74,580	-	-		Acuerdo	-3,011	2,549	0,715	-9,15	3,13	
	Total	22.656,671	300					No sabe	Des-acuerdo	-0,900	3,033	1,000	-8,20	6,40
									Acuerdo	-3,911	1,807	0,094	-8,26	0,44
								Acuerdo	Des-acuerdo	3,011	2,549	0,715	-3,13	9,15
									No sabe	3,911	1,807	0,094	-0,44	8,26
8. La espiritualidad conlleva la llamada interna de toda persona a orientar y a crecer en su vida mediante transformaciones internas permanentes, en la búsqueda de la plenitud, de la felicidad, en la realización más amplia de sus ideales y valores.	Entre grupos	1.039,795	2	519,898	7,192	<0,001 ^(*)	Des-acuerdo	No sabe	2,034	3,351	1,000	-6,03	10,10	
	Dentro de grupos	21.470,791	297	72,292	-	-		Acuerdo	-3,713	3,052	0,674	-11,06	3,64	
	Total	22.510,587	299					No sabe	Des-acuerdo	-2,034	3,351	1,000	-10,10	6,03
									Acuerdo	-5,747 ^(*)	1,572	<0,001 ^(*)	-9,53	-1,96
								Acuerdo	Des-acuerdo	3,713	3,052	0,674	-3,64	11,06
									No sabe	5,747 ^(*)	1,572	<0,001 ^(*)	1,96	9,53

Tabla 4 (continuación)
Influencia de la edad en las respuestas.

Preguntas	ANOVA	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Bonferroni		Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%				
							I	J				Límite inferior	Límite superior			
Bloque 1 (continuación). Conceptos de espiritualidad y religiosidad.																
9. El cuidado de la espiritualidad incluye el arte, la creatividad, el contacto con la naturaleza y las relaciones con los otros.	Entre grupos	421,263	2	210,632	2,823	0,061	Des-acuerdo	No sabe	1,780	2,607	1,000	-4,50	8,06			
	Dentro de grupos	22.235,408	298	74,615	-	-		Acuerdo	-1,608	2,298	1,000	-7,14	3,92			
	Total	22.656,671	300							No sabe	Des-acuerdo	-1,780	2,607	1,000	-8,06	4,50
											Acuerdo	-3,389	1,458	0,062	-6,90	0,12
										Acuerdo	Des-acuerdo	1,608	2,298	1,000	-3,92	7,14
											No sabe	3,389	1,458	0,062	-0,12	6,90
10. La espiritualidad no tiene necesariamente relación con la creencia de la existencia de Dios o de un ser superior.	Entre grupos	90,502	2	45,251	0,594	0,553	Des-acuerdo	No sabe	-2,045	2,075	0,976	-7,04	2,95			
	Dentro de grupos	22.455,230	295	76,119	-	-		Acuerdo	-1,832	1,750	0,888	-6,05	2,38			
	Total	22.545,732	297							No sabe	Des-acuerdo	2,045	2,075	0,976	-2,95	7,04
											Acuerdo	0,212	1,389	1,000	-3,13	3,56
										Acuerdo	Des-acuerdo	1,832	1,750	0,888	-2,38	6,05
											No sabe	-0,212	1,389	1,000	-3,56	3,13
11. Ser espiritual no quiere decir ser religioso.	Entre grupos	131,770	2	65,885	0,858	0,425	Des-acuerdo	No sabe	-2,812	2,606	0,845	-9,09	3,46			
	Dentro de grupos	22.878,682	298	76,774	-	-		Acuerdo	-2,632	2,035	0,590	-7,53	2,27			
	Total	23.010,452	300							No sabe	Des-acuerdo	2,812	2,606	0,845	-3,46	9,09
											Acuerdo	0,179	1,804	1,000	-4,16	4,52
										Acuerdo	Des-acuerdo	2,632	2,035	0,590	-2,27	7,53
											No sabe	-0,179	1,804	1,000	-4,52	4,16
12. Ser religioso es la capacidad de vivir una experiencia como creyente, la opción por una religión específica histórica, por un Dios concreto y una doctrina definida y orientada.	Entre grupos	1.095,474	2	547,737	7,656	<0,001(*)	Des-acuerdo	No sabe	-1,600	2,407	1,000	-7,39	4,19			
	Dentro de grupos	20.891,868	292	71,547	-	-		Acuerdo	-5,963(*)	1,924	0,006(*)	-10,59	-1,33			
	Total	21.987,342	294							No sabe	Des-acuerdo	1,600	2,407	1,000	-4,19	7,39
											Acuerdo	-4,363(*)	1,637	0,024(*)	-8,30	-0,42
										Acuerdo	Des-acuerdo	5,963(*)	1,924	0,006(*)	1,33	10,59
											No sabe	4,363(*)	1,637	0,024(*)	0,42	8,30

Tabla 4 (continuación)
Influencia de la edad en las respuestas.

Preguntas	ANOVA	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Bonferroni		Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
							I	J				Límite inferior	Límite superior
Bloque 1 (continuación). Conceptos de espiritualidad y religiosidad.													
13. No hace falta considerar la religiosidad de la persona a la hora de atenderla cuando está enferma.	Entre grupos	46,433	2	23,216	0,308	0,735	Des-acuerdo	No sabe	0,990	1,738	1,000	-3,19	5,17
	Dentro de grupos	22.306,564	296	75,360	-	-		Acuerdo	-0,451	1,118	1,000	-3,14	2,24
	Total	22.352,997	298	No sabe	Des-acuerdo	-0,990	1,738	1,000	-5,17	3,19			
					Acuerdo	-1,441	1,851	1,000	-5,90	3,02			
				Acuerdo	Des-acuerdo	0,451	1,118	1,000	-2,24	3,14			
					No sabe	1,441	1,851	1,000	-3,02	5,90			
14. La ética y la moral de las personas no concuerdan necesariamente con la espiritualidad o la religiosidad que puedan poseer.	Entre grupos	426,675	2	213,338	2,893	0,057	Des-acuerdo	No sabe	-0,236	1,306	1,000	-3,38	2,91
	Dentro de grupos	21.456,526	291	73,734	-	-		Acuerdo	-2,560	1,153	0,082	-5,34	0,22
	Total	21.883,201	293	No sabe	Des-acuerdo	0,236	1,306	1,000	-2,91	3,38			
					Acuerdo	-2,324	1,293	0,220	-5,44	0,79			
				Acuerdo	Des-acuerdo	2,560	1,153	0,082	-0,22	5,34			
					No sabe	2,324	1,293	0,220	-0,79	5,44			
15. Ser religioso quiere decir ser espiritual.	Entre grupos	112,200	2	56,100	0,737	0,479	Des-acuerdo	No sabe	0,457	1,342	1,000	-2,77	3,69
	Dentro de grupos	22.535,834	296	76,135	-	-		Acuerdo	-1,693	1,556	0,832	-5,44	2,05
	Total	22.648,033	298	No sabe	Des-acuerdo	-0,457	1,342	1,000	-3,69	2,77			
					Acuerdo	-2,150	1,869	0,753	-6,65	2,35			
				Acuerdo	Des-acuerdo	1,693	1,556	0,832	-2,05	5,44			
					No sabe	2,150	1,869	0,753	-2,35	6,65			
Bloque 2. Aplicación en la práctica clínica.													
16. El bienestar espiritual y religioso es importante para el bienestar emocional de un paciente.	Entre grupos	707,844	2	353,922	4,913	0,008 ^(*)	Des-acuerdo	No sabe	-0,288	2,524	1,000	-6,37	5,79
	Dentro de grupos	21.179,072	294	72,038	-	-		Acuerdo	-4,427	1,972	0,077	-9,18	0,32
	Total	21.886,916	296	No sabe	Des-acuerdo	0,288	2,524	1,000	-5,79	6,37			
					Acuerdo	-4,139	1,749	0,056	-8,35	0,07			
				Acuerdo	Des-acuerdo	4,427	1,972	0,077	-0,32	9,18			
					No sabe	4,139	1,749	0,056	-0,07	8,35			

Tabla 4 (continuación)
Influencia de la edad en las respuestas.

Preguntas	ANOVA	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Bonferroni		Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%			
							I	J				Límite inferior	Límite superior		
Bloque 2 (continuación). Aplicación en la práctica clínica.															
17. La espiritualidad y la religiosidad se pueden ver afectadas en la persona que enferma.	Entre grupos	1.308,338	2	654,169	9,183	<0,001(*)	Des-acuerdo	No sabe	-6,919(*)	2,459	0,016(*)	-12,84	-1,00		
	Dentro de grupos	21.015,541	295	71,239	-	-		Acuerdo	-8,519(*)	2,009	<0,001(*)	-13,36	-3,68		
	Total	22.323,879	297	297	297	297		297	No sabe	Des-acuerdo	6,919(*)	2,459	0,016(*)	1,00	12,84
										Acuerdo	-1,601	1,608	0,961	-5,47	2,27
										Des-acuerdo	8,519(*)	2,009	<0,001(*)	3,68	13,36
										No sabe	1,601	1,608	0,961	-2,27	5,47
18. La espiritualidad y la religiosidad de una persona siempre la ayudan cuando tiene que afrontar una crisis vital como es padecer una enfermedad.	Entre grupos	193,288	2	96,644	1,286	0,278	Des-acuerdo	No sabe	-2,825	2,291	0,656	-8,34	2,69		
	Dentro de grupos	22.317,298	297	75,142	-	-		Acuerdo	-3,099	1,932	0,329	-7,75	1,55		
	Total	22.510,587	299	299	299	299		No sabe	Des-acuerdo	2,825	2,291	0,656	-2,69	8,34	
									Acuerdo	-0,274	1,466	1,000	-3,80	3,26	
									Des-acuerdo	3,099	1,932	0,329	-1,55	7,75	
									No sabe	0,274	1,466	1,000	-3,26	3,80	
19. Cuando atiendo a una persona sólo debe preocuparme que esté bien atendida desde el punto de vista físico.	Entre grupos	133,822	2	66,911	0,874	0,418	Des-acuerdo	No sabe	2,548	1,984	0,600	-2,23	7,32		
	Dentro de grupos	22.880,141	299	76,522	-	-		Acuerdo	0,857	2,131	1,000	-4,27	5,99		
	Total	23.013,964	301	301	301	301		No sabe	Des-acuerdo	-2,548	1,984	0,600	-7,32	2,23	
									Acuerdo	-1,690	2,810	1,000	-8,46	5,07	
									Des-acuerdo	-0,857	2,131	1,000	-5,99	4,27	
									No sabe	1,690	2,810	1,000	-5,07	8,46	
20. Si veo que la persona quiere sincerarse o hablar de otro tema no concerniente con su padecimiento físico, evito la situación.	Entre grupos	446,388	2	223,194	2,986	0,052	Des-acuerdo	No sabe	0,477	1,583	1,000	-3,33	4,29		
	Dentro de grupos	22.273,194	298	74,742	-	-		Acuerdo	-4,403	1,850	0,054	-8,86	0,05		
	Total	22.719,581	300	300	300	300		No sabe	Des-acuerdo	-0,477	1,583	1,000	-4,29	3,33	
									Acuerdo	-4,880	2,305	0,105	-10,43	0,67	
									Des-acuerdo	4,403	1,850	0,054	-0,05	8,86	
									No sabe	4,880	2,305	0,105	-0,67	10,43	

Tabla 4 (continuación)
Influencia de la edad en las respuestas.

Preguntas	ANOVA	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Bonferroni		Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
							I	J				Límite inferior	Límite superior	
Bloque 2 (continuación). Aplicación en la práctica clínica.														
21. Si detecto que la persona es religiosa le ofrezco la posibilidad de ser atendida por el personal del Servicio de Atención Espiritual y Religioso (SAER).	Entre grupos	335,270	2	167,635	2,217	0,111	Des-acuerdo	No sabe	-1,269	1,787	1,000	-5,57	3,03	
	Dentro de grupos	22.000,512	291	75,603	-	-		Acuerdo	-2,884	1,509	0,171	-6,52	0,75	
	Total	22.335,782	293					No sabe	Des-acuerdo	1,269	1,787	1,000	-3,03	5,57
									Acuerdo	-1,615	1,300	0,645	-4,74	1,51
								Acuerdo	Des-acuerdo	2,884	1,509	0,171	-0,75	6,52
									No sabe	1,615	1,300	0,645	-1,51	4,74
22. Si detecto que la persona necesita hablar de otros temas en relación con su vida, sus valores o sus emociones, la remito al Servicio de Atención Espiritual y Religioso.	Entre grupos	304,859	2	152,430	1,988	0,139	Des-acuerdo	No sabe	-1,805	1,425	0,619	-5,24	1,63	
	Dentro de grupos	22.009,724	287	76,689	-	-		Acuerdo	-2,482	1,249	0,144	-5,49	0,53	
	Total	22.314,583	289					No sabe	Des-acuerdo	1,805	1,425	0,619	-1,63	5,24
									Acuerdo	-0,677	1,255	1,000	-3,70	2,34
								Acuerdo	Des-acuerdo	2,482	1,249	0,144	-0,53	5,49
									No sabe	0,677	1,255	1,000	-2,34	3,70
23. Es importante favorecer un ambiente en el que el paciente pueda expresarse o reflexionar.	Entre grupos	221,861	2	110,931	1,481	0,229	Des-acuerdo	No sabe	4,173	3,889	0,853	-5,19	13,54	
	Dentro de grupos	22.175,042	296	74,916	-	-		Acuerdo	-0,052	3,104	1,000	-7,53	7,42	
	Total	22.396,903	298					No sabe	Des-acuerdo	-4,173	3,889	0,853	-13,54	5,19
									Acuerdo	-4,225	2,456	0,259	-10,14	1,69
								Acuerdo	Des-acuerdo	0,052	3,104	1,000	-7,42	7,53
									No sabe	4,225	2,456	0,259	-1,69	10,14
24. Si detecto necesidades espirituales y/o religiosas las atiendo directamente.	Entre grupos	103,860	2	51,930	0,668	0,514	Des-acuerdo	No sabe	0,712	1,220	1,000	-2,23	3,65	
	Dentro de grupos	22.780,677	293	77,750	-	-		Acuerdo	1,480	1,281	0,747	-1,60	4,56	
	Total	22.884,537	295					No sabe	Des-acuerdo	-0,712	1,220	1,000	-3,65	2,23
									Acuerdo	0,768	1,278	1,000	-2,31	3,85
								Acuerdo	Des-acuerdo	-1,480	1,281	0,747	-4,56	1,60
									No sabe	-0,768	1,278	1,000	-3,85	2,31

Tabla 4 (continuación)
Influencia de la edad en las respuestas.

Preguntas	ANOVA	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Bonferroni		Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
							I	J				Límite inferior	Límite superior
Bloque 3. Adecuación de la asistencia.													
25. Las necesidades espirituales y/o religiosas no deben ser atendidas en el Hospital.	Entre grupos	164,725	2	82,363	1,075	0,343	Des-acuerdo	No sabe	2,631	1,906	0,505	-1,96	7,22
	Dentro de grupos	22.605,829	295	76,630	-	-		Acuerdo	-0,760	1,988	1,000	-5,55	4,03
	Total	22.770,554	297	No sabe	Des-acuerdo	-2,631	1,906	0,505	-7,22	1,96			
					Acuerdo	-3,391	2,642	0,601	-9,75	2,97			
				Acuerdo	Des-acuerdo	0,760	1,988	1,000	-4,03	5,55			
					No sabe	3,391	2,642	0,601	-2,97	9,75			
26. La atención integral de la persona conlleva también el cuidado de la dimensión espiritual y religiosa.	Entre grupos	338,451	2	169,225	2,225	0,110	Des-acuerdo	No sabe	2,280	3,156	1,000	-5,32	9,88
	Dentro de grupos	22.667,244	298	76,065	-	-		Acuerdo	-1,487	2,684	1,000	-7,95	4,97
	Total	23.005,694	300	No sabe	Des-acuerdo	-2,280	3,156	1,000	-9,88	5,32			
					Acuerdo	-3,767	1,825	0,120	-8,16	0,63			
				Acuerdo	Des-acuerdo	1,487	2,684	1,000	-4,97	7,95			
					No sabe	3,767	1,825	0,120	-0,63	8,16			
27. El trabajo multidisciplinar implica la actuación de todos los profesionales para la atención de esta dimensión de la persona.	Entre grupos	373,095	2	186,548	2,480	0,085	Des-acuerdo	No sabe	-3,366	2,774	0,678	-10,04	3,31
	Dentro de grupos	22.265,814	296	75,222	-	-		Acuerdo	-4,687	2,171	0,095	-9,92	0,54
	Total	22.638,910	298	No sabe	Des-acuerdo	3,366	2,774	0,678	-3,31	10,04			
					Acuerdo	-1,321	1,887	1,000	-5,86	3,22			
				Acuerdo	Des-acuerdo	4,687	2,171	0,095	-0,54	9,92			
					No sabe	1,321	1,887	1,000	-3,22	5,86			
28. Todos los profesionales deben saber atender la dimensión espiritual y/o religiosa del paciente.	Entre grupos	285,236	2	142,618	1,876	0,155	Des-acuerdo	No sabe	0,357	1,366	1,000	-2,93	3,65
	Dentro de grupos	22.728,728	299	76,016	-	-		Acuerdo	2,114	1,224	0,255	-0,83	5,06
	Total	23.013,964	301	No sabe	Des-acuerdo	-0,357	1,366	1,000	-3,65	2,93			
					Acuerdo	1,757	1,209	0,442	-1,15	4,67			
				Acuerdo	Des-acuerdo	-2,114	1,224	0,255	-5,06	0,83			
					No sabe	-1,757	1,209	0,442	-4,67	1,15			

Tabla 4 (continuación)
Influencia de la edad en las respuestas.

Preguntas	ANOVA	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.	Bonferroni		Diferencia de medias (I-J)	Desv. Error	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
							I	J				Límite inferior	Límite superior
Bloque 3 (continuación). Adecuación de la asistencia.													
29. Todos los profesionales deben saber detectar las necesidades espirituales y/o religiosas del paciente.	Entre grupos	230,224	2	115,112	1,520	0,220	Des-acuerdo	No sabe	0,987	1,746	1,000	-3,22	5,19
	Dentro de grupos	22.107,457	292	75,710	-	-		Acuerdo	-1,151	1,498	1,000	-4,76	2,45
	Total	22.337,681	294	No sabe	Des-acuerdo	-0,987	1,746	1,000	-5,19	3,22			
					Acuerdo	-2,138	1,264	0,275	-5,18	0,91			
				Acuerdo	Des-acuerdo	1,151	1,498	1,000	-2,45	4,76			
					No sabe	2,138	1,264	0,275	-0,91	5,18			
30. Hablando de atención integral de la persona es imprescindible la existencia del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa.	Entre grupos	236,426	2	118,213	1,551	0,214	Des-acuerdo	No sabe	-0,907	2,408	1,000	-6,70	4,89
	Dentro de grupos	21.946,756	288	76,204	-	-		Acuerdo	-2,714	2,199	0,654	-8,01	2,58
	Total	23.005,694	290	No sabe	Des-acuerdo	0,907	2,408	1,000	-4,89	6,70			
						-1,808	1,291	0,488	-4,92	1,30			
				Acuerdo	Des-acuerdo	2,714	2,199	0,654	-2,58	8,01			
					No sabe	1,808	1,291	0,488	-1,30	4,92			

(*) Significación estadística: $p < 0,05$; Test de contraste: ANOVA.

95%=1,96-9,53; $p < 0,001$), por lo que los que estaban de acuerdo eran casi 6 años mayores. La otra fue la pregunta 12, que definía que es ser religioso (Acuerdo-Desacuerdo: 6,0; 1,3-10,6; $p = 0,006$ / Acuerdo-No sabe: 4,4; 0,4-8,3; $p = 0,024$).

Dentro del segundo bloque hubo diferencias en otras dos preguntas, la pregunta 16 sobre la importancia del bienestar espiritual y religioso para el bienestar emocional con una $p = 0,008$ en ANOVA, pero que en Bonferroni no llega a ser significativa ninguna de las combinaciones. Y la pregunta 17 que indicaba que la espiritualidad y la religiosidad podían verse afectadas en el enfermo (Acuerdo-Desacuerdo: 8,5;

3,7-13,4; $P < 0,001$ / No sabe-Desacuerdo: 6,9; 1,00-12,84; $p = 0,016$).

DISCUSIÓN

La mayoría de los profesionales encuestados distingue entre los conceptos de espiritualidad y religiosidad, y coinciden en que estas dimensiones afectan al bienestar emocional del paciente.

Dos tercios de ellos consideran que los profesionales sanitarios deben detectar estas necesidades, y también consideran importante cuidar la dimensión espiritual de la persona durante la asistencia sanitaria, para garantizar una

adecuada atención integral y una humanización de la asistencia. Sin embargo, la mayoría evita afrontar ellos directamente el abordaje de las mismas, por la delicadeza del tema y porque probablemente carecen de conocimientos y habilidades para tratarlas adecuadamente. Los resultados obtenidos se asemejan a los de los estudios revisados^(6,9,16,18,19).

Dos tercios derivan al paciente al SAER si las necesidades son religiosas, pero si son espirituales lo derivan menos de la mitad.

Las mujeres diferencian mejor entre espiritualidad y religiosidad, parecen tener más claro que todas las personas tienen una dimensión espiritual, independientemente de sus creencias religiosas. Se diferencian de los hombres cuando refieren que no consideran la religiosidad de la persona a la hora de atenderla. Entendemos que lo que quieren decir es que no discriminan a las personas por su religiosidad, y no que no la consideren. La gran mayoría de ellas creen importante favorecer un ambiente en el que el paciente pueda expresarse y reflexionar, no siendo así en los hombres. En relación al género, no se pueden realizar comparaciones con otros estudios investigados, puesto que no contemplan esta variable.

En general, los médicos y los DUE distinguen con más claridad los conceptos de espiritualidad y/o religiosidad en comparación con los TCAE. Este hecho no se puede contrastar con otros estudios, ya que se realizaron a profesionales de un grupo profesional en concreto y ninguno de ellos incluía TCAE.

La gran mayoría de los encuestados son conscientes de que la dimensión espiritual y/o religiosa se ven afectadas cuando la persona enferma, y que esto influye en la evolución de su proceso de enfermedad, siendo los DUE los más sensibilizados y también la categoría

profesional que más se decide a afrontar estas necesidades directamente.

Las personas de edades medias más altas entienden mejor los conceptos de espiritualidad y religiosidad y coinciden en que ambas dimensiones se ven afectadas en la persona enferma. Además, dan importancia al cuidado de esta dimensión en la atención integral, considerando necesaria la implicación de todos los profesionales en la detección de las necesidades espirituales y/o religiosas y la posterior derivación al SAER por parte de los mismos.

Respecto a los recursos que el hospital debe ofrecer en relación al cuidado de esta dimensión, la mayoría expresa que son necesarios para mejorar la calidad asistencial en la atención integral de los pacientes y que el trabajo multidisciplinar implica a todos los profesionales en dicho cuidado, aunque los TCAE son los que más dudan. En los estudios cotejados, las conclusiones son similares respecto a la importancia de que exista un departamento específico para el cuidado de la dimensión espiritual y religiosa, aunque no en todos estos centros se refleja que exista^(1,4,5,6,7,9,15,23,24,25).

El acompañamiento espiritual incluye la detección de las necesidades espirituales y/o religiosas de la persona que se atiende, la identificación de sus recursos y el abordaje y cuidado adecuados por parte de los profesionales cualificados para ello. Como en otros estudios^(20,24,25), coincidimos en que es fundamental la participación del profesional sanitario en el acompañamiento espiritual, por lo que es esencial su formación y su capacitación. Aun así, no todos los sanitarios tienen la experiencia personal, los medios o la sensibilidad necesarios para realizar una adecuada atención de la espiritualidad y la religiosidad en la práctica clínica.

El SAER es la figura que puede cuidar la dimensión espiritual y/o religiosa de los

profesionales, cuidar al cuidador, promoviendo de esta manera “*cuidar con sentido*”^(4,7,20,24,25). La sensibilización de los profesionales respecto al cuidado de la espiritualidad y/o religiosidad garantiza la humanización de la asistencia clínica y la excelencia en la calidad de la atención integral. Creemos de gran interés el adiestramiento de los profesionales en la detección de necesidades espirituales y/o religiosas, y el presente estudio lo ratifica^(1,4,5,23). El SAER, como departamento asistencial y junto con el resto de los servicios clínicos hospitalarios, constituye un equipo multidisciplinar que asegura la atención integral^(1,5,15,23) del paciente y mejora la calidad asistencial^(4,6,7,9,23,24,25).

Entre las limitaciones de este estudio se encuentran las propias de las encuestas autoadministradas distribuidas por correo, que no permiten clarificar preguntas o respuestas, y el hecho de que se exploren opiniones tan personales y delicadas, de manera que aunque eran anónimas, los profesionales podrían no haber expresado en todo momento lo que de verdad pensaban sobre el tema.

Otra limitación del estudio es el ámbito muestral, centrado en un Hospital de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, que es una institución con una marcada identidad fundamentada en valores, que da prioridad a la atención espiritual y/o religiosa de los pacientes, lo que probablemente influya en los resultados, incrementando así la sensibilidad en estos temas. Sería por tanto conveniente ampliar esta investigación a otros hospitales públicos y privados, a fin lograr mayor validez externa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Astrow AB, Kwok G, Sharma RK, Fromer, N, Sulmasy DP. Spiritual Needs and Perception of Quality of Care and Satisfaction With Care in Hematology/Medical Oncology Patients: A Multicultural Assessment. *J Pain Symptom Manage*. 2018;55(1):56-64.
2. Frankl, VE. El hombre en busca de sentido. Editorial Herder, S. L. Barcelona. 2015. 3ª edición. 6ª impresión. Primera parte. Segunda fase. La vida en el campo. Pág 102.
3. Torralba, F. Inteligencia espiritual. Barcelona. España. Plataforma Editorial. 2016. 8ª edición. ¿Qué es la Inteligencia espiritual? Pág 52.
4. Saad M, de Medeiros R, Mosini AC. Are We Ready for a True Biopsychosocial-Spiritual Model? The Many Meanings of “Spiritual”. *Medicines (Basel)*. 2017;4(4):79.
5. Fonseca Canteros, M. Importancia de los aspectos espirituales y religiosos en la atención de pacientes quirúrgicos. *Rev Chil Cir*. 2016; 68(3):258-64.
6. Benito E, Dones M, Babero J. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. *Psicooncología*. 2016;13(2-3):367-84.
7. 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.
8. Benito E, Barbero J, Dones M. Espiritualidad en Clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos. Monografía SECPAL. N° 6. Noviembre 2014. 1-289.
9. Benito E, Barbero J, Payás A. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta. Grupo de Trabajo sobre Espiritualidad en Cuidados Paliativos de la SECPAL. *Psicooncología*. 2016. 13(2-3):367-84.
10. Ellison CW. Spiritual well-being: Conceptualization and measurement. *Journal of Psychology and Theology* 1983; 11(4):330-40.
11. Kozier B, Erb G, Blais K, Wilkinson JM. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 2008 (8ª Ed. Vol. 1). Madrid: Prentice-Hall.
12. De Jager Meezenbroek E, Garssen B, van den Berg M, van Dierendonck D, Visser A, Schaufeli WB. Measuring

- spirituality as a universal human experience: A review of spirituality questionnaires. *J Relig Health*. 2012; 51(2):336-54.
13. Perez-García, E. Enfermería y necesidades espirituales en el paciente con enfermedad en etapa terminal. *Enfermería: Cuidados Humanizados*. 2016; 5 (2):41-45.
 14. NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2018-2020, Eleventh Edition. Available in: <http://www.nanda.org/nanda-i-publications/nanda-international-nursing-diagnoses-definitions-and-classification-2018-2020/>
 15. Bermejo Higuera JC, Lozano González B, Villaceros Durbán M, Gil Vela M. Atención espiritual en cuidados paliativos. Valoración y vivencia de los usuarios. *Med Palliat*. 2013; 20(3):83-120.
 16. Bermejo Higuera JC, Lozano González B, Villaceros Durbán M, Carabias Maza R. Opinión de los profesionales de cuidados paliativos sobre la atención espiritual. *Rev Etica Cuid*. 2012; jul-dic, 5 (10).
 17. Muñoz Devesa, A, Morales Moreno I, Bermejo Higuera JC, Galán González-Serna JM. La relación de ayuda en enfermería. *Index Enferm (Granada)*. 2014;23(4):229-33.
 18. Choi PJ, Curlin FA, Cox CE. Addressing religion and spirituality in the intensive care unit: A survey of clinicians. *Palliat Support Care*. 2018; 30:1-6.
 19. Emecoff NC, Curlin FA, Buddadhumaruk P, White DB. Health Care Professionals' Responses to Religious or Spiritual Statements by Surrogate Decision Makers During Goals-of-Care Discussions. *JAMA Intern Med*. 2015; 175(10):1662-69.
 20. Ferrer JJ. "¿Tienen un lugar la Espiritualidad y los estudios religiosos en las humanidades médicas?" *Vida y Ética*. 2010;11(2):165-174.
 21. Van Elk, Aleman A. Brain mechanisms in religion and spirituality: An integrative predictive processing framework. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017;73:359-78.
 22. Koenig HG. Religion, spirituality, and health: a review and update. *AdvMindBodyMed*. 2015;29(3):19-26.
 23. Banin LB, Suzart NB, Guimarães FA, Lucchetti AL, De Jesus MA, Lucchetti G. Religious belief sorphysicians' behavior: whatmakes a patient more prone to accept a physician to addresshis/her spiritual issues? *J Relig Health*. 2014;53(3):917-28.
 24. 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(4):1249-56.
 25. Murray RP, Dunn KS. Assessing Nurses' Knowledge of Spiritual Care Practices Before and After an Educational Workshop. *J Contin Educ Nurs*. 2017;48(3):115-22.
 26. Morillo Martín S. Necesidades espirituales y calidad de vida en el cuidado enfermero en los hospitales San Juan de Dios de Andalucía [tesis doctoral]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2017.