

Tamara  
Suquet  
García-  
Inés



Escuela Internacional de Doctorado

Programa de Doctorado en Salud, Bienestar y Bioética

# COMPETENCIAS PERCIBIDAS PARA EL CUIDADO ESPIRITUAL: EVALUACIÓN EN ESTUDIANTES DE GRADO EN ENFERMERÍA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Autor: Tamara Suquet García-Inés  
Director: M. Lara Martínez Giménez  
Director: M. Mar Zulueta Egea

COMPETENCIAS PERCIBIDAS PARA EL CUIDADO ESPIRITUAL: EVALUACIÓN EN  
ESTUDIANTES DE GRADO EN ENFERMERÍA DE LA COMUNIDAD DE MADRID



MADRID | febrero 2026



*«Todo ser que alienta alabe al Señor»*

**Sal. 150**

*«El hombre es creado para alabar, hacer reverencia y servir a Dios nuestro Señor y, mediante esto, salvar su alma; y las otras cosas sobre la faz de la tierra son creadas para el hombre y para que le ayuden en la prosecución del fin para que es creado»*

**San Ignacio de Loyola. Ejercicios, nº 23**



## Resumen

La presente tesis comprende el estudio de las competencias para el cuidado espiritual percibidas por los estudiantes de enfermería de la Comunidad de Madrid y su relación con diversas variables personales y organizacionales. Para ello, se realizan dos estudios. En primer lugar, se traduce y valida una escala para la autoevaluación de las competencias para el cuidado espiritual en estudiantes de enfermería (“EPICC Spiritual Care Competency Self-Assessment Tool for student nurses and midwives”), analizando posteriormente sus propiedades psicométricas en los estudiantes de enfermería. En segundo lugar, se lleva a cabo la evaluación de las competencias para el cuidado espiritual en estudiantes de enfermería de la Comunidad de Madrid, así como de las relaciones entre algunas variables predictoras seleccionadas (ansiedad ante la muerte, resiliencia, sentido de la vida, religiosidad) y otras variables personales y dichas competencias.

En el estudio I se lleva a cabo la traducción y validación de la escala original al español, a través de un proceso de traducción-retrotraducción de la misma, así como su validación de contenido a través de la opinión de expertos en el ámbito del cuidado espiritual y una prueba piloto con una muestra representativa, y, posteriormente, se realiza un análisis factorial exploratorio y confirmatorio, así como de su fiabilidad y validez de constructo (convergente y en grupos conocidos) en estudiantes de enfermería de 12 de las 13 escuelas de enfermería de la Comunidad de Madrid. Los resultados del estudio I han mostrado un modelo de escala bifactorial (EPICC spa), de 16 ítems, distribuidos en dos dimensiones claramente diferenciadas (actitudes, por un lado, y conocimientos y habilidades para el cuidado espiritual, por otro), con evidencias de validez de constructo y de una elevada fiabilidad interna.

Por otro lado, el estudio II contempla un estudio descriptivo y correlacional de las competencias para el cuidado espiritual y los factores predictores en estudiantes de enfermería de las 12 escuelas de la Comunidad de Madrid, y arroja como resultado un modelo predictivo final en el que variables como el sexo femenino, la enfermedad familiar cercana, el sentido de la vida y la resiliencia son predictoras de las actitudes hacia el cuidado espiritual (14% de la varianza explicada); mientras que la experiencia profesional previa en cuidados, la formación previa en cuidado espiritual, la enfermedad de un familiar cercano, la religiosidad intrínseca, el sentido de la vida y la resiliencia son variables predictoras de los conocimientos y habilidades para el cuidado espiritual (17% de la varianza explicada). Variables como la ansiedad ante la muerte y la confesión de

una religión no han mostrado una asociación significativa con la competencia para el cuidado espiritual.

## **Abstract**

This thesis includes the study of the competencies for spiritual care perceived by nursing students in the Community of Madrid and their relationship with various personal and organizational variables. To this end, two studies are performed. Firstly, a scale for the self-assessment of spiritual care competencies in nursing students ("EPICC Spiritual Care Competency Self-Assessment Tool for student nurses and midwives") is translated and validated, subsequently analysing its psychometric properties in nursing students. Secondly, the evaluation of the competencies in spiritual care in nursing students of the Community of Madrid is carried out, as well as the relationships between some selected predictor variables (death anxiety, resilience, meaning in life, religiosity) and other personal variables and these competencies.

In study 1, the translation and validation of the original scale into Spanish is carried out, through a process of translation-back-translation of the same, as well as its content validation through the opinion of experts in the field of spiritual care and a pilot test with a representative sample, and then the exploratory and confirmatory factor analysis is carried out. as well as its reliability and construct validity (convergent and in known groups), in nursing students from 12 of the 13 nursing schools of the Community of Madrid. The results of the study show a two-factor scale model (EPICC\_spa) of 16 items, distributed in two clearly differentiated dimensions (attitudes, on the one hand, and knowledge and skills for spiritual care, on the other), with evidence of construct validity and high internal reliability.

On the other hand, study II contemplates a descriptive and correlational study of the competencies for spiritual care and the predictive factors in nursing students from the 12 schools of the Community of Madrid, and results in a final predictive model in which it shows that variables such as female sex, close family disease, Meaning of life and resilience are predictors of attitudes towards spiritual care (14% of the explained variance), while previous professional experience in care, previous training in spiritual care, illness of a close relative, intrinsic religiosity, meaning of life and resilience are predictors of knowledge and skills for spiritual care (17% of the explained variance). Death anxiety has not shown a significant association with competence for spiritual care.

## **Agradecimientos**

En primer lugar, quiero dar gracias a Dios, que me ha creado y me ha dotado de inteligencia, voluntad y libertad para elegir el bien, la verdad y la belleza. Todo mi trabajo en esta tesis es para Su gloria.

También agradezco, por supuesto, a mis directoras de tesis, Lara y Mar, por su paciencia, perseverancia, templanza...no es fácil definir todo lo que me habéis ayudado y soportado. Sin vuestro aliento y entusiasmo, esta tesis no hubiera salido adelante. ¡Gracias! También a Ana Sofía por haberme acompañado hasta la mitad del camino.

En tercer lugar, gracias a mi familia, especialmente a mi marido Roberto, por haberme soportado, incluso por haberme animado y motivado, durante estos años de duro trabajo. Mi sacrificio también ha sido el suyo. A mi hija Lourdes, a quien le he robado mucho tiempo de calidad para llevar a buen término esta tesis. Espero devolvérselo poco a poco en algún momento, ¡lo estoy deseando!

También gracias a Rafa, por su mente privilegiada, a la vez que por su tremenda cercanía. Sin su brillante ayuda en el análisis de datos habría sucumbido en el intento. ¡Gracias!

Gracias a todos los pacientes que se han cruzado en mi camino a lo largo de estos casi 30 años de profesión. Gracias, y perdón, por no haberos sabido (o podido) cuidar como os merecíais y necesitabais. Me he sentido muy pequeñita ante esta profesión tan grande.

Por supuesto, gracias también a todas las escuelas de enfermería que han aceptado participar en este proyecto, especialmente a Gema Cid y a Esther García, por su inestimable apoyo en la ardua tarea de recogida de datos.

Por último, gracias a la Fundación San Juan de Dios por su apoyo, tanto financiero como humano, en este proyecto.

## Financiación

Este proyecto de tesis ha recibido el 1<sup>er</sup> premio en el 43<sup>o</sup> Certamen de Investigación en Enfermería San Juan de Dios, el 24 de marzo de 2023.



ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA



SAN JUAN DE DIOS

Ciempozuelos, 24 de marzo de 2023

DE: D. Julio de la Torre Montero  
Presidente del Certamen

A: D.<sup>a</sup> Tamara Suquet García-Inés

ASUNTO: PREMIO A PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
43<sup>o</sup> CERTAMEN DE ENFERMERÍA SAN JUAN DE DIOS

Me es muy grato comunicarle que, habiéndose reunido el Jurado de este Certamen con fecha 22 de marzo de 2023, su Proyecto de Investigación "*Competencias para el cuidado espiritual de los pacientes en estudiantes de Grado en Enfermería de la Comunidad de Madrid*", ha sido premiado.

La entrega de premios se realizará el día 14 de abril de 2023 a las 12.30 horas en el Salón de Actos del Centro San Juan de Dios (Avda. San Juan de Dios n<sup>o</sup>1. Ciempozuelos. Madrid).

El autor realizará un breve resumen de su Proyecto de Investigación. (**Máximo 1 hoja DIN-A4, por una sola cara, 5 minutos**), que agradeceremos nos sea remitida previamente por correo electrónico).

Esperamos contar con su presencia. Si por cualquier motivo no pudiera acudir, le rogamos nos comunique dicha circunstancia en el correo electrónico: [certamen.enfermeria@comillas.edu](mailto:certamen.enfermeria@comillas.edu) o en el teléfono 91.893.37.69 (extensión 251), a la vez que nos indica quien recogerá el premio en su nombre.

A su llegada al Centro San Juan de Dios puede preguntar por el Presidente del Certamen en el punto de Información del hall de entrada.

Por motivos de organización la hora prevista para recibirle será las 11.30 horas

Sólo me resta agradecerle su participación en el Certamen y felicitarle por el proyecto presentado.

Sin otro particular y animándole a mantener su motivación y esfuerzo por el desarrollo de la disciplina de Enfermería a través de la investigación, reciba un cordial saludo.



ESCUELA  
DE ENFERMERÍA  
Y FISIOTERAPIA



Julio de la Torre Montero



## Contenido

INTRODUCCIÓN.....	15
MARCO TEÓRICO .....	19
1. La Espiritualidad/Religiosidad .....	20
2. La dimensión espiritual de la persona .....	25
3. El cuidado espiritual .....	29
4. Competencias enfermeras para el cuidado espiritual .....	37
5. Variables relacionadas con el cuidado espiritual .....	41
6. Herramientas de evaluación de las competencias para el cuidado espiritual .....	47
7. La formación en competencias para el cuidado espiritual en enfermería.....	52
JUSTIFICACIÓN .....	56
ESTUDIO I_ Adaptación y Validación de la escala “EPICC Spiritual Care Competency Self-Assessment Tool for student nurses and midwives” en estudiantes de enfermería de la Comunidad de Madrid .....	61
1. Objetivos .....	62
2. Método.....	62
2.1 Traducción al español .....	62
2.2 Adaptación cultural y validez del contenido de la EPICC_spa_v1 a través de un panel de expertos y prueba piloto .....	64
2.3 Evaluación de las propiedades psicométricas de la EPICC_spa_v2.....	66
3. Resultados .....	72
3.1. Traducción al español .....	72
3.2. Adaptación cultural y validación del contenido de la EPICC_spa_v1 a través de panel de expertos y prueba piloto .....	72
3.3. Evaluación de las propiedades psicométricas de la escala EPICC_spa_v2 .....	76
4. Discusión .....	84
ESTUDIO II_ Competencias para el cuidado espiritual percibidas por los estudiantes de enfermería y su correlación con variables personales, formativas y organizacionales.....	88
1. Objetivos .....	89
2. Hipótesis .....	89
3. Diseño .....	89
4. Ámbito y población de estudio .....	89
5. Tamaño muestral y tipo de muestreo .....	90
6. Variables .....	90
7. Instrumentos de medida .....	91
8. Recogida de datos .....	94
9. Consideraciones éticas .....	94
10. Análisis de datos .....	97

<b>11.</b>	<b>Resultados</b> .....	98
	<b>11.1. Descripción de la muestra</b> .....	98
	<b>11.2. Análisis bivariado de las variables de estudio y las competencias para el cuidado espiritual</b> .....	107
	<b>11.3. Modelo de Regresión lineal múltiple jerárquica de las variables de estudio y las competencias para el cuidado espiritual</b> .....	111
<b>12.</b>	<b>Discusión</b> .....	114
	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES</b> .....	124
	<b>REFERENCIAS</b> .....	128
	<b>ANEXOS</b> .....	160
	<b>ANEXO I. Artículo publicado del estudio I</b> .....	161
	<b>ANEXO II. Versiones del cuestionario EPICC tras traducción y validación de contenido</b> .....	162
	<b>ANEXO III. Instrucciones comité de expertos</b> .....	165
	<b>ANEXO IV. Aprobación Comité ético Pontificia Comillas</b> .....	166
	<b>ANEXO V. Hoja de Consentimiento informado participantes</b> .....	167
	<b>ANEXO VI. EPICC_spa</b> .....	168
	<b>ANEXO VII. Análisis Factorial Exploratorio EPICC_spa_v2</b> .....	170
	<b>ANEXO VIII. Relación de variables estudiadas y herramientas de medida</b> .....	178

# INTRODUCCIÓN

El cuidado espiritual es una dimensión fundamental del cuidado holístico del paciente proporcionado por la enfermería, pues la espiritualidad es vital para el cuidado y es esencial para fomentar el significado, la conexión y la plenitud tanto en pacientes como en profesionales. Así, el proceso de atención holística implica “el uso deliberado de la presencia, la comunicación auténtica y la relación terapéutica para apoyar la integración del cuerpo, la mente, la emoción y el espíritu en la sanación” (Rogers et al., 2025, p. 2).

Sin embargo, el desarrollo histórico de la enfermería del último siglo ha estado profundamente marcado por la adopción de un modelo biomédico de cuidados, caracterizado por una visión reduccionista que concibe al paciente como objeto de estudio, más que como sujeto inmerso en un entramado de relaciones sociales y culturales. No obstante, la experiencia de pacientes y profesionales en el siglo XXI demuestra que este modelo resulta insuficiente para satisfacer las necesidades reales de los pacientes, pues no ofrece respuestas sobre el significado del sufrimiento, la muerte o la esperanza. Así, el enorme desafío actual de los profesionales de la salud reside en la capacidad de integrar las verdades científicas, con la verdad más amplia del paciente como persona integral (Sulmasy, 2002).

En las últimas décadas, la investigación en el campo de la espiritualidad y la salud ha mostrado un crecimiento sustancial, evidenciando la influencia significativa de las creencias espirituales y religiosas en los resultados de la salud mental y física (Balboni et al., 2010, 2022; Koenig et al., 2023; Moyano et al., 2019; Puchalski et al., 2009). Además, los pacientes quieren que los profesionales a cargo de su cuidado aborden sus aspectos espirituales y religiosos, ya que, para muchos de ellos, éstos son factores importantes para la salud, especialmente en la enfermedad, y encuentran consuelo en su fe en los momentos de sufrimiento (Almaraz et al., 2022; George et al., 2020). Para algunos, su fe puede estar conectada con su espiritualidad o su religión, mientras que otros encuentran esperanza, significado y propósito en su trabajo, familia o naturaleza (Rogers et al., 2025). Más aún, la mayoría de los médicos y enfermeras consideran importante integrar este aspecto en su práctica clínica (Balboni et al., 2022; López-Tarrida et al., 2020; Sulmasy, 2024).

En el contexto de la enfermería holística, la espiritualidad se define como "el aspecto de la humanidad que se refiere a la forma en que los individuos buscan y expresan significado y propósito, y a la manera en que experimentan la conexión con el momento, con uno mismo, con otros, con la naturaleza y con lo significativo o sagrado" (C. Puchalski et al., 2009, p. 887).

El verdadero desafío para la enfermería es cómo brindar cuidados altamente científicos y tecnificados y, al mismo tiempo, dar respuesta y significado a la dimensión espiritual, que oriente el cuidado de enfermería hacia la multidimensionalidad del ser y que pase de ser un concepto abstracto a ser un concepto real (Castro et al., 2013).

Podríamos definir el cuidado espiritual como una dimensión única del cuidado enfermero, la cual puede mejorar el bienestar espiritual de los pacientes a través de sus cualidades, tales como la presencia terapéutica, la hospitalidad, el cuidado centrado en el paciente, las intervenciones terapéuticas centradas en la búsqueda de sentido y la creación de un ambiente espiritualmente enriquecedor (Ramezani et al., 2014).

Sin embargo, aunque la mayoría de las enfermeras considera necesario abordar las necesidades espirituales de los pacientes en la prestación de cuidados básicos de enfermería, el cuidado espiritual parece estar subestimado y poco registrado por parte de las enfermeras. Los factores que más se han relacionado con esta circunstancia son, por un lado, la percepción errónea del significado de la espiritualidad y de los beneficios que el cuidado espiritual puede aportar a los pacientes, y, por otro, la formación insuficiente en este ámbito (García Torrejon et al., 2023; Terceno Lopez et al., 2017). También los estudios de las últimas décadas sugieren que el cuidado de la dimensión espiritual no es lo suficientemente relevante en la formación de los futuros profesionales de enfermería (de Diego Cordero et al., 2019; Ross et al., 2018). De hecho, la literatura sugiere que el cuidado espiritual forma parte del fenómeno denominado *cuidado perdido*, entendido como "atención pospuesta, parcialmente terminada o directamente incompleta" o "atención que no se ha brindado" (Chaboyer et al., 2021).

Desde el ámbito académico, a los estudiantes de grado de enfermería se les deberían ofrecer oportunidades de autoevaluación de sus competencias, como parte fundamental del desarrollo de habilidades metacognitivas y de la mejora de su confianza (Adib-Hajbaghery & Zehtabchi, 2016). Además, se ha demostrado que una mayor autoconciencia ayuda a los profesionales sanitarios a abordar eficazmente las necesidades urgentes de los pacientes y sus familias (Costeira et al., 2024). Más aún, implementar estrategias que contribuyan al desarrollo de la conciencia espiritual de los estudiantes mejoraría su inteligencia espiritual y reflexión crítica (Dewi et al., 2025). Por tanto, disponer de una herramienta de autoevaluación de las competencias en el cuidado espiritual para los estudiantes de grado de enfermería es de gran importancia, como primer paso para la implementación de cualquier estrategia formativa en este sentido.

## Introducción

Es por ello que el presente proyecto pretende, por un lado, la traducción y validación al contexto español de una escala de autoevaluación de las competencias para el cuidado espiritual en estudiantes de enfermería, la “EPICC Spiritual Care Competency Self-Assessment Tool for student nurses and midwives”(Giske et al., 2023), y por el otro, la evaluación de las competencias para el cuidado espiritual percibidas por los estudiantes de primer y cuarto año de grado de enfermería de 12 escuelas de la Comunidad de Madrid, así como la identificación de los factores personales, académicos y organizacionales que se relacionan con una mayor competencia para proporcionar un cuidado espiritual de calidad.

## **MARCO TEÓRICO**

## 1. La Espiritualidad/Religiosidad

La originalidad de la especie humana, que la distingue de otros seres, como los vegetales o los animales, radica en su capacidad para interpretar lo percibido y elaborar pensamientos abstractos que ofrecen explicaciones de la realidad, al tiempo que despliegan nuevos interrogantes sobre su significado. De esta forma, podemos referirnos a la persona como quien trasciende la realidad, quien ahonda más allá de la percepción sensorial y empírica y, a través de la inteligencia, la libertad y la voluntad, alcanza niveles de significado más complejos que le permiten realizar operaciones únicas en la naturaleza, como la búsqueda de sentido en la vida, de significado, el perdón, etc. Estas capacidades son características de la espiritualidad (Lorenzo, 2018).

La espiritualidad es un concepto amplio y complejo, dada su naturaleza multidimensional, que incluye componentes cognitivos, emocionales, conductuales, interpersonales y fisiológicos (P. C. Hill & Pargament, 2003). Además, su definición depende de los distintos contextos culturales y/o religiosos, así como de los enfoques adoptados para su estudio o su aproximación (por ejemplo, en investigación, en clínica o en academia). No obstante, se requiere un consenso relativo a su conceptualización en el ámbito del cuidado de la salud, para desarrollar intervenciones que incluyan el cuidado de esta dimensión intangible, pero a la vez universal, del paciente. Por tanto, podría afirmarse que el enfoque para definir la espiritualidad requiere conocimientos de teología, antropología, estudios religiosos, semiótica y neurobiología, entre otros (Jastrzębski, 2022).

Una de las primeras menciones de la palabra "espíritu" fue quizás en la Biblia, en el primer capítulo del libro del Génesis, escrito aproximadamente entre 1500 a.C. y 1400 a.C.: "*y el Espíritu de Dios se movió sobre la faz de las aguas*". De hecho, el término "espiritual" deriva del latín "spiritus", que significa "respirar" o "respiración", y se refiere al aliento de vida. Ya los antiguos hebreos y griegos usaban la misma metáfora de la respiración al describir el espíritu. Estos términos eran "ruah" para hebreos y "pneuma" para los griegos (Jastrzębski, 2022).

En un intento por aclarar este concepto se han establecido una serie de elementos comunes que subyacen en la mayoría de las definiciones: (1) hay una dimensión trascendente en la condición humana; (2) es única para cada persona; (3) está asociada con la necesidad de encontrar sentido a la vida; (4) implica una conexión con uno mismo, con los demás, con

la naturaleza y/o con un poder superior; y (5) es una construcción más amplia que las creencias religiosas (Fernández-Pascual et al., 2020).

Koenig (2012), psiquiatra norteamericano y una de las figuras más destacadas de los últimos 30 años en el estudio de la espiritualidad/religión y sus efectos sobre la salud tanto física como mental, define a la espiritualidad como:

“Íntimamente ligada a lo sobrenatural y a la religión, aunque también se extiende más allá de la religión. La espiritualidad incluye una búsqueda de lo trascendente y, por ende, involucra un viaje a lo largo del sendero que lleva desde el firme descreimiento al cuestionamiento, a la creencia, a la devoción, a la entrega” (p. 46).

Asimismo, indica que la espiritualidad se distingue del humanismo, de los valores, de la moral y de la salud mental por su conexión con lo sagrado y con lo trascendente.

Más adelante, el mismo autor depura esta definición, y la resume como “un conjunto de creencias, prácticas y maneras de estar individuales, que pretenden ayudar a alcanzar una unión con, o una experiencia de, lo divino y lo trascendente” (Koenig et al., 2023, p.11).

En el ámbito de la enfermería, Reinert & Koenig (2013) identificaron una problemática en la definición de la espiritualidad en la literatura de investigación en enfermería, que adolecía de inconsistencias conceptuales y de solapamiento con constructos de salud mental. Los autores sugirieron una doble definición para optimizar la investigación y la práctica clínica, proponiendo restringir la definición de espiritualidad al componente de “afiliación o participación religiosa” en el contexto de la investigación cuantitativa, argumentando que esta delimitación metodológica permitía definir el concepto en estudios orientados a evaluar resultados de salud mental. Paralelamente, en el ámbito de la prestación de cuidados, instaron a mantener una definición más laxa, establecida por el propio paciente, garantizando así la sensibilidad asistencial y la adecuación a las necesidades individuales.

Otros autores en el ámbito de la enfermería, como Rogers y Wattis (2015), definen la espiritualidad como “aquello que aporta esperanza, significado y propósito a una persona” (p.51) y Gardner (2017) como “conexión entre el sentido interior del significado y un sentido de mayor significado de la vida” (p.19).

Posteriormente, De Brito Sena et al. (2021) llevaron a cabo una revisión sistemática de la literatura centrada en la búsqueda de definiciones de espiritualidad en el ámbito clínico,

seleccionando un total de 166 artículos. Las dos definiciones de espiritualidad más citadas resultaron ser, por un lado, la propuesta por Hill & Pargament (2003), que afirma que: "la espiritualidad puede entenderse como una búsqueda de lo sagrado, un proceso a través del cual las personas buscan descubrir, aferrarse y, cuando sea necesario, transformar lo que consideran sagrado en sus vidas" (p.67).

Y, por otro lado, la segunda más citada es la que resultó de la Conferencia Internacional de Consenso sobre la mejora de la dimensión espiritual del cuidado integral de la persona, celebrada en Ginebra en 2013:

“La espiritualidad es un aspecto dinámico e intrínseco de la humanidad a través del cual las personas buscan un significado, un propósito y una trascendencia últimas y experimentan una relación consigo mismos, con la familia, con los demás, con la comunidad, con la sociedad, con la naturaleza, con lo significativo y con lo sagrado. La espiritualidad se expresa a través de las creencias, los valores, las tradiciones y las prácticas” (C. M. Puchalski et al., 2014, p. 646).

En España, el Grupo de Espiritualidad (GES) de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), define la espiritualidad como:

“La naturaleza esencial que nos conforma y de la que surge la aspiración profunda e íntima del ser humano a una visión de la vida y la realidad que integre, conecte, trascienda y dé sentido a la existencia. Es un dinamismo de anhelo personal de plenitud en tres direcciones: hacia el interior de uno mismo en búsqueda de sentido; hacia el entorno en búsqueda de conexión; hacia el más allá en búsqueda de trascendencia” (Benito et al., 2008, p. 100).

Por otro lado, la delimitación conceptual entre espiritualidad y religiosidad es inherentemente compleja, dada la notable superposición de características que exhiben. Es común en la literatura que estas dos dimensiones (la religiosa y la espiritual) se definan como sinónimas, dada su similitud en cuanto a su naturaleza y alcance, siendo fundamental reconocer que estas variables no son mutuamente excluyentes, sino que pueden presentarse de forma simultánea o independiente. Si bien ambas implican una búsqueda personal de respuestas acerca del significado y propósito de la vida, el universo y la relación con los demás, y tienen en común que lo sagrado está en el núcleo de su conceptualización, el enfoque de la espiritualidad está en lo individual y personal, y se refiere a una realidad "incorpórea" orientada a la trascendencia y a la experiencia

personal, mientras que la religiosidad implica una orientación social e institucional, representando un sistema organizado de creencias, prácticas y rituales propuestos por una determinada religión, con una teología, tradiciones, normas y rituales definibles. Involucra la afiliación y la adherencia a un conjunto de creencias y prácticas de una institución religiosa organizada. Asimismo, la espiritualidad puede o no incluir la creencia en un Dios, y aunque no excluye elementos religiosos de sus contenidos, también incluye lo mágico y lo secular, mientras que la religiosidad se refiere al sistema de creencias tomadas con valor de verdad absoluta que marcan una forma concreta de vivir la espiritualidad (Fuentes, 2018).

Por otro lado, para Koenig (2023), la religiosidad también se refiere a la medida en que una persona está involucrada y comprometida con sus creencias, rituales y prácticas religiosas, y la literatura contemporánea la conceptualiza cada vez más como la búsqueda humana de significado y propósito mediante el compromiso con lo sagrado. Esta orientación abarca cualquier aspecto de la vida que refleje una disposición espiritual, basada en una conexión percibida con lo divino, ya sea entendido como Dios, realidades trascendentes, poderes superiores u otras entidades sagradas. La religiosidad, por lo tanto, no se limita a la doctrina formal o al ritual, sino que se extiende a las dimensiones existenciales de la vida, imbuidas de valor espiritual por su alineación con lo sagrado. En este sentido, es inherentemente multidimensional y abarca los dominios cognitivos, emocionales, motivacionales y conductuales. Estas dimensiones interactúan de manera compleja, algunas de manera positiva y otras negativas, lo que refleja la naturaleza matizada de la experiencia religiosa.

Según el mismo autor, a pesar de los esfuerzos académicos para aislar un elemento definitorio singular de la religiosidad, ningún factor o dimensión ha demostrado ser suficiente para encapsular su alcance completo, entendiéndose mejor como una constelación de componentes relativamente independientes pero interrelacionados, comúnmente categorizados en tres dimensiones principales: religiosidad organizacional, que involucra prácticas religiosas públicas como asistir a servicios; religiosidad no organizacional, referida a prácticas privadas como la oración o la meditación; y religiosidad intrínseca, que refleja el grado en que la creencia religiosa se internaliza y sirve como una fuerza o guía central en la vida de uno (H. Koenig et al., 2023).

Según afirman Benito et al. (2016), las personas gozan de distintos grados de madurez espiritual/religiosa, al igual que los humanos alcanzan diferentes grados de desarrollo moral. En la trayectoria biográfica individual, se identifican períodos o situaciones más propicios para el despertar y la evolución espiritual, frecuentemente ligados a situaciones de crisis. Desde esta perspectiva, las crisis pueden interpretarse como momentos de oportunidad. La enfermedad, el sufrimiento y la proximidad de la muerte constituyen ocasiones singulares que facilitan la emergencia espiritual. Estas circunstancias abren un espacio para el encuentro profundo consigo mismo, con el otro y con la dimensión trascendente, posibilitando la experiencia íntima de la propia esencia y profundidad existencial.

En este sentido, la literatura reciente confirma que la religiosidad y la espiritualidad se han consolidado como un campo de estudio crucial en la salud, y existe un volumen considerable de evidencia que respalda su asociación con resultados positivos en la salud mental, física y social de la persona (Balboni et al., 2022; H. Koenig et al., 2023).

En esta misma línea, para Koenig et al. (2023), la religión y la espiritualidad actúan como recursos fundamentales para mantener la salud, especialmente ante situaciones difíciles, como la enfermedad. Los autores sostienen que la espiritualidad/religiosidad confiere significado y propósito en circunstancias vitales adversas, lo que facilita la integración psicológica necesaria. Además, promueven una visión del mundo positiva, nutrida por el optimismo y la esperanza, y ofrecen modelos a seguir en los escritos sagrados que contribuyen a la aceptación del sufrimiento. Psicológicamente, la espiritualidad mitiga la ansiedad al otorgar un sentido de control indirecto sobre los acontecimientos, lo que reduce la necesidad de un control personal exhaustivo. Finalmente, su valor se extiende al plano social, pues proporciona una comunidad de apoyo —tanto humana como divina— esencial para reducir el aislamiento y la soledad. Por todas estas características, la espiritualidad/religiosidad se establece como un aspecto esencial a considerar en el cuidado integral de la salud.

Por todo lo anteriormente expuesto, podríamos afirmar que existe una relación directa entre el bienestar espiritual y el sentido en la vida, definido como "el sentido que se da y el significado que se siente con respecto a la naturaleza del ser y la existencia de uno" (M. F. Steger et al., 2006, p. 81). Aunque su conceptualización varía entre los diferentes estudios, existe un consenso académico de que las personas experimentan un sentido en

la vida cuando sienten que tienen (1) comprensión, (2) propósito e (3) importancia existencial en sus vidas más allá de las experiencias diarias (King et al., 2006; King & Hicks, 2021; M. Steger, 2012). Así, numerosos autores defienden que el sentido en la vida es un componente fundamental del bienestar y de la salud mental/física y que las personas que tienen una vida significativa tienden a presentar una experiencia de espiritualidad más enriquecedora (Boyle et al., 2010; P. L. Hill & Turiano, 2014; Kim et al., 2019; M. Steger, 2012; Yıldırım et al., 2021). Más aún, la religiosidad o espiritualidad es una fuente vital de sentido en la vida, ya que proporciona directrices claras sobre cómo vivir bajo Dios o bajo un poder superior (Dar & Iqbal, 2019; Paloutzian & Park, 2013). Además, autores como Lima Das Chagas y Muñoz-García (2023) han mostrado que el sentido en la vida de los estudiantes universitarios está estrechamente relacionado con diversos aspectos, como las relaciones humanas, la empatía, el crecimiento personal, la orientación vocacional, el desarrollo profesional y la religión. En los estudiantes de enfermería, este sentido de propósito o sentido en la vida les ayuda a reconocer el valor de ésta, a comprender su significado e identificar los objetivos y la dirección de su vida, fomentando así una participación más activa en sus propios deberes como futuros profesionales de enfermería (Zhao et al., 2023).

### **2. La dimensión espiritual de la persona**

Con el avance de las ciencias y las humanidades, se empieza a entender que el individuo se compone de varias dimensiones: biológica, psicológica, social y espiritual. En cada una de éstas, el ser humano despliega su potencial y sus atributos, asegurando así su bienestar y desarrollo personal. Estas distintas dimensiones están interconectadas y deben mantenerse en equilibrio para asegurar un estado saludable. A su vez, estas dimensiones de la persona son interdependientes y forman una unidad, y sus pensamientos, sentimientos, su forma de vivir y su biología están inseparablemente relacionados. Son, en definitiva, diferentes aspectos que se encuentran en constante equilibrio (Cassell, 1998, p. 130, citado por Esquerda Aresté et al., 2023).

En esta línea, el Grupo de Trabajo sobre Espiritualidad de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), define a la persona como un ser complejo (formada por un conjunto de dimensiones: física, emocional, cognitiva, social y espiritual, interrelacionadas), dinámico (estas dimensiones van variando según va viviendo) y único

(especial, irreplicable e insustituible), y en relación con el entorno, los demás seres, con las ideas, consigo mismo y con lo trascendente (Benito et al., 2008).

En consecuencia, la atención integral a la persona significa considerar y cultivar, además de su dimensión biológica, psicológica y social, su dimensión espiritual, valorándola como una dimensión fundamental de su existencia; porque para la persona enferma y necesitada precisamente esta dimensión se puede convertir en una fuente valiosa de salud y de fuerza para afrontar la vida (Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, 2012).

En esta misma línea, Frankl define a la persona como una unidad formada por una mente (psique), un cuerpo (soma) y un espíritu (noos), y afirma que el espíritu es “lo que somos”. Este dominio espiritual está especialmente activo cuando una persona se enfrenta a la incertidumbre, enfermedad física y estrés emocional, ya sea por una enfermedad crónica y compleja o ante el final de la vida, y considera la dimensión espiritual como una característica esencial de la salud: “la dimensión espiritual es la constitutiva del hombre, somos personas no porque tenemos instintos o impulsos, sino porque somos capaces de estar abiertos a la trascendencia” (Frankl, 1987, p. 49, citado por López-Tarrida et al., 2020). En esta misma línea, Enric Benito (2024), oncólogo y paliativista, llegará a afirmar que somos seres espirituales con una experiencia humana.

Así, el bienestar espiritual, también denominado “salud espiritual” o “crecimiento espiritual”, se define como una dimensión fundamental, si no la fundamental, de la salud y el bienestar general de las personas, que impregna e integra todas las demás dimensiones de la salud (física, mental, emocional y social) (Fisher, 2016).

La dimensión espiritual, como componente intrínseco del ser humano, se manifiesta a través de un conjunto de necesidades de orden trascendental, y, dado que estas necesidades son universales, su identificación y cuidado constituyen un pilar esencial del cuidado holístico. Estas necesidades espirituales son también referidas en la literatura como preocupaciones espirituales, y se definen como aquellas “necesidades relacionadas con la espiritualidad de la persona, que incluyen las preguntas, preocupaciones, prácticas y sufrimientos espirituales” (Büssing, 2021). 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 la culpa, amar y ser amado, la esperanza auténtica o la expresión de sentimientos y vivencias espirituales/religiosas (Benito et al., 2014).

En esta misma línea, Pérez-Cruz et al. (2019) definen el dolor espiritual como "un dolor profundo en tu alma/ser que no es físico" (p. 2), y observan que está asociado con una menor calidad de vida física y un mayor número de síntomas. El dolor o sufrimiento espiritual puede manifestarse como síntoma en cualquier área de la experiencia del paciente, ya sea física (síntomas intratables), psicológica (miedo, ansiedad, pánico, depresión, desesperación, desesperanza y ausencia de significado), religiosa (como una crisis de fe) o social (como el deterioro de relaciones humanas valiosas). Ya en 1964, Cicely Saunders, enfermera y trabajadora social, desarrolla el concepto de "dolor total", recogiendo la experiencia de su trabajo con pacientes terminales, en cuyas historias identifica vivencias de sufrimiento físico, mental, social, emocional y espiritual (Clark, 1999).

Por el contrario, la salud espiritual (o bienestar espiritual) es un estado dinámico de la persona que se refleja en la medida en que las personas viven en armonía dentro de las relaciones en cuatro dominios: el dominio personal, en el que uno se relaciona internamente con uno mismo con respecto al significado, el propósito y los valores de la vida; el dominio comunitario, que se muestra en la calidad y profundidad de las relaciones interpersonales, relacionadas con la moralidad, la cultura y la religión; el dominio ambiental, más allá del cuidado y la crianza de lo físico y biológico, relacionado con una sensación de asombro y admiración, y para algunos, la noción de unidad con el medio ambiente o la naturaleza; y el dominio trascendental, que incluye la relación del yo con algo o alguien más allá del nivel humano (preocupación última, fuerza cósmica, realidad trascendente o Dios) (Fisher, 2016).

Abordar las preocupaciones y necesidades espirituales y fomentar el bienestar espiritual son esenciales para una atención holística centrada en el paciente. Puchalsky (2010) sostiene que la base de toda atención sanitaria es el compromiso de proporcionar un cuidado holístico y compasivo, sosteniendo que el ser humano es intrínsecamente un ser espiritual; por lo tanto, cuando una persona está enferma, surgen preguntas naturales sobre el significado y el valor de su vida. En consecuencia, atender las necesidades espirituales del paciente, junto con las físicas, no es opcional, sino un imperativo moral que se justifica porque la espiritualidad es fundamental en la experiencia de la enfermedad y del cuidado.

La enfermería debe facilitar respuestas a estas necesidades, ya que su atención incide directamente en el bienestar integral del paciente, así como en su bienestar espiritual,

permitiéndole lograr la paz interior y explorar estrategias de afrontamiento para superar los obstáculos durante situaciones de crisis (Balboni et al., 2010, 2022; Bermejo & Villaceros, 2016; George et al., 2020; Koenig et al., 2023; Moestrup & Hvidt, 2016; Puchalski et al., 2014; Vallurupalli et al., 2012); más aún, las investigaciones en diversos contextos sanitarios indican que el bienestar espiritual está estrechamente asociado con un aumento del confort, la calidad de vida, la satisfacción vital, la salud física y mental, la resiliencia y niveles más bajos de depresión y ansiedad (K. Jones et al., 2016; H. Koenig et al., 2023; Pérez-Jiménez et al., 2026); mientras que por el contrario, su omisión conlleva un significativo empobrecimiento de la experiencia humana y de la calidad de vida, así como un aumento del riesgo de depresión, ansiedad y angustia espiritual (Chahrour et al., 2021; Hvidt et al., 2020; H. Koenig, 2004).

De la misma manera, evaluar y responder a las necesidades espirituales de los pacientes ofrece a las enfermeras una valiosa visión del valor de proporcionar un cuidado de enfermería individualizado, y la satisfacción derivada del cuidado de las necesidades físicas, emocionales y espirituales de los pacientes (Narayanasamy & Owens, 2001). Así mismo, fomenta la reflexión sobre sí mismas, una disminución de la angustia emocional, del estrés e incluso del burnout, y una mayor capacidad para hacer frente a la enfermedad y el sufrimiento de sus pacientes, amén de una mayor satisfacción con su trabajo al ayudarlas a conectarse con sus propias creencias y prácticas espirituales (De Diego-Cordero et al., 2022; Fernández-Pascual et al., 2025; X. Hu et al., 2025). Más aún, como afirma Zulueta (2018), el sentido del cuidado enfermero es una variable fundamental para el bienestar psicológico, la vinculación laboral y, en definitiva, la calidad del cuidado que prestan las enfermeras. El valor de la profesión enfermera radica en sentir que sus cuidados tienen una finalidad y un significado, que van más allá de ser una práctica habitual de trabajo eficaz y resolutive. Esto adquiere mayor importancia en situaciones de sufrimiento, incertidumbre y amenazantes como la enfermedad o la proximidad de la muerte, donde la consciencia de la mortalidad despierta la necesidad de encontrar significado y propósito a la existencia, y coloca a la persona frente a lo esencial. Es precisamente en estas situaciones donde los profesionales necesitan percibir la coherencia, el ajuste y la lógica interna a lo que experimentan o sucede a su alrededor. Reconocer el papel tan fundamental de la enfermería en este cuidado conlleva una gran responsabilidad por su parte, amén de percibir el hecho trascendental que supone cuidar y acompañar.

### 3. El cuidado espiritual

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como: “una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida, que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente” (Juárez-Rodríguez & García-Campos, 2009, p. 103).

A lo largo de la historia, la presencia de las instituciones religiosas en el mundo sanitario ha tenido un papel protagonista, y la espiritualidad era una parte integral de la misión y práctica de las instituciones sanitarias. Más aún, el modelo de cuidados antes del siglo XX se centraba en la atención compasiva, de apoyo y paliativa, con opciones limitadas para curar enfermedades, y empleaba un enfoque holístico de atención física, psicológica, social y espiritual (C. Puchalski, 2010), con numerosas instituciones religiosas dedicadas al cuidado de los enfermos y necesitados, entre las que cabe destacar las Hijas de la Caridad en Francia y la Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios en España. Para éstas, el sentido principal de la prestación de los cuidados no fue sólo ayudar, consolar y servir al prójimo, sino hallar a Dios en el sufrimiento y en el dolor (Eseverri Chaverri, 1995). Durante el siglo XIX, el concepto de salud-enfermedad pierde la connotación religiosa que predominaba hasta entonces. Con el movimiento ilustrado, la razón se impuso a los valores religiosos imperantes en épocas pasadas, comenzando de este modo la separación de la Iglesia del poder civil, lo que condujo a la supresión de un gran número de órdenes religiosas en parte de Europa. Debido a este cambio, la Iglesia se adaptó transformando las prácticas meramente caritativas en asistencia basada en la actividad médica (Martínez & Chamorro, 2017), comenzando así, en el siglo XX, la etapa de la profesionalización de los cuidados, en la que nos encontramos actualmente. Sin embargo, en el último siglo, con el avance de las ciencias y la tecnología, el cuidado de enfermería ha ido tecnificándose y orientándose hacia un modelo científico reduccionista que emana de un modelo biomédico, que considera al paciente como un objeto compuesto por células y órganos. Esta visión ha resultado insuficiente para cubrir las necesidades de los pacientes, pues no es capaz de responder a preguntas esenciales sobre el significado del sufrimiento, la esperanza, la dignidad y la muerte. La enfermedad no solo altera el equilibrio biológico de la persona, sino también un vasto nexo de relaciones que incluyen la mente-cuerpo, el entorno físico y social, y la relación con lo trascendente (Sulmasy, 2002).

El cuidado de enfermería profesional se configura a partir de una amalgama de factores, actitudes y creencias que se materializan en una relación transpersonal y de profundo respeto con la persona. Esta práctica trasciende el cuidado empírico al enmarcarse en una esencia holísticamente humana. Se distingue del cuidado genérico por un proceso de diálogo interno y dialéctico que facilita la comprensión integral del paciente superando la mera aprehensión de datos, lo cual resulta fundamental para optimizar los procesos de cuidado en cualquier contexto de salud y contribuir a la recuperación y el bienestar del paciente (Báez-Hernández et al., 2009).

La esencia del cuidado de enfermería radica en su interacción constante con la realidad diaria del ser humano. Esta interacción abarca desde los actos más habituales, como los procesos de alimentación o de higiene corporal, hasta los desafíos más críticos, como la preservación de la vida en circunstancias extremas. La contribución significativa de las enfermeras, a través de su enfoque particular en el cuidado, cumple con las exigencias de todas las facetas de la condición humana. La misión de la enfermería se centra en promover el bienestar y mejorar la calidad de vida, gestionando los síntomas y atendiendo a las necesidades de soporte psicológico, social, emocional y espiritual tanto de los pacientes como de sus seres queridos. En este ámbito, la enfermera juega un rol esencial, ya que su labor implica una interacción directa y continua con los pacientes durante el proceso de la enfermedad, momento en el cual pueden surgir vulnerabilidades y restricciones de índole física, psíquica, social y espiritual. Por tanto, el cuidado enfermero de aquellos que padecen una enfermedad o que sufren por ella debe enfocarse también en la dimensión espiritual, creando oportunidades para la reconciliación, el acompañamiento mutuo y la introspección personal. Reconociendo estas necesidades, el cuidado prestado por la enfermera busca aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes en todas las etapas de su enfermedad (Morillo Martín, 2017).

Los principios en los que se basan los modelos de cuidados espirituales más extendidos en el ámbito sanitario, como el propuesto por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Benito et al., 2008) o por la European Association of Palliative Care (EAPC) (C. M. Puchalski et al., 2014), constituyen un marco de referencia esencial que permite a los profesionales de la salud establecer una conexión profunda con los pacientes, escuchando activamente sus miedos, sueños y sufrimientos, y colaborando con ellos como aliados terapéuticos para ofrecer una oportunidad de sanación. Estos modelos se centran en la comprensión personal de la espiritualidad, así como en la disposición de los

profesionales a construir relaciones auténticas y centradas en la persona con los pacientes. Su enfoque se dirige prioritariamente hacia la persona y su experiencia subjetiva de la enfermedad, trascendiendo la concentración exclusiva en la patología misma (C. M. Puchalski et al., 2014). Es crucial destacar que, en este contexto, la sanación se distingue de la mera curación, pues se refiere a la capacidad del individuo para encontrar consuelo, conexión, significado y propósito en medio del sufrimiento, la desazón y el dolor existencial (Sulmasy, 2002).

Estos modelos de cuidados se fundamentan en marcos teóricos relevantes, destacando el modelo bio-psicosocial-espiritual de cuidados propuesto por Sulmasy (2002) o el modelo denominado Práctica Espiritualmente Competente (*"Spiritually Competent Practice"*) de Wattis et al. (2017), que la definen como:

"Compromiso compasivo con la persona en su totalidad, como un ser humano único, ayudándola en la búsqueda de un significado y propósito; cuando sea apropiado, conectar o reconectar con una comunidad donde experimente un sentido de bienestar, abordar el sufrimiento y desarrollar estrategias de afrontamiento para mejorar su calidad de vida. Esto incluye que el profesional acepte las creencias y valores de una persona, sean religiosos o no, y que proporcione un cuidado culturalmente competente" (p. 3).

Así mismo, el modelo bio-psicosocial-espiritual emerge como un marco integral para comprender las dimensiones interconectadas de la atención al paciente, concibiendo a la persona como una totalidad cuyas dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales son distintas pero inseparables, y ninguna puede ser disgregada del conjunto. Este enfoque holístico reconoce a los pacientes como seres en relación, y entiende que la enfermedad puede alterar no solo el funcionamiento biológico, sino también el bienestar psicológico, social y espiritual. Este modelo reconoce que el ser humano es esencialmente un ser en relación y, por lo tanto, la sanación integral requiere atender todas estas dimensiones, incluido el ámbito espiritual, hasta el final de la vida, cuando la restauración fisiológica ya no es posible. Así, la facilitación de las respuestas del paciente sobre el significado, el valor de su vida o la necesidad de perdón se convierte en un acto de sanación, y los profesionales sanitarios tienen la obligación de asegurar, al menos, que el paciente pueda plantearse alguna de estas preguntas y encontrar respuestas a través de su dimensión espiritual, cualquiera que sea su orientación (Sulmasy, 2002).

Los principios en los que se basan los modelos de cuidados espirituales, como la compasión -entendida como una actuación a favor del otro para aliviar su padecer-, la empatía, la presencia terapéutica, el cuidado centrado en el paciente y el respeto por sus valores y creencias, son aspectos fundamentales de la práctica de enfermería. Más aún, las enfermeras pueden garantizar que cada interacción con un paciente sea inherentemente terapéutica, pudiendo tener un impacto positivo en el bienestar espiritual del paciente a través de su presencia y la forma en que brindan los cuidados, haciéndole sentirse integrado, completo, contento con su identidad, aceptado como persona, capaz de vivir con la situación en la que se encuentre y de experimentar sentimientos positivos como la alegría, la paz, la esperanza y el propósito en su vida, e incluso experimentar la realización. Por lo tanto, brindar cuidado espiritual y mejorar el bienestar espiritual ayudan a aliviar el sufrimiento (Clarke, 2013).

El cuidado espiritual no es exclusivo de enfermería, sino que también pueden ofrecerlo otros profesionales de la salud, así como expertos en la materia (como capellanes, sacerdotes, pastores) o familiares (C. M. Puchalski et al., 2006). De hecho, la profesión sanitaria es intrínsecamente una profesión espiritual, y cuando un profesional de la salud interactúa con un paciente en una relación profesional, la transformación que tiene lugar es inherente al modelo de cuidados espirituales (C. M. Puchalski et al., 2014).

Sin embargo, el cuidado espiritual es una parte importante del cuidado de enfermería y existen algunos aspectos que lo diferencian del que se proporciona por otros profesionales (McSherry et al., 2002; Ross, 2006). Tal y como afirman Mascio et al. (2022), las enfermeras no solo desempeñan un papel importante en el cuidado espiritual, sino que es probable que su perspectiva sobre la salud y el cuidado espiritual sea diferente a la de otros profesionales. Así, las enfermeras, en comparación con los médicos, por ejemplo, tienen más probabilidades de suscribirse a un modelo holístico de salud, ven el cuidado espiritual como parte de su papel y lo brindan con mayor frecuencia (Kelly et al., 2021).

El personal de enfermería es quien más tiempo pasa con la persona en situación de enfermedad, acompañándola no solo durante los periodos de hospitalización, sino en otros contextos relacionados con el diagnóstico, tratamiento, consultas, recaídas y situaciones que son propias del proceso de enfermedad. Esta cercanía a la persona enferma le permite establecer un vínculo estrecho con ella y detectar sus necesidades más profundas, como, por ejemplo, revisar su vida, encontrar sentido a su existencia y amar y

ser amado, así como movilizar los recursos necesarios para brindar un cuidado espiritual adecuado (Morillo Martín, 2017; Vargas Escobar, 2015).

Por consiguiente, el cuidado de la dimensión espiritual se ha establecido como un eje central en la práctica enfermera, en contraste con la limitación conceptual del modelo biomédico. De hecho, es relevante señalar que la literatura de enfermería en este contexto está más avanzada que la de otras disciplinas. Así lo demuestran los modelos de cuidados de las primeras teóricas de la disciplina, empezando por Florence Nightingale, quien en 1860 ya contempló la importancia de la espiritualidad en el cuidado como dimensión intrínseca a la naturaleza humana y como el recurso curativo más profundo y poderoso disponible para la persona (Macrae, 1995).

También Virginia Henderson (1969) planteó los cuidados de enfermería desde un enfoque holístico, que engloba aspectos biológicos, sociales, psicológicos, culturales y espirituales. Adicionalmente, Marjory Gordon (1994) aportó una metodología concreta al situar los valores y creencias personales como uno de los once patrones funcionales de salud, permitiendo que la espiritualidad sea evaluada sistemáticamente mediante el juicio clínico y el uso de diagnósticos enfermeros (Gordon, 1994). Por su parte, la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem (2001) ofrece una orientación específica sobre la dimensión de la habilidad, al considerar el soporte espiritual como un requisito de autocuidado del desarrollo; aquí, la enfermera actúa compensatoriamente para ayudar al paciente a mantener su integridad psíquica y espiritual cuando la enfermedad limita su capacidad de búsqueda de sentido. Así, la competencia espiritual deja de ser una dimensión abstracta para configurarse como una intervención humanística, donde el profesional debe poseer la capacidad de identificar el sufrimiento espiritual y la destreza para fomentar la agencia de autocuidado espiritual del individuo.

Y, posteriormente, diversos marcos teóricos, como los desarrollados por Watson, Reed o Ray, incorporan esta dimensión holística en la concepción de la salud y el cuidado. Desde la perspectiva de Jean Watson, la riqueza de la vida espiritual favorece el bienestar físico y psicológico del paciente. Este paradigma es consistente con la definición seminal de Madeleine Leininger, quien situó la cultura y la espiritualidad como la base fundamental de los cuidados de enfermería (Pinedo & Jiménez, 2017). Por otro lado, el modelo de Autotrascendencia de Pamela G. Reed (1991) es fundamental para definir la importancia del cuidado espiritual, ya que postula una relación directa entre la expansión de la conciencia y el bienestar en personas que experimentan situaciones de vulnerabilidad

(como la enfermedad, el envejecimiento o el final de la vida), y sitúa la dimensión espiritual como el motor principal para alcanzar el bienestar, incluso frente al sufrimiento. La autora postula que la autotranscendencia es un requisito para el bienestar, y que, si el individuo no puede ir más allá de su condición física limitada, su bienestar se verá comprometido. El cuidado espiritual es la intervención que facilita esta transición y se centra en ayudar al paciente a redefinir su identidad y encontrar un propósito que no dependa de sus capacidades físicas. El profesional enfermero facilita la conexión del paciente con sus creencias, fe y esperanza para el futuro (incluso después de la muerte), apoyando los rituales, la oración o la conversación sobre lo trascendente.

En este contexto, Ramezani et al. (2014) definen el cuidado espiritual como una dimensión única del cuidado de enfermería, que se distingue de otras formas de cuidado, y que es un concepto subjetivo y en constante cambio, pudiendo mejorar el bienestar espiritual del paciente a través de sus cualidades, como "la presencia terapéutica, el sentido intuitivo, la exploración de la perspectiva espiritual, el cuidado centrado en el paciente, las intervenciones terapéuticas centradas en la búsqueda de significado y la creación de un entorno espiritualmente enriquecedor" (p.4). En la misma línea, Hivt et al. (2020) lo definen como "un tipo de cuidado que aborda y busca satisfacer las necesidades y desafíos existenciales y espirituales en relación con la enfermedad y la crisis" (p.2).

Adicionalmente, una de las definiciones más utilizadas del cuidado espiritual en el ámbito de la enfermería es la de Van Leeuwen et al. (2021), que lo definen como:

"El cuidado que reconoce y atiende el espíritu humano cuando las personas enfrentan cambios significativos en la vida (como el nacimiento, un trauma, una enfermedad o un deterioro de la salud, y una pérdida o tristeza), que pueden implicar una necesidad o búsqueda de significado o autoestima, una necesidad o deseo de expresarse, una necesidad de confiar en la fe (posiblemente incluyendo rituales, oraciones o sacramentos) o simplemente la necesidad de que alguien los escuche. Este cuidado comienza favoreciendo el contacto humano dentro de una relación compasiva y progresa según las necesidades correspondientes" (p.7).

Se podría afirmar que la conceptualización del cuidado espiritual por parte de la enfermería se articula en una doble vertiente. Por un lado, se identifica con el ejercicio de la excelencia profesional (el "ser" de la enfermería) a través de prácticas universales, como la demostración de amabilidad, respeto, dignidad, escucha empática y presencia

terapéutica. En esta línea se encuentran autoras como Baldacchino (2015), quien defiende que la esencia del cuidado espiritual es el “ser o estar” más que el “hacer”, lo cual puede ser transformador tanto para el paciente como para el profesional. Esta perspectiva sugiere que estas conductas constituyen la esencia del cuidado espiritual, a pesar del debate sobre si estas prácticas no pertenecerían, en realidad, a una buena atención integral de enfermería en general, y no específicamente a un buen cuidado espiritual (Taylor et al., 2023). Por otro lado, la literatura también documenta intervenciones más específicas y directas, que reflejan la dimensión del “hacer” de la enfermera respecto al cuidado espiritual, tales como: compartir con el paciente la oración, la lectura de textos sagrados y la colaboración interdisciplinaria con capellanes o el clero (de Diego-Cordero et al., 2022; Ghorbani et al., 2021). Por último, en el término medio se encuentran Clarke y Baume (2019), quienes defienden que, aunque el cuidado espiritual se describe, a menudo, como una "manera de ser" para la enfermería, podría definirse como una "manera de ser mientras se está haciendo" (*way of being while you are doing*), dado que la enfermería es una profesión práctica. Cada encuentro con un paciente es una oportunidad para el cuidado espiritual, y todo el cuidado de enfermería puede hacerse espiritual.

En la disciplina enfermera actual, la práctica gira en torno a la evaluación, el diagnóstico y el abordaje de las respuestas reales o potenciales de la persona, la familia o la comunidad a los problemas de salud o los procesos vitales. Estos juicios clínicos, conocidos como diagnósticos de enfermería, constituyen la base para la selección de las intervenciones enfermeras orientadas a lograr resultados de los que las enfermeras son responsables (Herdman, 2025).

En este sentido, la clasificación de los diagnósticos de enfermería NANDA-I (North American Nurse Diagnosis Association-International) ha incluido, en su última edición, (2023-25) una etiqueta diagnóstica denominada “deterioro del bienestar espiritual”, definido como: “disminución de la integración del sentido y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el mundo y/o un poder superior al propio yo” (Herdman & Kamitsuru, 2024, p. 545). Para este juicio clínico se incluyen como factores desencadenantes, situaciones tales como la exposición a un acontecimiento vital inesperado, a la muerte de un ser querido, al dolor, a la soledad o la conciencia de tener asuntos pendientes.

En consonancia con lo anterior, la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC, por sus siglas en inglés), un lenguaje integral y estandarizado, que describe los cuidados, basados en el juicio clínico y en el conocimiento que tiene una enfermera para mejorar los resultados del paciente, en todos los entornos y en todas las especialidades, incluye una intervención denominada “apoyo espiritual”. Esta intervención se define como “ayuda a la persona o a la familia a sentir equilibrio y conexión con un poder superior” (Wagner et al., 2024, p. 94). Esta intervención incluye una lista exhaustiva de 35 actividades o cuidados de enfermería, que se podrían agrupar en cinco dominios:

1. La valoración, detección y planificación. Este grupo de actividades se centra en la recopilación de datos y la preparación del entorno terapéutico, incluyendo la autoconciencia espiritual de los profesionales de enfermería, además de otras actividades como utilizar las herramientas de valoración formales para evaluar el bienestar espiritual; preguntar si se considera espiritual o religioso y usar la respuesta para guiar la conversación o determinar la importancia de la fe o las creencias para la persona (p. ej., asistencia a servicios, oración, rituales); o ser consciente de las normas, celebraciones y costumbres religiosas que afectan a los cuidados (p. ej., leyes dietéticas, ayuno).
2. La comunicación y relación terapéutica, que se enfoca en establecer una conexión de confianza a través de cualidades interpersonales esenciales. Contemplan actividades como estar disponible para escuchar los sentimientos y expresar empatía; permitir que la persona o la familia dirija la conversación; escuchar atentamente y desarrollar el sentido de la oportunidad; y transmitir compromiso, interés y compasión.
3. El apoyo en la búsqueda de significado, que abarca las actividades para ayudar a la persona a encontrar propósito y esperanza, y a procesar sentimientos difíciles. Incluye actividades de cuidados como estar abierto a expresiones de preocupación, soledad o impotencia; animar a abrirse a los sentimientos sobre la enfermedad y la muerte; ayudar a expresar y aliviar la ira de forma adecuada; y asegurarse de estar disponible para apoyar en momentos de sufrimiento.
4. La facilitación de prácticas espirituales, relacionado con las acciones concretas para facilitar la expresión de la fe o las tradiciones religiosas, como, por ejemplo, facilitar el uso de la meditación, la oración y otras tradiciones y rituales religiosos;

proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales; proporcionar objetos espirituales o recursos como la música, literatura o programas espirituales; incluso rezar con la persona o la familia, si lo solicitan.

5. La coordinación de recursos y red de apoyo, dirigida a enlazar a la persona con su comunidad de fe y otros profesionales, a través de actividades como fomentar la participación en interacciones espirituales o religiosas con familiares, amigos y otras personas; facilitar la asistencia a los servicios religiosos; u organizar visitas de asesores espirituales o clérigos (capellanes).

En conclusión, las actividades que incluye el cuidado espiritual en esta intervención continúan reflejando tanto lo que la enfermera puede hacer (por ejemplo, facilitar rituales) como lo que puede ser o, simplemente, estar (por ejemplo, estar presente, compasiva).

#### **4. Competencias enfermeras para el cuidado espiritual**

Para que la enfermera pueda proporcionar cuidados adecuados en cualquier ámbito asistencial donde vaya a desarrollar la profesión, se requiere que haya recibido una preparación y formación adecuadas, adquiriendo así las competencias necesarias para desenvolverse correctamente en su trabajo y llevarlo a cabo de manera eficaz.

El término competencia en general se define como la "pericia, aptitud o idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado " (RAE, 2020).

Benner (1982) definió la competencia enfermera como "la capacidad de realizar tareas de enfermería con la integración del conocimiento para lograr resultados deseables" (p.402), sugiriendo que la competencia de la enfermera se desarrolla con el tiempo, a medida que progresa de "novata" a "experta". Posteriormente, Baldacchino (2006) definió la competencia enfermera como un concepto que involucra las aptitudes, actitudes, habilidades, capacidades, conocimientos y destrezas, que se movilizan en el desarrollo de las intervenciones de enfermería, con el fin de solucionar situaciones o aspectos de la práctica. Estas competencias incorporarían, además, el dominio de los conocimientos propios de la disciplina, su aplicación en situaciones de la práctica, así como la integración de las actitudes y habilidades interpersonales e intrapersonales de la enfermera.

Por otra parte, el Consejo Internacional de Enfermería define la competencia enfermera como: “un nivel de realizaciones que demuestra la aplicación efectiva de los conocimientos, capacidades y juicio” (Alexander & Runciman, 2003).

En esta misma línea, Church (2016) afirmó que la definición de competencia en enfermería es un concepto multidimensional que va más allá de poseer sólo conocimientos y habilidades, definiendo siete dominios interrelacionados: (1) poseer conocimiento suficiente; (2) dominar habilidades específicas; (3) usar el juicio profesional; (4) adherirse a estándares profesionales; (5) mantener relaciones interpersonales positivas; (6) aplicar conocimiento y habilidades de forma contextualizada; (7) evaluar los resultados del cuidado con rigor.

Focalizándonos en el cuidado espiritual, Green et al. (2020a) definen la competencia para el cuidado espiritual como “la capacidad de la enfermera para evaluar y proporcionar intervenciones que atiendan las necesidades espirituales del paciente, así como el conjunto de conocimientos, actitudes y habilidades necesarios para proporcionarlas” (p.42).

Por otro lado, Van Leeuwen y Cusveller (2004) mostraron un perfil de competencias para el cuidado espiritual con tres dominios básicos:

1. El conocimiento y uso de las dimensiones de uno mismo, como la forma en que las enfermeras se relacionan con sus pacientes, que incluyen las actitudes y cualidades personales, la responsabilidad profesional, el conocimiento y la visión.
2. La dimensión espiritual del proceso de enfermería, que incluye aquellas competencias para manejar las diferentes fases del proceso de enfermería en este aspecto, tales como la observación, la evaluación, el diagnóstico, la preparación, la información y el asesoramiento, la continuidad y la coordinación del cuidado y la cooperación multidisciplinaria.
3. La garantía y calidad de la experiencia, que incluye las competencias para el manejo de factores contextuales para el cuidado espiritual en la organización, y el fomento de las condiciones institucionales.

Asimismo, identificaron seis competencias básicas para el cuidado espiritual: (1) el manejo de las propias creencias, (2) el abordaje del tema, (3) la recopilación de la información, (4) la discusión y planificación, (5) la provisión del cuidado y su evaluación posterior y (6) la integración del cuidado espiritual en las políticas de la organización.

Los autores describieron otras competencias más generales para el cuidado espiritual, que incluyen la relación terapéutica enfermera-paciente; la disponibilidad de enfermeras y su presencia real; la escucha activa, mostrando empatía y compasión; la facilitación de prácticas religiosas a pacientes pertenecientes a una afiliación religiosa; la ayuda a los pacientes para poder disponer de un tiempo o espacio tranquilo; la ayuda a los pacientes a completar los asuntos pendientes y la remisión a capellanes u otros profesionales.

Dos años más tarde, Baldacchino (2006) describió cuatro competencias principales para el cuidado espiritual: (1) el papel de la enfermera como profesional y como persona; (2) la prestación del cuidado espiritual en el proceso de enfermería; (3) la comunicación de las enfermeras con los pacientes, con el equipo multidisciplinar, y con las organizaciones clínicas y educativas y (4) la protección de los aspectos éticos durante el cuidado espiritual.

Posteriormente, Van Leeuwen et al. (2009) llevaron a cabo una reevaluación de los perfiles de competencias y marcos de referencia relevantes, para determinar hasta qué punto contribuían a la formación de las enfermeras en las habilidades necesarias para proporcionar un adecuado cuidado espiritual, definiendo seis competencias de enfermería relacionadas con el cuidado espiritual: (1) la evaluación e implementación del cuidado espiritual; (2) la profesionalización y mejora de la calidad del cuidado espiritual; (3) el apoyo personal y asesoramiento al paciente; (4) la derivación a otros profesionales; (5) la actitud hacia la espiritualidad del paciente; y (6) la comunicación.

En esta misma línea, investigadores del área de la educación en el cuidado espiritual del Reino Unido, Países Bajos, Malta y Noruega formaron la red europea EPICC, para la promoción de la formación en cuidado espiritual y cuidado compasivo de los estudiantes de enfermería, a través de metodologías innovadoras (*Enhancing Nurses' and Midwives' Competence in Providing Spiritual Care through Innovative Education and Compassionate Care, 2016-2019*) (<https://epicc-network.org/epicc-project/>), que condujo a la coproducción y el desarrollo de estándares de mejores prácticas para la formación en el cuidado espiritual en los estudios de grado en enfermería. El proyecto EPICC contemplaba, entre sus objetivos, desarrollar un conjunto de competencias básicas para el cuidado espiritual en estudiantes de enfermería, denominado “*Spiritual Care Education Standard*”.

Este estándar para la formación en cuidado espiritual consta de cuatro componentes, que se corresponden con las cuatro competencias para el cuidado espiritual que se esperan de los estudiantes de grado en enfermería en Europa, a saber: (1) la espiritualidad intrapersonal, que implica ser consciente de la importancia de la espiritualidad sobre la propia salud y bienestar, (2) la espiritualidad interpersonal, que supone el compromiso con la espiritualidad de las personas, reconociendo su cosmovisión espiritual y cultural única, así como sus creencias y sus prácticas, (3) la valoración espiritual y la planificación del cuidado, que implica la evaluación de las necesidades y recursos espirituales, utilizando enfoques formales o informales apropiados, y la planificación del cuidado espiritual, manteniendo la confidencialidad y obteniendo el consentimiento informado, y (4) el cuidado espiritual y su evaluación, que incluye responder a las necesidades y recursos espirituales en el marco de una relación de cuidado compasiva. Considerando, además, que estas competencias se practican dentro de una relación compasiva y se basan en una actitud reflexiva y centrada en la persona de apertura, presencia y confianza. Para cada competencia, los resultados del aprendizaje se clasifican en tres dimensiones: conocimientos, habilidades y actitudes (McSherry et al., 2020).

Asimismo, autores como Costeira et al. (2024), en una revisión sistemática de la literatura cuyo objetivo fue identificar el alcance de la competencia y las habilidades, conocimientos y actitudes específicas necesarias para la prestación de un cuidado espiritual a las personas que necesitan cuidados paliativos, concluyeron que la competencia para el cuidado espiritual depende, por un lado, del desarrollo y la experiencia espiritual profesional, y por el otro, de la inteligencia espiritual (conocimientos), la humildad espiritual (actitudes) y de tener una mente crítica y reflexiva (habilidades).

Por último, Alshakhshir et al. (2025) realizaron una revisión sistemática de la literatura, incluyendo 45 artículos sobre el concepto de competencia espiritual en el contexto de la enfermería, y concluyeron definiéndola como “un proceso dinámico que se inicia por la conciencia espiritual de las enfermeras, y que luego promueve su bienestar espiritual, sus conocimientos y habilidades espirituales, y su sentido de autoeficacia en el cuidado espiritual” (p. 2.984), contemplando como sus principales atributos:

1. Conciencia Espiritual: es el factor iniciador crítico del proceso. Permite a las enfermeras comprender, aceptar y respetar sus propias creencias espirituales, las

de los demás y las diferencias entre ellas, lo que les facilita evaluar de manera holística las necesidades espirituales de los pacientes.

2. Bienestar espiritual: que se relaciona con la satisfacción y sitúa a las enfermeras en una mejor posición para reconocer y satisfacer las necesidades de cuidado espiritual de los pacientes.
3. Conocimiento y habilidades espirituales: que se adquieren a través de la educación y la capacitación clínica y permiten a las enfermeras proporcionar cuidados espirituales adaptados a las necesidades del paciente.
4. Autoeficacia en el cuidado espiritual: es la creencia o confianza de la enfermera en que es una proveedora competente del cuidado espiritual. Una mayor autoeficacia se asocia positivamente con la confianza entre la enfermera y el paciente.
5. Dinamismo: la competencia es un proceso evolutivo que se desarrolla con el tiempo, sin un punto final definido, y sigue las fluctuaciones de la carrera profesional. La forma en que se desarrolla este proceso es única para cada enfermera.

La misma revisión también establece tres precursores o antecedentes de esta competencia: la voluntad de aprender, entendida como la apertura y el entusiasmo de la enfermera a recibir educación y capacitación relacionadas con la espiritualidad; la formación en espiritualidad, definida como la instrucción formal sobre aspectos fundamentales de la espiritualidad dentro de los programas de estudio de enfermería; y la formación en cuidado espiritual, que supone la integración de la espiritualidad en los programas de formación clínica de postgrado.

## **5. Variables relacionadas con el cuidado espiritual**

La provisión del cuidado espiritual por parte del personal de enfermería es un fenómeno multifactorial, influenciado por variables tanto sociodemográficas y académicas, como personales e incluso de las propias organizaciones. Estudios recientes han proporcionado algunos hallazgos preliminares sobre el impacto de determinadas variables vinculadas a la frecuencia y/o a la competencia y/o a las actitudes para el cuidado espiritual por parte de las enfermeras o de los estudiantes de enfermería. No obstante, debido a la variedad de herramientas utilizadas para evaluar estos conceptos y sus definiciones, resulta difícil realizar una revisión sistemática sobre los principales factores precursores de esta

competencia. A continuación, se han sintetizado los más destacados según la literatura encontrada.

En primer lugar, respecto a los profesionales de enfermería, las variables sociodemográficas que han mostrado una relación positiva con las actitudes o habilidades para el cuidado espiritual han sido tener una mayor edad y el sexo femenino (Baguna et al., 2024; M. Chen et al., 2020; Deluga et al., 2021; Kudubes et al., 2021; Rogers et al., 2022). Asimismo, respecto a las variables académicas o profesionales, un mayor nivel educativo (máster o doctorado) se asocia positivamente con una mayor competencia en el cuidado espiritual (M. Chen et al., 2020). Además, las enfermeras con formación en espiritualidad/cuidado espiritual (pre y postgrado) también resultaron tener mayor sensibilidad y competencia en este tipo de cuidados, o proporcionar este cuidado con mayor frecuencia (Bar-Sela et al., 2019; Contreras et al., 2023; Fradelos et al., 2024; Green et al., 2020a; Han et al., 2023; Kaiyue et al., 2025), así como las enfermeras con mayor experiencia profesional (Han et al., 2023; Machul et al., 2022).

En cuanto a otras variables personales relacionadas con el cuidado espiritual en los profesionales de enfermería destacan el bienestar espiritual (Hsieh et al., 2020; Jafari & Fallahi-Khoshknab, 2021; Jamahneh et al., 2025; Markani et al., 2018; Mesquita et al., 2014), la religiosidad (Baysal et al., 2024a; Chiang et al., 2020b; Hsieh et al., 2020; Kaiyue et al., 2025; Kelly et al., 2021; Taylor et al., 2014), tener creencias religiosas (Baysal et al., 2024a), o profesar una religión (Hsieh et al., 2020), la percepción o conciencia de la propia espiritualidad (Baguna et al., 2024; Bar-Sela et al., 2019; M. Chen et al., 2020), la salud espiritual (Wang, Zhao, et al., 2022) y la inteligencia espiritual (C. Chen et al., 2025). Adicionalmente, en un estudio realizado con médicos y enfermeros de 14 países de Oriente Medio, Bar-Sela et al. (2019) encontraron que una de las principales barreras para brindar un cuidado espiritual era el bajo nivel de “espiritualidad personal” de estos profesionales. También se ha demostrado la contribución del bienestar espiritual a la resiliencia personal de los profesionales sanitarios (Gray, 2017; Rajabipoor Meybodi & Mohammadi, 2021). Además, la conciencia de la propia mortalidad (Kocatepe et al., 2024) y las actitudes positivas hacia la muerte (Kudubes et al., 2021; L. Li et al., 2021) o hacia el cuidado al final de la vida (Goyarrola et al., 2024) han mostrado una relación positiva significativa con la competencia en el cuidado espiritual de los profesionales de enfermería. Es más, en el estudio de Li et al. (2021) se demuestra que las actitudes

negativas de las enfermeras hacia la muerte afectan su percepción de la espiritualidad y del cuidado espiritual, lo que desencadena mayores dificultades para brindar cuidados espirituales.

Otras variables personales que han resultado relacionadas positivamente con una mayor competencia para el cuidado espiritual en profesionales de enfermería han sido la compasión (Duru et al., 2025; Türkben Polat & Özdemir, 2022), la resiliencia (Cerra et al., 2024; Duru et al., 2025), la empatía, la sensibilidad moral (Y. Li et al., 2025), y el capital psicológico, entendido como “el estado mental positivo de una persona durante su crecimiento y desarrollo”, que gira en torno a cuatro componentes fundamentales: autoeficacia (tener confianza para superar dificultades), optimismo (tener una atribución positiva al éxito presente y futuro), esperanza (mantener la motivación para alcanzar objetivos) y resiliencia (recuperarse, adaptarse y moderarse tras la exposición al estrés y alcanzar metas) (Y.-F. Guo et al., 2021). También se ha estudiado la relación positiva entre la competencia para el cuidado espiritual y la defensa del paciente (“*patient advocacy*”) por parte de la enfermera, que incluye tres dimensiones fundamentales, como son: el respeto del derecho de los pacientes a la autodeterminación, educarlos y empoderarlos para tomar decisiones, y defender a los pacientes, sus familias y el equipo sanitario para asegurar que se satisfagan sus necesidades, resultando estadísticamente significativa (Uçar et al., 2024). Por último, se ha relacionado la vivencia de un acontecimiento vital significativo (enfermedad propia o de un familiar o muerte de un familiar) con una mayor competencia para el cuidado espiritual en enfermeras taiwanesas (Hsieh et al., 2020).

En estudiantes de enfermería, la relación entre las variables sociodemográficas como tener una mayor edad y el sexo femenino y su competencia para el cuidado espiritual no ha resultado estadísticamente significativa, a excepción de la observada por Birimoglu Okuyan et al. (2024) y Köktürk Dalcali & Erden Melikoğlu (2022) en sendos estudios realizados en estudiantes turcos, donde el sexo femenino sí ha demostrado estar relacionado positivamente con una mayor competencia para el cuidado espiritual. En cuanto a las variables académicas, Ross et al. (2018), en un estudio longitudinal con estudiantes de 21 universidades de 8 países europeos, hallaron diferencias estadísticamente significativas, en sentido positivo, en los niveles de competencias percibidas por los estudiantes de 4º curso respecto a los de 1º curso del grado, así como

entre quienes tenían experiencia previa en el cuidado a nivel profesional y quienes no la tenían. Y, por último, Karaca & Ercan Sahin (2025), así como Al Qadire et al. (2024) realizaron investigaciones en estudiantes turcos y de otros cinco países del Medio Oriente respectivamente, encontrando que la formación previa en cuidado espiritual, o en cuidados paliativos, también mostró una relación positiva con una mayor competencia o actitudes hacia el cuidado espiritual.

En cuanto a las variables personales relacionadas con el cuidado espiritual en los estudiantes de enfermería destacan positivamente, al igual que en los profesionales de enfermería, las derivadas de la propia espiritualidad/religiosidad del estudiante, como la espiritualidad personal (Al Qadire et al., 2024; Balay-Odao et al., 2024; Ross et al., 2014, 2018), la religiosidad o la actitud religiosa (Balay-Odao et al., 2024; Birimoglu Okuyan et al., 2024; Y.-F. Guo et al., 2021), la salud espiritual (X. Hu et al., 2025), el bienestar espiritual (Brandstötter et al., 2021; Tomsovic et al., 2022), así como las experiencias espirituales diarias (Estebansari et al., 2023).

También han resultado significativamente relacionadas con una mayor competencia para el cuidado espiritual en estudiantes de enfermería, las actitudes hacia la muerte (Tüzer et al., 2020) y hacia el cuidado del moribundo (Karadağ, 2020), y Gurdogan et al. (2019) hallaron una relación inversamente significativa entre la ansiedad ante la muerte y la actitud hacia el cuidado del moribundo, aunque, por el contrario, Şahan & Kaçmaz (2024) no han encontrado relación entre la ansiedad ante la muerte y las competencias para el cuidado espiritual en estudiantes de enfermería.

Otras variables personales que se han relacionado positivamente con las actitudes o las competencias para el cuidado espiritual en estudiantes de enfermería han sido la compasión (Dincer & Çiftçi, 2023), la inteligencia moral y el autoconcepto profesional (Eskandari et al., 2019a) junto con los valores de hedonismo y tradición (Köktürk Dalcali & Erden Melikoğlu, 2022). Además, Ross et al. (2018) encontraron una relación positiva entre la vivencia de un acontecimiento vital significativo y la competencia en el cuidado espiritual en estudiantes de enfermería de ocho países europeos.

No se han encontrado estudios que relacionen directamente la resiliencia con las competencias para el cuidado espiritual en estudiantes de enfermería, pero Hu et al. (2025) hallaron una influencia positiva de la resiliencia en las estrategias de afrontamiento

espiritual en estudiantes de enfermería chinos, y Chiang et al. (2021) demostraron una relación positiva entre la resiliencia y la salud espiritual en los estudiantes de enfermería en Taiwan.

A modo de conclusión, entre las variables más estudiadas en la literatura, tanto en estudiantes como en profesionales de enfermería, amén de las sociodemográficas, destacan, en primer lugar, las relacionadas con la espiritualidad/religiosidad de la propia enfermera o estudiante, existiendo una notable variedad en la manera de conceptualizarla y de evaluarla, lo que dificulta la unificación tanto del concepto evaluado como del instrumento de evaluación seleccionado. Entre ellas, destaca el concepto de “bienestar espiritual”, que está relacionado con la forma en que las personas viven, se relacionan y perciben el mundo que las rodea, y a menudo se asocia con atributos positivos (Wattis et al., 2017). Así, Tomsovic et al. (2022) lo definen como “la medida de la calidad de las relaciones de cada individuo dentro de cuatro ámbitos de la salud espiritual: personal, comunitario, trascendental y ambiental” (p.16), evaluándolo a través del cuestionario SHALOM [Spiritual Well Being Questionnaire, Fisher (2016)], mientras que otros autores como Brandstötter et al. (2021) y Hsieh et al. (2020) se adhieren a la definición de Hungelmann et al. (1996), que la definen como “un sentido de interconexión armoniosa entre el yo, los demás/la naturaleza y el otro último que existe a lo largo y más allá del tiempo y el espacio, que se logra mediante un proceso de crecimiento dinámico e integrador que conduce a la realización del propósito y sentido último de la vida” (p.263), evaluándolo mediante la escala de bienestar espiritual JAREL (Hungelmann et al., 1996). Por último, autores como Jafari & Fallahi-Khoshknab (2021) y Jamahneh et al. (2025) se adhieren a la definición de bienestar espiritual propuesta por Paloutzian & Ellison (1982), que conciben el bienestar espiritual como un constructo compuesto por dos dimensiones: bienestar religioso y bienestar existencial. En el bienestar religioso, la persona percibe satisfacción personal al tener una relación con un poder superior, mientras que el bienestar existencial se logra cuando se intenta comprender el significado y el propósito de la vida. En este caso, la evalúan con la escala de bienestar espiritual [Spiritual Well-Being Scale, Paloutzian & Ellison (1982)]. Parece, por tanto, que tener un sentido en la vida y/o propósito nos conecta con nuestra propia existencia y/o con un poder superior (Dios), que trasciende nuestro propio yo, lo que puede caracterizar nuestro bienestar espiritual (bienestar existencial y/o religioso).

En segundo lugar, otro de los conceptos estudiados que merece mayor profundidad en su definición es el de la resiliencia, entendida como la capacidad de un individuo para enfrentar, adaptarse y recuperarse de situaciones adversas, estrés o trauma (Luthar & Cicchetti, 2000), lo que implica no sólo superar las dificultades, sino también crecer y fortalecerse a partir de ellas (Bonanno, 2005). La resiliencia conduce a una mayor satisfacción con la vida al reducir las emociones negativas y al aumentar la salud mental, y se define como un factor que facilita superar el sufrimiento y el estrés, así como la eliminación de sus efectos psicológicos (Ebrahimi Barmi et al., 2019). La resiliencia es fundamental para las enfermeras debido a la naturaleza estresante y exigente de su trabajo, pues puede actuar como un recurso para hacer frente a las demandas laborales, lo que les permitiría mantener la calidad de la atención, la autoeficacia y el compromiso laboral, así como prevenir el agotamiento y la fatiga, fomentar el autocuidado y mejorar la capacidad de respuesta a las crisis. Asimismo, puede ayudar a las enfermeras a mantener su bienestar psicológico y su salud mental en situaciones adversas, lo cual constituye un indicador común del proceso de resiliencia (Cabrera-Aguilar et al., 2023; Y. Guo et al., 2018; Stephens & Layne, 2023).

Por último, el concepto de ansiedad ante la muerte también merece un mayor detenimiento. Se define como “la respuesta emocional desencadenada por la percepción de peligro o amenaza (real o imaginada) a la propia existencia” (J. T. Limonero, 1997, p. 38). El tipo de estímulos que desencadenarían la ansiedad ante la muerte podrían ser ambientales, como, por ejemplo, la presencia de una enfermedad grave, ver morir a un ser querido, la visión de un cadáver, la noticia de un fallecimiento, o estímulos situacionales que, por asociación con los anteriores, se han condicionado y poseen la facultad de provocar una respuesta emocional condicionada, o estímulos internos del sujeto, tales como pensamientos o imágenes relacionados con la muerte propia o la de un ser querido. Los profesionales de enfermería a menudo se enfrentan a numerosos factores de estrés, tanto por el entorno organizativo en el que trabajan como por la naturaleza de su cuidado, ya que con frecuencia se enfrentan al sufrimiento y la muerte de otros. Estos profesionales manifiestan con frecuencia que el cuidado del paciente agonizante y su muerte, así como el trato con los familiares, son las situaciones más difíciles que han de afrontar (J. T. Limonero et al., 2004). Las actitudes hacia la muerte, especialmente la ansiedad ante la muerte, influyen significativamente en sus actividades profesionales (Kocatepe et al., 2024; Kudubes et al., 2021; Limonero et al., 2010). De hecho, se han

encontrado correlaciones positivas y significativas entre el burnout y el estrés ocupacional, y entre el burnout y la ansiedad ante la muerte (Limonero & Fernández-Castro, 2008).

## **6. Herramientas de evaluación de las competencias para el cuidado espiritual**

El desarrollo de instrumentos de evaluación de la espiritualidad y de las competencias o habilidades para el cuidado espiritual ha sido objeto de estudio en la literatura de las últimas décadas. Koenig et al. (2001) proporcionaron una visión general de los instrumentos existentes hasta la fecha, y McSherry et al. (2002) enfatizaron en la subjetividad tanto de la espiritualidad como del cuidado espiritual, lo cual, en su opinión, dificultaba el desarrollo de instrumentos para la evaluación de ambos fenómenos. En esta misma línea, Swinton & Narayanasamy (2002) argumentaron que los instrumentos para evaluar las dimensiones de la espiritualidad estaban diseñados para orientar a los profesionales de la salud hacia la posibilidad de que esta dimensión pudiera ser significativa para la experiencia actual del paciente y ofrecer las pautas sobre la mejor manera de cuidar a la persona, ayudándole a identificar sus necesidades espirituales latentes. También señalaron que una adecuada evaluación espiritual dependía de la sensibilidad y la empatía de los profesionales de enfermería.

En los últimos veinte años se han diseñado y validado numerosas herramientas con la intención de evaluar el conocimiento o la percepción de las enfermeras o estudiantes de enfermería sobre el cuidado espiritual. La mayoría de ellas han sido validadas en países del contexto occidental- EEUU (Spiritual Care Inventory (SCI) Burkhart et al., 2011; Spiritual Care in Practice (SCIP) Burkhart & Schmidt, 2012; Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (NSCTS) Mamier & Taylor, 2015; Student Survey of Spiritual Care (SSSC) Meyer, 2003; Spiritual Care-Giving Scale (SCGS) Tiew & Creedy, 2012), Reino Unido (Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS), McSherry et al., 2002), Alemania (Spiritual Care Competence Questionnaire (SCCQ), Frick et al., 2019) y Holanda (Spiritual Care Competence Scale (SCCS), Van Leeuwen et al., 2009) -y solo tres en el contexto oriental- Irán (Scale for Assessment of the Nurse's professional Competence in Spiritual Care (SANCS), Adib-Hajbaghery & Zehtabchi, 2016), Singapur (Spirituality Scale (SC), Nardi & Rooda, 2011) y China (Spiritual Care Attitude Scale (SCAS), Chiang et al., 2014)-. Sin embargo, a excepción de tres de ellas (NSCTS, SSCRs y SCCS), que han tenido repercusión internacional y han sido traducidas a

diferentes idiomas, la mayoría no se ha utilizado más allá del contexto del estudio original.

Por otro lado, en el año 2017, Garssen et al. realizaron una revisión de los instrumentos existentes para la evaluación de las actitudes y la frecuencia con la que las enfermeras prestaban el cuidado espiritual, analizando ocho de ellas, entre las que se encontraban seis de las anteriormente mencionadas (SCIP, SCAS, NSCTS, SSCRS, SC y SCGS), y concluyeron que todas presentaban limitaciones metodológicas y/o conceptuales, como por ejemplo, la evaluación de las opiniones de las enfermeras sobre el cuidado espiritual, la inclusión de aspectos más relacionados con el cuidado psicosocial que el espiritual, la integración de conceptos sin una definición clara de los mismos o las preguntas sobre la espiritualidad de la enfermera en lugar de su disposición para proporcionar un cuidado espiritual.

De los numerosos instrumentos de evaluación del cuidado espiritual encontrados en la literatura, se describirán tres herramientas que han tenido una mayor difusión internacional, aunque dos de ellas han mostrado debilidades metodológicas reflejadas en la revisión sistemática realizada por Garssen et al. (2017):

### **Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS)**

Creada y validada por McSherry et al. (2002), como herramienta para evaluar las percepciones de enfermeras clínicas del Servicio Nacional de Salud en Inglaterra (n=549), sobre la prestación de cuidados espirituales. Contempla varios aspectos de la espiritualidad, incluyendo la búsqueda de significado y propósito, la trascendencia y el impacto de las creencias espirituales en la salud y el bienestar. La escala original consta de 17 ítems, categorizados en cuatro subescalas: espiritualidad, con 5 ítems (p. ejemplo: “creo que la espiritualidad se trata de encontrar significado en los eventos buenos y malos de la vida”); cuidado espiritual, con 3 ítems (p. ejemplo: “creo que las enfermeras pueden brindar cuidado espiritual mostrando amabilidad, preocupación y alegría al brindar atención”); religiosidad, con 5 ítems (p. ejemplo: “creo que la espiritualidad implica sólo ir a la iglesia / lugar de culto”) y atención personalizada, con 3 ítems (p. ejemplo: “creo que las enfermeras pueden brindar atención espiritual respetando la privacidad, la dignidad y las creencias religiosas y culturales de un paciente”). Las respuestas se organizan utilizando una escala tipo Likert de 5 puntos (1=*totalmente en desacuerdo* hasta

5=*totalmente de acuerdo*). Para calcular la puntuación total, se suman las puntuaciones de 15 de los 17 ítems, siendo dos de ellos de puntuación inversa, pudiendo obtener una puntuación mínima de 17 y máxima de 105, siendo mayor la actitud y la percepción del cuidado espiritual cuanto mayor es la puntuación. La escala mostró una aceptable fiabilidad interna, con un  $\alpha$  de Cronbach de .64.

El SSCRS se ha utilizado y validado en diversos contextos culturales y lingüísticos, como China (Huang et al., 2024), Estados Unidos (McEvoy & Hyrkäs, 2024), Irán (Fallahi Khoshknab et al., 2010), Portugal (Martins et al., 2015), India (Pais et al., 2023), Italia (Parozzi et al., 2022), Polonia (Panczyk et al., 2023), y España (Fernández-Pascual et al., 2024).

Las principales debilidades de este instrumento contemplan que refleja opiniones que no necesariamente describen disposición para proporcionar cuidado espiritual y que muchos de sus ítems se podrían considerar como cuidado psicosocial más que espiritual (Garssen et al., 2017). Además, al igual que la escala original, la mayoría de los estudios de validación a otros idiomas muestran diferencias significativas en cuanto a sus propiedades psicométricas, especialmente en cuanto a su fiabilidad interna y a su estructura factorial, con ajustes dispares o pobres en la mayoría de los casos.

### **Spiritual Care Competence Scale (SCCS)**

Desarrollada en Holanda por Van Leeuwen et al. (2009), para la autoevaluación del cuidado espiritual en estudiantes de enfermería, con el objetivo de poder reflexionar sobre su nivel de competencia en el cuidado espiritual. La escala consta de 27 ítems distribuidos en 6 dimensiones: la evaluación e implementación del cuidado espiritual, con 6 ítems, relacionados con la capacidad de determinar las necesidades y/o problemas espirituales de un paciente y a la planificación del cuidado espiritual, que incluye la comunicación escrita intra e interprofesional de las necesidades espirituales y del cuidado espiritual; la profesionalización y mejora de la calidad del cuidado espiritual, con otros 6 ítems, que incluyen aquellas actividades de la enfermera dirigidas a la garantía de calidad y al desarrollo de políticas en el área de atención espiritual, relacionados con aspectos a nivel institucional que trascienden el proceso primario de cuidado y por medio de los cuales, la enfermera también contribuye a la promoción de la práctica profesional; el apoyo personal y asesoramiento al paciente, con 6 ítems, que se define como el centro del cuidado espiritual, con ítems operacionalizados en términos de intervenciones de cuidado

espiritual, incluyendo la provisión y evaluación del cuidado espiritual con respecto a los pacientes y a sus familiares; la derivación a otros profesionales, que contiene 3 ítems, relativa a la cooperación con las demás disciplinas de la salud que se encargan del cuidado espiritual, entre las que se menciona explícitamente la capellanía como disciplina central; la actitud hacia la espiritualidad del paciente, con 4 ítems, que incluye los factores personales relevantes para brindar cuidado espiritual; y, por último, la comunicación, con 2 ítems, que incluye la escucha activa de la historia de vida del paciente y la actitud de aceptación hacia su espiritualidad.

Las respuestas puntúan en una escala tipo Likert de 5 puntos (1=*totalmente en desacuerdo* hasta 5=*totalmente de acuerdo*). La puntuación de cada dimensión se obtiene sumando la puntuación de todos los ítems y dividiendo entre el número de ítems, y oscila entre 1 y 5, siendo mayor la competencia espiritual cuanto mayor sea la puntuación. La escala mostró un  $\alpha$  de Cronbach para cada dimensión de .82, .82, .81, .79, .56 y .71, respectivamente.

Este instrumento también se ha validado ampliamente en diversos entornos culturales y lingüísticos, como Irán (Sahebi & Barkhordari-Sharifabad, 2023), Estados Unidos (Green et al., 2020b; Hellman et al., 2015), Brasil (Dezorzi et al., 2019; Guilherme et al., 2021), Arabia Saudí (Alshehry, 2018), Turquía (Kabakci & Çelik, 2022), Malasia (Abusafia et al., 2021), Polonia (Machul et al., 2022) y China (Y. Hu et al., 2019), entre otros.

### **Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale (NSCTS)**

Diseñada y validada por Mamier y Taylor (2015) en Estados Unidos, para evaluar la frecuencia con la que enfermeras (n=670) de 4 hospitales estadounidenses proporcionaron 17 intervenciones o cuidados espirituales, por ejemplo: “ánimo a un paciente a hablar sobre lo que le da sentido a su vida en medio de la enfermedad” y “escucho al paciente hablar sobre preocupaciones espirituales”. Es una escala unidimensional, y las respuestas se organizan utilizando una escala tipo Likert de 5 puntos (1 =*nunca* hasta 5=*muy a menudo, más de 12 veces*). La puntuación de la escala se obtiene sumando la puntuación de todos los ítems y dividiendo entre el número de ítems, y oscila entre 1 y 5, siendo mayor la frecuencia de cuidado espiritual cuanto mayor sea la puntuación. La escala mostró una elevada fiabilidad interna, con un  $\alpha$  de Cronbach de .93; y se ha validado en diversos entornos culturales y lingüísticos, como Irán (Merati-Fashi et al., 2021), Malasia (Atarhim et al., 2019), Filipinas (Soriano et al., 2019), Taiwán (M. Chen et al., 2020) y Turquía (Aslan et al., 2020).

Adicionalmente, en el año 2022, y fruto de los trabajos desarrollados durante tres años por educadores e investigadores de 21 países europeos, y recogiendo muchas de las sugerencias realizadas por Garssen et al. (2017) se diseñó y validó la escala **EPICC Spiritual Care Competency Self-Assessment Tool for student nurses and midwives** (Giske et al., 2022). Consta de 28 ítems cuyas respuestas puntúan en una escala tipo Likert del 1 al 5 (1=*completamente en desacuerdo* y 5=*completamente de acuerdo*), distribuidos en 4 dimensiones, que coinciden con las cuatro competencias para el cuidado espiritual definidas en el *Spiritual Care Education Standard*: la espiritualidad intrapersonal, con 7 ítems (por ejemplo: “reconozco el impacto de mis valores y creencias al proporcionar cuidados espirituales”); la espiritualidad interpersonal, con 5 ítems (por ejemplo “reconozco que la vivencia de la dimensión espiritual de cada persona es única”); la evaluación espiritual y planificación del cuidado, con 8 ítems (por ejemplo: “conozco los diferentes enfoques que existen para llevar a cabo una evaluación espiritual”); y la intervención y evaluación del cuidado espiritual, con 8 ítems (por ejemplo: “sé cómo responder adecuadamente a las necesidades y recursos espirituales identificados”). Además, en cada dimensión, los ítems están clasificados según evalúen conocimientos, actitudes o habilidades. La puntuación total de la escala se obtiene sumando la puntuación de todos los ítems y dividiendo entre el número de ítems, y oscila entre 1 y 5, siendo mayor la competencia espiritual cuanto mayor sea la puntuación.

Esta escala se ha validado en una muestra de estudiantes de enfermería y matronas (n=323) de cinco países, simultáneamente en tres idiomas: inglés, noruego y danés; mostrando evidencias de validez de constructo y contenido, así como una elevada consistencia interna con un  $\alpha$  de Cronbach de .91 para la escala global y de .70–.80 para las cuatro subescalas. Además, los estudiantes indicaron que era útil y fácil de responder, en especial durante los primeros cursos del grado en enfermería.

Posteriormente, se han realizado validaciones de la escala en diferentes contextos culturales. Así, existe una validación al turco (Karabey et al., 2024) en una muestra de 215 estudiantes de grado de enfermería, que ha mostrado una fiabilidad interna ( $\alpha$  de Cronbach) de .91 para el global de la escala y de .85, .79, .86 y .84 para las cuatro subdimensiones. También se ha validado en Irán (Jalali et al., 2025), en estudiantes de enfermería y matronas (n=536), mostrando un  $\alpha$  de Cronbach de .97 para el total de la escala; en Italia (Piredda et al., 2025) en 725 enfermeras, con un  $\alpha$  de Cronbach de .80, .91, .82, .87 para las cuatro subdimensiones; en Eslovenia (Mlinar Reljić et al., 2025), en

319 estudiantes de enfermería, mostrando unos valores de  $\alpha$  de Cronbach entre .78 y .87 para las cuatro subdimensiones; y, finalmente, en Portugal (Sitefane et al., 2025), en 161 estudiantes de enfermería, con un  $\alpha$  de Cronbach de .92 para la escala global.

### **7. La formación en competencias para el cuidado espiritual en enfermería**

Para implementar eficazmente una práctica espiritualmente competente, las enfermeras y los estudiantes de enfermería requieren, por un lado, competencias (conocimientos, actitudes y habilidades) y cualidades personales (empatía, compasión, etc.) y, por otro, de las propias características del entorno profesional que dependen de la organización (tiempo para desarrollar relaciones terapéuticas, etc.). Como ya se ha demostrado en la revisión de los factores que influyen en las competencias para el cuidado espiritual, estas habilidades y actitudes para brindar cuidado espiritual pueden ser intrínsecas, pero también pueden desarrollarse mediante dinámicas de enseñanza-aprendizaje. Son numerosos los estudios que muestran una asociación positiva entre la enseñanza de la espiritualidad y la mejora de conocimientos, habilidades y actitudes relacionadas con el cuidado espiritual (Bush et al., 2023; Chiang et al., 2020a; Cone & Giske, 2018; Costeira et al., 2024; Fernández-Pascual et al., 2020; Rykkje et al., 2022), así como una mayor conciencia espiritual (Chiang et al., 2020). Más aún, la literatura coincide ampliamente en señalar la falta de formación y de tiempo como las principales barreras para que las enfermeras presten un cuidado espiritualmente sensible (Balboni et al., 2022; Britt & Acton, 2021; Green et al., 2020a; Hawthorne, 2020; Lombardi & Gusman, 2025).

En consecuencia, las instituciones de educación superior son responsables de preparar adecuadamente a los estudiantes de enfermería para brindar un adecuado cuidado espiritual. Sin embargo, estudios de las últimas décadas sugieren que el cuidado de la dimensión espiritual no está siendo lo suficientemente relevante dentro de la formación de los futuros profesionales de enfermería, tanto a nivel internacional (Kalkim et al., 2018; Murgia et al., 2022; Ross et al., 2018) como en España (de Diego Cordero et al., 2019; Fernández-Pascual et al., 2020); y que, aunque los estudiantes reconocen la influencia de la dimensión espiritual en la relación enfermera-paciente, se sienten poco preparados para abordarla.

Asimismo, en relación con la formación en competencias en estudiantes de grado de enfermería, se establece la necesidad de que la espiritualidad y los cuidados espirituales se incorporen en los principales manuales de enfermería con una entidad propia y como

una asignatura independiente. La integración del concepto de espiritualidad en el currículo de los estudios de grado en enfermería mejora el conocimiento, las habilidades y la conciencia de los estudiantes sobre este aspecto del cuidado, además de desarrollar su capacidad para brindar cuidados holísticos a los pacientes (Timmins et al., 2015, 2025).

De Diego Cordero et al. (2019), en una revisión bibliográfica que incluyó 28 artículos internacionales, analizaron la conveniencia de incluir la materia de religiosidad/espiritualidad en los planes de estudio del grado de enfermería, y mostraron las numerosas dificultades por parte de los estudiantes al brindar cuidados espirituales. Entre ellas, la incertidumbre y el miedo, motivados por el desconocimiento en este área; la presencia de un modelo de enfermería con una orientación biológica y materialista en la práctica; la falta de profesorado adecuadamente preparado para formar en espiritualidad; y la existencia de factores personales, como la falta de interés profesional y de práctica de la propia espiritualidad/religiosidad. En esta misma línea, Costa et al. (2022) llevaron a cabo una revisión bibliográfica sobre el cuidado espiritual y la espiritualidad en la formación académica en enfermería en diversos contextos como Europa, Australia, Asia y África, y concluyeron que la formación académica de las futuras enfermeras relacionada con la espiritualidad era deficiente, recomendando modificar el currículo en la formación de pregrado de enfermería, para fortalecer las competencias relacionadas con la espiritualidad y el cuidado espiritual.

Sin embargo, a pesar de que la literatura reconoce la necesidad de formar a los estudiantes de enfermería en el cuidado espiritual, así como la evaluación del impacto de dicha formación, y aunque existe una amplia y sólida evidencia respecto a cómo debería ser la formación de la enfermería en este sentido (Ross et al., 2021; Rykkje et al., 2022), la falta de consenso sobre un modelo de formación en cuidados espirituales en la práctica clínica ha llevado a multitud de abordajes a nivel internacional. En una revisión de alcance realizada por Rykkje et al. (2022), identificaron 36 experiencias o estrategias de formación en espiritualidad y/o cuidado espiritual en enfermeras y estudiantes de enfermería en 15 países de 3 continentes (Europa, Asia y América), entre 2010 y 2020, mostrando una gran diversidad en cuanto a su contenido, duración y herramientas para evaluar los resultados obtenidos. Concluyeron que las metodologías que se centran en la autorreflexión, la reflexión grupal, las discusiones de casos o la simulación, son especialmente útiles en la formación para brindar un cuidado espiritual. Asimismo, Jones

et al. (2021) realizaron una revisión sistemática sobre el contenido, los métodos de enseñanza y la eficacia de la formación en el cuidado espiritual para profesionales de la salud, encontrando 55 estudios (la mayoría a nivel europeo, aunque también incluían algunos norteamericanos y asiáticos) publicados entre 2010 y 2020, la mitad de los cuales se centraban en enfermeras o estudiantes de enfermería. Concluyeron que, aunque existía una amplia gama de contenidos y métodos de enseñanza para impartir formación en cuidado espiritual a los profesionales sanitarios, los más habituales eran las clases magistrales, la discusión en grupo, las actividades de autorreflexión sobre su propia espiritualidad y la oportunidad de practicar habilidades clínicas mediante role playing o simulación. Por último, Dewi et al. (2025) realizaron una revisión sistemática de la literatura para evaluar la efectividad de los programas de formación en cuidado espiritual para mejorar las competencias de los estudiantes de enfermería de pregrado, incluyendo 10 estudios publicados entre 2012 y 2024, con un total de 749 estudiantes de enfermería de Irán, Taiwán y Turquía. Concluyeron que éstos mejoran el desarrollo de la autoconciencia, la empatía y las habilidades de comunicación, y que los estudiantes que recibieron formación espiritual estructurada demostraron una mejor comprensión e implementación del cuidado espiritual en entornos clínicos.

Por otro lado, la formación de grado en enfermería en España se ajusta a las directrices establecidas por el Espacio Europeo de Educación Superior, la Directiva Europea de cualificaciones profesionales (UE, 2013) y la legislación nacional (Orden CIN/2134/2008), que establece la necesidad de rendir cuentas sobre su adquisición. Estas competencias parten de las grandes funciones establecidas para la profesión (asistencial, docente, investigadora y de gestión), que están contempladas tanto a nivel internacional, en la definición del Consejo Internacional de Enfermería (CIE, 2002), como a nivel nacional, en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Por ello, el estudiante de Grado en Enfermería debe adquirir una serie de competencias, las cuales pueden ser agrupadas en genéricas (26) y específicas (40). Entre las competencias específicas contempladas, se incluyen varias relacionadas con la espiritualidad o con el cuidado de la dimensión espiritual de la persona, a saber:

- I.1. Capacidad para trabajar en un contexto profesional, ético y de códigos reguladores y legales, reconociendo y respondiendo a dilemas y temas éticos o morales en la práctica diaria.

I.2. Capacidad para trabajar de una manera holística, tolerante, sin enjuiciamientos, cuidadosa y sensible, asegurando que los derechos, creencias y deseos de los diferentes individuos o grupos no se vean comprometidos.

I.3. Capacidad para educar, facilitar, apoyar y animar la salud, el bienestar y el confort de las poblaciones, comunidades, grupos e individuos cuyas vidas están afectadas por la mala salud, sufrimiento, enfermedad, incapacidad o la muerte.

II.7. Capacidad para emprender valoraciones exhaustivas y sistemáticas utilizando las herramientas y marcos adecuados para el paciente, teniendo en cuenta los factores físicos, sociales, culturales, psicológicos, espirituales y ambientales relevantes.

II.10. Capacidad para cuestionar, evaluar, interpretar y sintetizar críticamente un abanico de información y fuentes de datos que faciliten la elección del paciente.

II.11. Capacidad de hacer valer los juicios clínicos para asegurar que se alcanzan los estándares de calidad y que la práctica está basada en la evidencia.

V.27. Capacidad para permitir que los pacientes y sus cuidadores expresen sus preocupaciones e intereses, y que puedan responder adecuadamente. Por ej, emocional, social, psicológica, espiritual o físicamente.

Sin embargo, a pesar de lo anterior, y a la vista de lo revisado en los planes de estudio de las principales universidades que imparten los estudios de grado de enfermería en nuestro país, estas competencias no parecen encontrarse operativizadas o concretadas en resultados de aprendizaje medibles y objetivables.

Como conclusión, los hallazgos presentados subrayan que la formación específica supone un factor determinante para superar las barreras actitudinales y de conocimientos en el cuidado espiritual, tanto en los estudiantes como en los propios profesionales de enfermería. Si bien las metodologías basadas en la reflexión y la simulación han demostrado su eficacia para mejorar la autoconciencia y las habilidades clínicas, la falta de consenso en un modelo único y su escasa presencia en los currículos actuales (especialmente en el contexto español) suponen una barrera importante en el desarrollo de las competencias para el cuidado espiritual y del cuidado centrado en la persona. Por ello, es imperativo que la disciplina enfermera avance hacia una normalización académica que sitúe la espiritualidad no como un complemento opcional, sino como una competencia esencial y autónoma de la profesión.

## **JUSTIFICACIÓN**

El cuidado espiritual es un componente fundamental del cuidado de enfermería holístico y centrado en la persona. Además, recibir un cuidado espiritual competente es un derecho de los pacientes y sus familias, así como un deber de los profesionales (International Council of Nurses, 2021; WHO Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care & World Health Organization, 1990).

Aunque el cuidado de la dimensión espiritual no es específico de ninguna disciplina en concreto, los profesionales de la salud la sitúan en diferentes contextos y perspectivas de la práctica de enfermería (Mcsherry & Wright, 2024). De hecho, las enfermeras son probablemente las profesionales sanitarias mejor posicionadas para conectar con los pacientes que experimentan enfermedades y crisis personales, y esta conexión es precisamente la que sustenta la enfermería espiritualmente competente (Lombardi & Gusman, 2025; Rogers & Wattis, 2015).

Sin embargo, la capacidad de la enfermera para brindar cuidado espiritual suele verse desafiada por varios factores, entre los que se incluyen la falta de tiempo y de formación, la priorización de tareas clínicas, la falta de directrices institucionales, la confusión sobre el significado de la espiritualidad, el miedo a imponer las propias creencias a los demás y el considerar la dimensión espiritual de los pacientes como íntima y privada (Britt & Acton, 2021; Green et al., 2020; Hawthorne, 2020; Lombardi & Gusman, 2025). Por ello, las enfermeras, a menudo, se sienten poco preparadas o incapaces de abordar esta dimensión tan intangible, pero a la vez universal, de los pacientes a los que cuidan (De Diego-Cordero et al., 2023; Green et al., 2020).

Para poder llevar a cabo un cuidado espiritualmente competente, las enfermeras requieren, por un lado, competencias para el cuidado espiritual -es decir, un conjunto de actitudes, conocimientos y habilidades- y cualidades personales (por ejemplo, empatía y compasión) y, por otro, oportunidades en el entorno profesional, que dependen de la organización- por ejemplo, el tiempo necesario para desarrollar relaciones terapéuticas (Rogers & Wattis, 2015)-. También existen factores relacionados con las características del propio profesional (edad, formación académica y autopercepción) que influyen en la frecuencia y competencia del cuidado espiritual proporcionado (Baysal et al., 2024; Van Leeuwen & Schep-Akkerman, 2024).

Estudios recientes han mostrado algunos hallazgos preliminares sobre la relación de varios factores con la frecuencia y competencia del cuidado espiritual proporcionado por

las enfermeras. Estos factores incluyen, por un lado, las características demográficas y académicas de las enfermeras, como tener una mayor edad, el sexo femenino, tener mayor experiencia laboral y formación previa en el cuidado espiritual, y, por otro, sus características personales, como la autopercepción y comprensión de la propia espiritualidad/religiosidad, sus sistemas de creencias personales y sus actitudes hacia la muerte (Bush et al., 2023; Van Leeuwen & Schep-Akkerman, 2024; W. Wang et al., 2024; Z. Wang et al., 2022). Los estudios centrados en los estudiantes de enfermería han encontrado resultados similares (Al Qadire et al., 2024; Dewi et al., 2025; Z. Guo et al., 2022; Ross et al., 2018).

Aunque son numerosos los estudios internacionales que han investigado los factores que se relacionan con la competencia para el cuidado espiritual de los profesionales de enfermería y/o de los estudiantes de enfermería, la mayoría han adoptado un enfoque descriptivo o se han centrado en la relación bivariada entre cada una de las variables estudiadas y la competencia para el cuidado espiritual; además, ninguno ha sido realizado en el contexto español.

El currículo básico de la educación en enfermería en España refleja una limitación en cuanto a la integración de la espiritualidad/religiosidad y dimensión espiritual en el contenido de sus asignaturas. A pesar de que nuestro país se ha caracterizado a menudo por la presencia de una fuerte religiosidad tanto en la evolución histórica de la atención sanitaria y del cuidado enfermero, como en los aspectos político-culturales del país (Amezcu Martínez, 2019; Muñoz Devesa, 2019), la formación de grado de enfermería parece pasar por alto la importancia del cuidado espiritual en la disciplina. No obstante, dado que existen universidades de base religiosa entre las instituciones educativas de enfermería privadas en España, puede haber algunas diferencias en cómo estas instituciones incorporan la formación en el cuidado espiritual en su currículum, en comparación con aquellas no confesionales. Asimismo, en el contexto español, hay pocas experiencias que evalúen las competencias en cuidado espiritual de los estudiantes de enfermería, así como los factores asociados a su desarrollo. Esto puede deberse, en parte, a la ausencia de herramientas adaptadas y validadas para evaluar estas competencias. La escasa literatura existente se centra en estudios cualitativos y/o cuantitativos con instrumentos autodiseñados, reflejando que tanto estudiantes como profesionales informan de poca formación en cuidado espiritual (de Diego Cordero et al., 2019; de

Diego-Cordero et al., 2023; Domènech-Sorolla et al., 2025; Fernández-Pascual et al., 2020; Morillo Martín et al., 2017).

Los estudiantes de enfermería se convertirán en enfermeras registradas en un futuro cercano y brindarán cuidado espiritual en la práctica clínica. Por lo tanto, es esencial que puedan autoevaluar sus competencias para el cuidado espiritual y comprender los factores personales u organizacionales que pueden ser predictores de una mayor competencia para este cuidado, y así planificar intervenciones formativas encaminadas a mejorar dichas competencias y a las variables que influyen en las mismas, fomentando la calidad de la atención que la enfermería brinda a los pacientes. Más aún, implementar estrategias que contribuyan al desarrollo de la conciencia espiritual de los estudiantes mejoraría su inteligencia espiritual y reflexión crítica (Dewi et al., 2025). Por tanto, disponer de una herramienta para la autoevaluación, por parte de los estudiantes, de estas competencias para el cuidado espiritual, se constituye como el primer paso para la implementación de cualquier estrategia formativa en este sentido.

Así, el objetivo de la presente tesis es evaluar las competencias para el cuidado espiritual percibidas por los estudiantes de grado de enfermería en la Comunidad de Madrid, así como determinar la influencia de otros factores como la ansiedad ante la muerte, el sentido en la vida, la religiosidad y la resiliencia en un mayor desarrollo de dichas competencias, utilizando un análisis de regresión lineal múltiple para determinar el poder predictivo del modelo resultante.

Previamente, para la evaluación de dichas competencias, y teniendo en cuenta la visión más actual e integral de las competencias para el cuidado espiritual incluida en la herramienta EPICC Spiritual Care Competency Self-Assessment Tool for student nurses and midwives (Giske et al., 2023), así como su validación en diferentes contextos culturales (inglés, noruego, turco, persa, portugués, italiano y esloveno) se ha procedido a la realización de un estudio para traducirla, adaptarla culturalmente y validarla en el contexto español, y así disponer del primer instrumento para la autoevaluación de las competencias para el cuidado espiritual en estudiantes del grado de enfermería a nivel nacional.

Evaluar las competencias para el cuidado espiritual en estudiantes de enfermería y determinar qué variables la predicen o están relacionadas, es importante para garantizar la preparación y formación de los futuros enfermeros en espiritualidad y en el cuidado de

## Justificación

la dimensión espiritual. Esto supone un elemento fundamental del cuidado holístico, así como para organizar la formación universitaria que mejore sus conocimientos y prácticas de cuidado espiritual e incluirlo en los planes de cuidados de enfermería. Además, disponer de una herramienta traducida y validada al español y a varios idiomas, permitiría evaluar las diferencias en las competencias espirituales entre los estudiantes de distintos países, lo que representaría una ventaja para la estandarización del cuidado espiritual y un beneficio para el contexto enfermero internacional.

**ESTUDIO I**

**Adaptación y**

**Validación de la escala “EPICC Spiritual Care  
Competency Self-Assessment Tool for student nurses  
and midwives” en estudiantes de enfermería de la  
Comunidad de Madrid**

**Nota:** este estudio ha sido publicado en la revista *Nurse Education in Practice* en julio de 2025. Suquet, T., Martínez-Gimeno, M. L., Jódar, R., Mc Sherry, W., Ribeiro, A. S., & Zulueta-Egea, M. (2025). Validation of the Spanish version of the EPICC spiritual care competency self-assessment tool for student nurses. *Nurse Education in Practice*, 86, 104395. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2025.104395>. JCR Q1D1 (Anexo I)

## 1. Objetivos

### Objetivo principal

Adaptar y validar la escala “EPICC Spiritual Care Competency Self-Assessment Tool for student nurses and midwives” en estudiantes de grado de enfermería españoles.

### Objetivos secundarios

- Traducir y adaptar culturalmente la escala “EPICC Spiritual Care Competency Self-Assessment Tool for student nurses and midwives” en estudiantes de enfermería españoles.
- Evaluar las propiedades psicométricas de la escala en su versión española.

## 2. Método

Diseño metodológico de validación de instrumentos mediante un estudio transversal, que ha incluido tres procedimientos: (1) la traducción al español, (2) la adaptación cultural a través de un panel de expertos y una prueba piloto con muestra reducida y (3) la evaluación de las propiedades psicométricas de la escala traducida y adaptada.

### 2.1 Traducción al español

En primer lugar, se llevó a cabo el proceso de traducción de la escala original de acuerdo con el procedimiento estándar propuesto por Wild et al. (2005), basado en las Recomendaciones de Buenas Prácticas de la Sociedad Profesional de Economía de la Salud e Investigación de Resultados (ISPOR, por sus siglas en inglés), cuyos pasos se describen a continuación:

1. Preparación: antes de comenzar el trabajo de traducción, se obtuvo el permiso de uno de los autores de la versión original de la herramienta (Wilfred Mc Sherry), para su traducción y validación al contexto español, involucrándolo en el proceso de traducción.
2. Traducción al español: se realizaron dos traducciones de la versión original, de forma independiente por dos traductores bilingües en inglés, cuya primera lengua era el español.
3. Reconciliación entre las dos traducciones desarrolladas por los traductores: se llevó a cabo por un panel de traducción compuesto por el investigador principal

- (IP) y los dos traductores. El objetivo fue llegar a un consenso sobre la redacción de la escala traducida para lograr una versión coherente y armonizada de la misma.
4. Retro traducción: se realizó una retro traducción al idioma original (inglés) por otros dos traductores bilingües en español, cuya primera lengua era el inglés británico, para asegurar que la escala recién traducida al español representaba una traducción precisa de la escala original. Tras realizar la retro traducción, ambos traductores se reunieron, junto con el IP, para llegar a un consenso sobre la versión final retro traducida al inglés, y posteriormente se envió al autor original de nuevo, para su aprobación.
  5. Revisión y armonización de la retro traducción: el investigador principal junto con los traductores y participantes en ambas rondas realizaron una comparación de la versión retro traducida al inglés con la versión original, para asegurar la equivalencia semántica y conceptual.
  6. Debriefing cognitivo: este paso implicó asegurar que la escala traducida al español fuera comprensible para la población específica en la que iba a ser administrada. Para ello, se enviaron ambas versiones (inglés y español) a 8 profesionales de enfermería españoles y bilingües en inglés con conocimientos en la materia. Se les pidió que evaluaran si la versión española del cuestionario era fácil de entender, si estaba adaptada al contexto español y si podía ser utilizada en España para el mismo constructo que la versión original.
  7. Lectura final para corrección: el investigador principal llevó a cabo una revisión final de la escala, como paso de control de calidad final para asegurar la corrección de cualquier error menor en el lenguaje (ortografía, gramática, etc.) antes de la aprobación oficial de la escala traducida para su administración a la población de estudio.

El equipo investigador se reunió tras la lectura final y elaboró la versión preliminar de la escala en español (en adelante, EPICC\_spa\_v1, Anexo II).

## 2.2 Adaptación cultural y validez del contenido de la EPICC\_spa\_v1 a través de un panel de expertos y prueba piloto

Para la adaptación cultural y la evaluación de la validez del contenido de la escala traducida, se utilizó una metodología basada en un panel de expertos y una prueba piloto con muestra representativa, con el objetivo de validar el contenido de los ítems de la EPICC\_spa\_v.1

### Panel de expertos

Para la selección del grupo de expertos se consideraron los siguientes criterios: ámbito profesional (enfermería, medicina, psicología, teología), experiencia profesional en el ámbito de los cuidados y formación en espiritualidad.

Respecto a la dinámica de trabajo con el panel de expertos, inicialmente, se estableció una reunión online con todo el grupo para informarles del objetivo del estudio y de la finalidad del panel de expertos. Posteriormente, se elaboró un formulario online donde se incluyeron todos los ítems de la escala original traducidos y se les envió un enlace para acceder a la escala, junto con las instrucciones generales para su cumplimentación (Anexo III). Asimismo, se aseguró el proceso iterativo, el anonimato de los miembros del grupo (asignándoles un código numérico a cada uno) y el feedback controlado. Se les pidió que evaluaran la relevancia de los ítems del cuestionario, otorgando una puntuación de 1-4 (1= *no relevante* y 4= *muy relevante*). Además, se añadió un apartado de texto libre para cada ítem, donde debían indicar sus observaciones respecto a la comprensión del ítem en sí y otras apreciaciones que consideraran pertinentes añadir.

Las respuestas del panel de expertos sobre los ítems de la EPICC\_spa\_v1 se resumieron y organizaron para su presentación a los miembros del equipo investigador. En primer lugar, se identificaron las principales áreas de mejora de los ítems que se debían modificar por falta de concreción y/o comprensión. Después se calculó el Índice de Validez de Contenido (IVC) de la EPICC\_spa\_v1 (Polit & Beck, 2006) tanto en global como para cada ítem.

### Estudio piloto

Posteriormente, se llevó a cabo un estudio piloto con el objetivo de evaluar el buen ajuste de la escala EPICC\_spa\_v1, en una muestra reducida de la población diana (n=83 estudiantes de 2º y 3º grado de enfermería de una de las escuelas de enfermería de fácil acceso por parte del investigador).

Los objetivos específicos de este estudio piloto fueron, por un lado, recoger “in situ” las dificultades de las personas que realizan la prueba y asegurarse de que los ítems e instrucciones eran correctamente comprendidos; y, por el otro, registrar el tiempo necesario para la realización del cuestionario y corregir posibles errores de contenido o formato antes de pasar a la fase operacional.

Para ello se facilitó a los estudiantes de ambos cursos, seleccionados mediante muestreo consecutivo, la escala EPICC\_spa v1 a través de un cuestionario online diseñado en la plataforma REDcap®.

### **Análisis de datos**

Con las respuestas obtenidas por el panel de expertos se calculó el índice de validez de contenido para cada ítem individualmente (I-CVI) y para el total de la escala (Lynn, 1986; Polit et al., 2007; Polit & Beck, 2006) junto al índice kappa modificado ( $K^*$ ) (Streiner & Norman, 2008), para controlar la concordancia atribuible al azar. También se calculó el I-CVI promedio para la escala y de cada una de las dimensiones.

El índice de Validez de Contenido (CVI) se calculó dividiendo el número de expertos que otorgan una puntuación entre 3 y 4 al ítem, por el total de expertos.

La probabilidad de acuerdo por azar ( $p_c$ ) se calculó mediante la siguiente fórmula:

$$p_c = \left[ \frac{[N!]}{[A! (N - A)!]} \right] \times 0,5^N$$

Dónde: N= número de expertos; A=número de acuerdos de buena relevancia (puntuaciones 3 y 4).

El Coeficiente Kappa modificado ( $K^*$ ) designa la proporción de acuerdo sobre la relevancia del ítem y se calcula mediante la siguiente fórmula:

$$K^* = \frac{CVI - P_c}{1 - P_c}$$

Los criterios de evaluación para los valores de K\* fueron los siguientes:

Valor Kappa	Grado de concordancia
0.81-1.00	Excelente
0.61-0.80	Bueno
0.41-0.60	Moderado
0.21-0.40	Ligero
< 0.20	Malo

Por otro lado, se realizó un análisis cualitativo de las respuestas obtenidas en la prueba piloto, que incluyó las dificultades de comprensión de los ítems, así como la media del tiempo necesario para su cumplimentación.

Como resultado de lo anterior, surgió una segunda versión del instrumento (en adelante, EPICC\_spa\_v2, Anexo II) para ser administrada a la población del estudio II, con el fin de evaluar sus propiedades psicométricas.

### 2.3 Evaluación de las propiedades psicométricas de la EPICC\_spa\_v2

La evaluación de las propiedades psicométricas de la EPICC\_spa\_v2, realizada en la población del estudio II, se ha llevado a cabo según las directrices publicadas por Boateng et al. (2018) y revisadas por Koenig y Al Zaben (2021), incluyendo el análisis de la estructura factorial y de la dimensionalidad, así como la fiabilidad y la validez de constructo.

#### Ámbito y Población de estudio

Estudiantes de grado en enfermería de las 13 escuelas/facultades de grado en enfermería de la Comunidad de Madrid que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: estar cursando 1º o 4º año del grado y hablar el idioma español. Y como criterio de exclusión se estableció que fueran estudiantes extranjeros (incoming) que estuvieran en el centro solo para realizar una estancia ERASMUS.

#### Tamaño muestral y tipo de muestreo

Para analizar la validez de constructo mediante el análisis factorial de la versión traducida y adaptada al español de la Escala EPICC, se recomienda que el tamaño de la muestra sea al menos 5-10 veces el número de ítems de la escala (Devellis, 2016). Dado que el instrumento analizado estaba compuesto por 28 ítems, se necesitaba un tamaño de muestra entre 280 y 350 estudiantes. Una vez reclutadas las escuelas/facultades, para

seleccionar la muestra de estudiantes participantes que cumplieran los criterios de inclusión se realizó un muestreo no probabilístico de conveniencia.

### **Recogida de datos**

Se realizaron reuniones con las 13 escuelas colaboradoras para explicar y homogeneizar el procedimiento de recogida de datos, y cada centro designó a un profesor como investigador colaborador del proyecto que se encargaría de reclutar la muestra. El investigador colaborador de cada universidad participante reclutó a los estudiantes de su centro que deseaban participar en el estudio y cumplían con los criterios de selección. Tras dicho reclutamiento se procedió a la recogida de datos de los sujetos de estudio, a través de un cuestionario online diseñado en la plataforma REDcap®. El equipo investigador trasladó a cada investigador colaborador de cada universidad el enlace al cuestionario, así como el QR para su acceso:

<https://redcap.link/competenciascuidadoespiritual>



La recogida de datos comenzó el 2 de febrero de 2024 y finalizó el 30 de mayo del mismo año.

### **Consideraciones éticas**

Este proyecto fue presentado para su valoración al Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Pontificia Comillas, obteniendo su aprobación con fecha 28 de agosto del 2023 (Anexo IV).

Respecto a las consideraciones éticas a contemplar, se centran en que todos los participantes recibieron información verbal y escrita sobre el proyecto (objetivo, metodología del estudio, contacto con los investigadores principales y agradecimiento por la participación) y firmaron el consentimiento informado (Anexo V). Asimismo, en todo momento se ha mantenido el derecho a la autodeterminación, intimidad y confidencialidad de los participantes.

Toda la información relacionada con el estudio es estrictamente confidencial y tratada de acuerdo con el Reglamento Europeo 2016/679 del 27 de abril del 2016 y la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Además, el investigador principal declara que no hay conflictos de interés.

## **Análisis de datos**

Para el análisis de la estructura factorial de la escala, en primer lugar, se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio del modelo de la escala original compuesto por los 28 ítems, con el conjunto de la muestra, usando máxima verosimilitud robusta como método de estimación y se realizó una rotación oblimin (Sass & Schmitt, 2010; Smith, 2012). Ante la falta de ajuste, utilizando el software IBM SPSS statistics versión 28.0.1.1 (14) (IBM Corp., 2021) para crear muestras aleatorias de aproximadamente el 50% de los casos, los participantes se dividieron en dos submuestras, para realizar un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) con el primer grupo y un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) con el segundo.

Así, con la primera muestra se realizaron AFE secuenciales partiendo del conjunto de los ítems. Cada AFE parte de la estimación del número de factores a través del análisis paralelo. El objetivo fue ir reduciendo el número de ítems, seleccionando los ítems que mejor ejemplifican cada dimensión, sin mostrar relación con los demás factores, considerando aceptables saturaciones superiores a .40 en el factor, e inferiores a .30 en el resto de los factores, y los ítems con cargas factoriales o coeficientes de pendiente inferiores a .30 se consideraron inadecuados, ya que contribuyen con una variación del <10% del constructo latente medido (Boateng et al., 2018). Se tuvo en cuenta la contribución de cada ítem a la fiabilidad de su dimensión, y la significación estadística de su saturación, eliminando un ítem en cada análisis, para proceder a un nuevo AFE, hasta alcanzar una solución adecuada.

Posteriormente, en la segunda muestra, se repitieron los análisis factoriales confirmatorios explorando el modelo factorial obtenido previamente, comprobando la estructura factorial de un factor, la estructura de dos factores, y la estructura bifactor con dos factores independientes entre sí, e independientes a un factor global que explica también las variables observadas. El modelado bifactorial, también conocido como modelado factorial anidado, es una forma de teoría de la respuesta a ítems utilizada para probar la dimensionalidad de una escala (Reise et al., 2007). Este método puede usarse cuando la estructura factorial hipotetizada del modelo anterior produce dimensiones parcialmente superpuestas, de modo que se podría ver la mayoría de los elementos cargando sobre un factor y algunos elementos cargando sobre un segundo y/o un tercer factor. El modelo bifactor permite estimar un constructo unidimensional, reconociendo a la vez su multidimensionalidad (Gibbons & Hedeker, 1992). El modelo bifactor asume

el constructo pueden estar asociados a más de una fuente de varianza de puntuación verdadera (Morin et al., 2016). El primero es un factor latente general que subyace a todos los elementos de la escala y el segundo, un factor de grupo (subescala). Este enfoque permite examinar cualquier distorsión que pueda ocurrir cuando los modelos de TRI (Teoría de Respuesta al Ítem, o “Item Response Theory” en inglés) unidimensionales se ajustan a datos multidimensionales (Gibbons & Hedeker, 1992; Reise et al., 2010). Para determinar si un constructo debe conservarse como unidimensional o multidimensional, se comparan las cargas factoriales del factor general con las de los factores de grupo. Cuando las cargas de factores sobre el factor general son significativamente mayores que los factores de grupo, se establece una escala unidimensional.

Para ambos estudios factoriales, las medidas de ajuste elegidas fueron: el estadístico  $\chi^2$ , la relación chi-cuadrado ( $\chi^2/df$ ), el índice de ajuste comparativo (CFI), el índice de Tucker-Lewis (TLI), la aproximación del error cuadrático medio (RMSEA) y el residuo cuadrático medio estandarizado (SRMR). El criterio de corte para la relación  $\chi^2/df$  fue de  $\leq 3$ ; para el CFI y el TLI, fue de  $\geq .95$ ; para el RMSEA, fue de  $\leq .05$ ; y para el SRMR, fue de  $< .8$  (L. Hu & Bentler, 1999).

Para la estructura bifactor se calculó el Omega jerárquico de la escala en su conjunto, que revela la proporción de varianza de las puntuaciones totales que puede ser atribuida a un factor general único. De la misma forma, el omega jerárquico de cada subescala es un índice que refleja la fiabilidad de una puntuación de una subescala, una vez controlada la varianza debida al factor general. El valor ECV (varianza común explicada, por sus siglas en inglés), ofrece información acerca de si la medida se puede considerar unidimensional, ofreciendo la proporción de varianza común que es explicada por un factor global. Cuanto más alto es el omega jerárquico y mayor el ECV mayor unidimensionalidad se deduce en el modelo bifactor (Tang et al., 2014), y valores superiores a .80 suelen considerarse como indicadores de unidimensionalidad. La proporción entre el omega jerárquico y el omega ofrece el porcentaje de varianza común atribuible al factor (también llamada porcentaje de varianza fiable). El indicador Factor Determinacy (FD) expresa la correlación de la puntuación del factor con el factor latente. Se recomienda un  $FD > .90$  para poder considerar las estimaciones de las puntuaciones del factor (Gorsuch, 1983). El factor H revela si la variable latente está bien definida por los ítems, y si por tanto se espera que no varíe a lo largo de diferentes estudios. Se suele usar un punto de corte de .70 (Hancock & Mueller, 2001).

Por último, se calculó la varianza común explicada de cada ítem (I-ECV), que ofrece el porcentaje de varianza de cada ítem atribuible al factor global. Se suele ofrecer .80 o .85 como punto de corte para seleccionar los ítems que midan el factor global (Stucky et al., 2013).

El análisis factorial exploratorio y confirmatorio se realizó con el programa Mplus versión 8.4 y se empleó R (R Core Team, 2020), con el paquete “BifactorIndicesCalculator” (Dueber, 2019), para calcular los índices del modelo bifactor.

Tras el análisis factorial exploratorio y confirmatorio de la EPICC\_spa\_v2, se obtuvo una tercera versión de la escala, compuesta por 16 ítems y dos dimensiones, denominada EPICC\_spa\_v.final (en adelante, EPICC\_spa, Anexo VI), la cual se sometió a la evaluación de su fiabilidad y de su validez de constructo, así como a un análisis descriptivo y correlacional de los ítems.

El análisis de los ítems se centró en la evaluación de los resultados mediante estadística descriptiva, por un lado, (Media (M), Desviación Estándar (DE), asimetría y curtosis), y posteriormente se analizó la correlación ajustada ítem-total de la escala para comprobar la inconsistencia. El análisis de esta correlación examina la correlación entre el ítem y la suma de los demás ítems excluyéndose a sí mismo. Los ítems con correlaciones ajustadas muy bajas entre el total de ítems ( $< .30$ ) son menos deseables y podrían ser una señal para una posible eliminación de la escala tentativa.

La fiabilidad de una escala es el grado de consistencia que se observa cuando se repite una medición bajo condiciones idénticas. Se han desarrollado varias estadísticas estándar para evaluar la fiabilidad de una escala, las más utilizadas son el  $\alpha$  de Cronbach y el Omega de Mc Donald's, que miden la consistencia interna de los ítems (es decir, el grado en que el conjunto de ítems de la escala varía en relación con su puntuación sumada) y la fiabilidad test-retest, también conocida como coeficiente de estabilidad, que se utiliza para evaluar el grado en que el rendimiento de los participantes es repetible, es decir, cuán consistentes son sus puntuaciones sumadas a lo largo del tiempo. La consistencia interna se evaluó mediante el cálculo del coeficiente  $\alpha$  de Cronbach y Omega de Mc Donald's. Una fiabilidad de .90 es el umbral mínimo recomendado que debe tolerarse, mientras que una fiabilidad de .95 debería ser el estándar deseable (Boateng et al., 2018). Para evaluar la fiabilidad test-retest, se reenvió el cuestionario a la muestra total de los estudiantes de la muestra inicial, aproximadamente un mes después del primer envío, y se evaluó

mediante el coeficiente de correlación intraclase, cuyos valores superiores a .70 se consideran aceptables (Shrout & Fleiss, 1979).

La validez de constructo es el "grado en que un instrumento evalúa un constructo determinado y está asociado con evidencia que mide otros constructos en ese dominio y mide criterios específicos del mundo real" (Boateng et al., 2018, p. 14). Cuatro indicadores de validez de constructo son relevantes para el desarrollo de escalas: validez convergente, validez discriminante, diferenciación por grupos conocidos y análisis de correlación. En este estudio, la validez de constructo se evaluó mediante la validez convergente y la diferenciación entre grupos conocidos. La validez convergente es "el grado en que las puntuaciones en un instrumento estudiado están relacionadas con medidas de otros constructos que, desde el punto de vista teórico, pueden esperarse que sean cercanos a los que accede este instrumento" (Boateng et al., 2018, p. 14), y se comprobó evaluando la correlación (Spearman) entre la puntuación de la EPICC\_spa\_v.final y las puntuaciones en las escalas de resiliencia [Brief Resilient Coping Scale, BRCS, Limonero et al. (2010)] y de significado de la vida [Meaning in Life Questionnaire, MLQ, Steger et al., (2008)], utilizadas para el estudio II. Para la interpretación de la correlación de Spearman,  $r > .5$  se considera fuerte,  $r$  entre .3 y .5 como correlación moderada,  $r$  entre .2 y .3 como correlación débil y  $r < .2$  como correlación insignificante o nula. La diferenciación o comparación entre grupos conocidos examina la distribución de una puntuación de escala recién desarrollada sobre elementos binarios conocidos, para examinar si el concepto medido se comporta como se espera en relación con los "grupos conocidos", y se comprobó mediante dos asunciones: se esperaba que los estudiantes de cuarto año tuvieran puntuaciones más altas en la EPICC\_spa que los estudiantes de primer año y que los estudiantes con formación en cuidado espiritual obtuvieran puntuaciones más elevadas que aquellos que no la tenían (prueba U de Mann Whitney).

### 3. Resultados

#### 3.1. Traducción al español

En el proceso de traducción y retro traducción de la escala original no existieron grandes discrepancias en las versiones resultantes. Se realizaron cambios menores en la definición de espiritualidad y cuidado espiritual iniciales, y en algunos términos de los ítems 12, 18 y 25. Por ejemplo, se cambió el término “atención espiritual” por “cuidado espiritual”, “accesible” por “cercano” y “herramienta” por “escala” (EPICC\_spa\_v1, Anexo II)

#### 3.2. Adaptación cultural y validación del contenido de la EPICC\_spa\_v1 a través de panel de expertos y prueba piloto

El panel de expertos estuvo formado por un total de 11 participantes, de los cuales cinco eran enfermeros (uno relacionado con el ámbito de los cuidados paliativos y cuatro docentes e investigadores del ámbito de la espiritualidad), dos psicólogos del ámbito de la oncología y los cuidados paliativos, un médico y teólogo, un médico de cuidados paliativos, y dos capellanes de hospital. En la tabla I se describen sus perfiles.

**Tabla I.**

*Descripción del panel de expertos (n=11)*

Perfil	Sexo	Formación	Puesto actual
Enfermero asistencial cuidados paliativos	M	Grado en Enfermería	Enfermera Unidad Cuidados Paliativos
Enfermero/docente/investigador	H	Grado en enfermería. Doctorado en enfermería	Profesor adjunto Facultad de Enfermería
Enfermero/docente/investigador ámbito espiritualidad	M	Grado Antropología Social y Cultural. Diplomatura en enfermería Doctorado en sociología	Profesora Titular Facultad de Enfermería
Enfermero/docente/investigador ámbito espiritualidad	M	Grado en Enfermería Máster Universitario en Humanidades Doctorado en enfermería	Profesor Asociado Facultad de Enfermería
Enfermero/docente/investigador	M	Grado en enfermería Doctorado en enfermería	Profesora Titular Facultad de Enfermería

## Estudio I

Psicólogo cuidados paliativos	H	Grado en psicología Licenciado en teología Máster en Counselling, Duelo y Cuidados Paliativos Posgrado en Pastoral de la Salud	Asistente Espiritual Profesor en el Centro de FP
Psicólogo ámbito psicooncología y cuidados paliativos	M	Grado en psicología.	Profesora asociada Facultad Psicología
Médico y teólogo	M	Licenciada en Medicina y Cirugía Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Bioética. Doctora en teología.	Profesora asociada Cátedra de Bioética
Médico en cuidados paliativos	H	Licenciado en Medicina y Cirugía Postgrado en Cuidados Paliativos Máster en Medicina Paliativa	Coordinador Servicio de Cuidados Paliativos Director del Equipo de atención Psicosocial
Capellán hospital	H	Diplomado en Ciencias religiosas	Capellán de hospital
Capellán hospital	H	Ingeniero industrial Licenciado en Ciencias Religiosas Máster en Counselling	Subdelegado de Pastoral de la Salud Profesor Capellán de hospital

### Índice de validez de contenido (IVC)

El IVC por competencias fue de .91 para la "Competencia 1. Espiritualidad intrapersonal", de .95 para la "Competencia 2. Espiritualidad interpersonal", de .88 para la "Competencia 3. Cuidado espiritual: valoración y planificación", y de .95 para la "Competencia 4. Cuidado espiritual: intervención y evaluación". La validez de contenido de la escala global fue de .92.

La media del Coeficiente Kappa modificado para toda la escala fue de .92; y de .91, .95, .87 y de .95 para las competencias 1, 2, 3 y 4, respectivamente (Tabla II).

**Tabla II.***Índice de Validez de Contenido para la encuesta global y por factores o dimensiones*

	S-IVC	k*	Criterios Evaluación K*
Espiritualidad INTRApersonal	.91	.91	Excelente
Espiritualidad INTERpersonal	.95	.95	Excelente
Cuidado espiritual: valoración y planificación	.88	.87	Excelente
Cuidado espiritual: intervención y evaluación	.95	.95	Excelente
Encuesta global	.92	.92	Excelente

I-CVI: Índice de Validez de Contenido (CVI) para los ítems; pc: probabilidad de acuerdo por azar;  
k\*: coeficiente kappa modificado obtenido por los acuerdos de relevancia

En la tabla III se muestran los resultados del IVC por cada ítem según las secciones del cuestionario. El cuestionario original constaba de 28 preguntas. Tres de los ítems obtuvieron una valoración buena (K\* .61- .8) (P18. “Soy capaz de controlar y de lidiar con las emociones adecuadamente”; P19. “Me muestro abierto/a, cercano/a y sin prejuicios” y P.20. “Estoy dispuesto/a lidiar con las emociones”) y el resto excelente (25 ítems con un K\*>.81).

### **Prueba piloto con muestra representativa**

Para evaluar la adecuada comprensión del cuestionario se realizó un estudio piloto con una muestra reducida (pre-test), en el que participaron un total de 57 estudiantes de segundo y tercer curso de grado de enfermería (para no elegir la misma muestra que la del estudio transversal posterior), y se confirmó la ausencia de dificultades en la comprensión de las instrucciones y de los ítems, así como de errores de contenido o formato en el cuestionario online. También se midió el tiempo de respuesta del cuestionario completo, siendo de unos 10 minutos aproximadamente.

Estudio I

**TABLA III.**

*Índice de Validez de Contenido para cada ítem*

ÍTEM Experto	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	I-CVI	pc	k*	Criterios Evaluación K*
P_1	4	3	4	4	4	3	4	4	4	2	4	.91	.005	.91	Excelente
P_2	4	3	3	3	4	4	3	4	4	3	3	1.00	.000	1.00	Excelente
P_3	4	2	4	3	3	3	4	4	4	4	4	.91	.005	.91	Excelente
P_4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	2	3	.91	.005	.91	Excelente
P_5	4	4	4	3	4	2	3	4	4	1	3	.82	.027	.81	Excelente
P_6	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	3	1.00	.000	1.00	Excelente
P_7	2	4	4	3	4	4	4	4	2	3	4	.82	.027	.81	Excelente
P_8	4	3	3	3	4	4	3	4	4	2	4	.91	.005	.91	Excelente
P_9	4	3	4	3	4	4	3	4	4	4	3	1.00	.000	1.00	Excelente
P_10	2	4	4	3	4	4	4	4	4	3	3	.91	.005	.91	Excelente
P_11	4	3	3	3	4	3	3	4	3	3	4	1.00	.000	1.00	Excelente
P_12	4	4	3	3	4	2	4	4	4	3	4	.91	.005	.91	Excelente
P_13	4	3	4	4	4	4	4	4	4	2	4	.91	.005	.91	Excelente
P_14	3	3	3	3	4	4	3	4	4	3	3	1.00	.000	1.00	Excelente
P_15	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	3	1.00	.000	1.00	Excelente
P_16	4	3	4	4	3	2	4	4	4	3	4	.91	.005	.91	Excelente
P_17	4	3	3	4	4	4	4	4	4	3	3	1.00	.000	1.00	Excelente
P_18	2	3	3	3	4	2	3	3	1	3	4	.73	.081	.70	Buena
P_19	2	3	4	2	3	2	4	3	4	3	4	.73	.081	.70	Buena
P_20	3	3	4	2	4	3	4	3	1	2	4	.73	.081	.70	Buena
P_21	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	1.00	.000	1.00	Excelente
P_22	4	3	2	4	3	4	4	4	4	3	3	.91	.005	.91	Excelente
P_23	3	3	3	4	4	3	4	4	4	3	3	1.00	.000	1.00	Excelente
P_24	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3	1.00	.000	1.00	Excelente
P_25	4	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3	1.00	.000	1.00	Excelente
P_26	2	4	4	3	4	3	4	4	4	3	3	.91	.005	.91	Excelente
P_27	4	4	4	4	4	2	4	4	4	3	3	.91	.005	.91	Excelente
P_28	3	4	4	3	4	4	3	4	1	3	4	.91	.005	.91	Excelente

I-CVI: Índice de Validez de Contenido (CVI) para los ítems; pc: probabilidad de acuerdo por azar; k\*: coeficiente kappa modificado obtenido por los acuerdos de relevancia

### 3.3. Evaluación de las propiedades psicométricas de la escala EPICC\_spa\_v2

La muestra final fue de 642 estudiantes, alcanzando un 183% del tamaño muestral calculado ( $n=350$ ). De ellos, un 85.8% (551) eran mujeres y el 90.3% (622) tenía menos de 30 años, con una edad media de 22.16 años ( $DE=5$ ). Asimismo, el 67.6% (434) cursaba el primer año de estudios y el 32.4% (208) cursaba el cuarto año. Por último, el 24.9% (160) de los estudiantes declaró tener algún tipo de formación en el cuidado espiritual, con diferencias entre primero y cuarto (15.5% de los estudiantes de primero vs el 44.7% de los estudiantes de cuarto). Ésta es la misma muestra que la del estudio II, por lo que el resto de sus variables personales se describirán en profundidad posteriormente, dado que su análisis no era objeto de este primer estudio.

El Análisis Factorial Confirmatorio se realizó con la muestra completa ( $n=642$ ) y mostró que el modelo de cuatro factores original no alcanzó niveles adecuados de ajuste ( $\chi^2(344) = 2527,3$ ,  $p < .001$ ,  $\chi^2/df = 7.3$ ,  $CFI = .681$ ;  $TLI = .649$ ;  $RSMEA = .100$  95% IC = (.096-.103),  $SRMR = .103$ ), por lo que se procedió a realizar un Análisis Factorial Exploratorio con una primera mitad de la muestra y un Análisis Factorial Exploratorio con la segunda mitad.

**Análisis factorial exploratorio ( $n=321$ , muestra 1):** Un análisis paralelo inicial indicó que extraer tres factores era más apropiado que los cuatro propuestos en la escala original. Varios ítems no cargaban fuertemente en un solo factor. Por ello, los ítems fueron eliminados gradualmente y se realizaron análisis paralelos y AFE repetidamente, examinando la matriz de carga de factores, aplicando los criterios de saturación establecidos, así como los criterios de  $\alpha$  de Cronbach (según el incremento si se elimina un elemento). Tras varias iteraciones (Anexo VII), se logró una solución parsimoniosa de 16 ítems en esta primera fase, convergiendo en torno a dos factores, de 6 y 10 ítems cada uno (Tabla IV), con adecuados índices de consistencia interna (.89 y .89, para los factores 1 y 2, respectivamente). Analizando el contenido de los ítems de ambos factores, se concluyó que el factor 1 incluía aquellos ítems relacionados con las actitudes o la predisposición para proporcionar un cuidado espiritual (ítems 7, 9, 10, 12, 19, 20, 21, 26, 27 y 28), como pueden ser la apertura o la disposición para trabajar con otros profesionales, mientras que el factor 2 incluía aquellos ítems más relacionados con las habilidades o los conocimientos para proporcionar un cuidado espiritual profesional (ítems 14, 21, 16, 22, 23 y 25).

**Tabla IV.** Cargas factoriales de los ítems del cuestionario original EPICC (n=321).

Ítem original	Ítem traducido	Factor 1	Factor 2
IntraAttid2	7 Estoy abierta/o a las diversas expresiones de espiritualidad de las personas y las respeto	<b>.567*</b>	-.032
InterKnow2	9 Soy consciente de las diferentes visiones/concepciones del mundo y de lo trascendente, y de cómo pueden influir en las respuestas de la persona ante acontecimientos vitales clave.	<b>.593*</b>	.044
InterSkill	10 Reconozco que la vivencia de la dimensión espiritual de cada persona es única	<b>.560*</b>	.009
InterAttid1	12 Me considero/demuestro ser una persona de confianza, accesible, cercana y respetuosa con las expresiones de la espiritualidad de las personas y sus diferentes visiones del mundo y de lo trascendente	<b>.639*</b>	.002
AssPlAttid1	19 Me muestro próximo/a, cercano/a y sin prejuicios	<b>.762*</b>	-.062
AssPlAttid2	20 Estoy dispuesto/a a trabajar con las emociones de las personas a las que atiendo	<b>.828*</b>	-.114*
IntEvalKnow1	21 Comprendo el concepto de compasión y presencia, así como su importancia en el cuidado espiritual	<b>.602*</b>	.254*
IntEvalAttid1	26 Soy capaz de mostrar presencia y compasión ante las necesidades de las personas	<b>.735*</b>	.044
IntEvalAttid2	27 Estoy dispuesto/a a colaborar con y derivar a otros profesionales (sanitarios o no sanitarios) el cuidado espiritual	<b>.666*</b>	.099*
IntEvalAttid3	28 Soy acogedor/a y tolerante, muestro empatía, apertura, humildad profesional y confianza para buscar apoyo espiritual adicional	<b>.769*</b>	.010
AssPIKnow2	14 Conozco los diferentes enfoques que existen para llevar a cabo una evaluación espiritual	-.068*	<b>.845*</b>
AssPIKnow3	21 Comprendo el papel de otros profesionales en el cuidado espiritual	.193*	<b>.560*</b>

Estudio I

Ítem original	Ítem traducido		Factor 1	Factor 2
AssPISkil1	16	Sé utilizar las herramientas de evaluación espiritual para identificar las necesidades y recursos espirituales de la persona	-.056	<b>.822*</b>
IntEvalKnow2	22	Sé cómo responder adecuadamente a las necesidades y recursos espirituales identificados	.206*	<b>.671*</b>
IntEvalKnow3	23	Conozco cómo evaluar si se han cubierto las necesidades espirituales	-.067*	<b>.843*</b>
IntEvalSkil2	25	Evalúo y registro los aspectos personales, profesionales y organizativos del cuidado espiritual, y reevalúo adecuadamente	.098*	<b>.721*</b>

\* p <.05

**Análisis factorial confirmatorio (n=321, muestra 2):** El modelo de 1 factor y el de 2 factores no lograron indicadores adecuados, aunque el modelo de 2 factores ajustó mejor que el de 1 factor ( $\Delta\chi^2(1)=524.1$ ,  $p<.001$ ), pero sin llegar a niveles del todo adecuados. El modelo bifactor logra un ajuste suficiente, aunque con valores de RMSEA insuficientes (.066) (tabla V).

**Tabla V.**

*Valores de los ajustes factoriales confirmatorios de la EPICC (n=321)*

Modelo	Ajuste del modelo						Comparación			
	$\chi^2$	df	$\chi^2/df$	CFI	TLI	RMSEA	SRMR	$\chi^2$	df	p
1-factor	845.6	104	8.1	.598	.537	.148(.139-157)	.143	--	-	-
2-factor	321.5	103	3.1	.882	.862	.081(.071-091)	.084	524.1	1	<.001
Bifactor	212.8	88	2.4	.932	.908	.066(.055-077)	.043	--	-	-

*$\chi^2/df$  chi-square ratio, CFI comparative fit index, TLI Tucker-Lewis index, RMSEA root mean-square error of approximation, SRMR standardized root mean square residual.*

En el análisis de este modelo bifactor, el omega de la escala global fue .93 (tabla VI) y el omega jerárquico .74. Por tanto, el 80% (.74/.93) de la varianza fiable puede ser atribuida a un factor global, que denominaremos competencia para el cuidado espiritual (el 20% restante puede ser atribuida a los subfactores). El valor de ECV (varianza común explicada) es .60, lejos del corte habitual de .80 para ser considerado unidimensional.

Con respecto al factor 1 (actitudes), puede observarse que el omega jerárquico se reduce casi totalmente (.05), resultado de descontar la influencia del factor global. El 95% de la varianza de este primer factor se debe a la influencia del factor global (competencia para el cuidado espiritual). Las covarianzas residuales (una vez controlado el factor global) en este factor actitudinal se reducen considerablemente (un 95%). Congruentemente, las saturaciones de los ítems del factor 1 (actitudes) son más altas en el factor global que las del factor 2 (conocimientos y habilidades).

Por otra parte, el factor 2 (conocimientos y habilidades) presenta un omega jerárquico alto (.73), y el 82% de la varianza fiable puede ser atribuida a este factor.

Los valores de Factor Determinacy (expresa la correlación de la puntuación del factor con el factor latente) fueron superiores al .90 en el factor global (competencia para el cuidado

espiritual) y en el factor 2 (conocimientos y habilidades) (.95 y .94 respectivamente). Sin embargo, el factor 2 no es suficientemente representado por la puntuación de los ítems (.76). Con respecto al factor H, que revela si la variable latente está bien definida por los ítems, mostró que el factor global y la subdimensión de conocimientos y habilidades (factor 2) están bien definidos (.91 y .87 respectivamente), mientras que la subdimensión actitudinal (factor 1) no resulta definida ( $H=.49$  en este caso).

Los resultados de I-ECV, mostraron que los ítems 7, 19, 20, 21, 26, 27 y 28, fueron aquellos que explicaron el mayor porcentaje de varianza por la medida global (competencia para el cuidado espiritual). Esto supone que 7 ítems, (todos comprendidos en el factor 1, de actitudes) de los 16 de la escala (el 43.8% de los ítems) estuvieron más vinculados al factor global. Especialmente alta fue la I-ECV de los ítems 19, 20, 21, 26, 27 y 28, seguidos por la del ítem 7 (I-ECV: .87).

**Tabla VI.**

*Cargas factoriales estandarizadas del modelo bifactorial*

Ítem	Factor general	Factor 1 Actitud	Factor 2 Conocimientos y habilidades	I-ECV
7	.60 (.09)*	.24 (.19)		<b>.87</b>
9	.51 (.11)*	.52 (.10)*		.48
10	.60 (.12)*	.53 (.16)*		.56
12	.62 (.09)*	.32 (.18)		.79
19	.72 (.06)*	.04 (.23)		<b>1.00</b>
20	.78 (.05)*	.08 (.22)		<b>.99</b>
21	.69 (.05)*	.12 (.09)		<b>.97</b>
26	.73 (.05)*	.01 (.10)		<b>1.00</b>
27	.73 (.05)*	-.09 (.13)		<b>.99</b>
28	.78 (.07)*	-.12 (.14)		<b>.98</b>
14	.21 (.06)*		.75(.03)*	.07
21	.49 (.06)*		.41(.05)*	.59
16	.43 (.06)*		.62(.04)*	.32
22	.27 (.06)*		.81(.04)*	.10
23	.18 (.06)*		.81(.03)*	0.04
25	.29 (.07)*		.64(.05)*	.18
Omega	.93	.91	.89	
OmegaH	.74	.05	.73	
%Reliable variance ( $\omega_H/\omega$ )	.80	.05	.82	

## Estudio I

Factor Determinacy	.95	.76	.94
H	.91	.49	.87

Error estándar entre paréntesis. \*  $p < .05$

La varianza de los ítems del factor 1 (actitudinal) fue explicada por el 95% del factor global (competencia para el cuidado espiritual). Además, dos de los ítems de este factor, el 2 y el 3, obtuvieron saturaciones en el factor actitudinal estadísticamente significativas.

### **Análisis descriptivo y correlacional de los ítems**

La puntuación media global de la EPICC\_spa en el grupo de estudio fue de 4.00 ( $\pm .526$ ). Los resultados estaban sesgados hacia la izquierda (asimetría =  $-.645$ ) y carecían de una distribución normal ( $p < .05$ , prueba de Kolmogorov–Smirnov). Ninguno de los ítems tenía una desviación estándar igual a cero, ni una correlación total de ítems inferior a  $.45$  (tabla VII).

**Tabla VII.**

*Estadísticos descriptivos de los ítems (n = 642)*

Ítem	Media	DE	Correlación ajustada ítem- total	$\alpha$ si el ítem se elimina	Curtosis	Asimetría
1	4.37	.765	.452	.888	2.061	-1.299
2	4.25	.824	.472	.888	2.124	-1.284
3	4.42	.763	.475	.888	2.918	-1.515
4	4.50	.727	.530	.886	4.333	-1.798
5	4.45	.699	.553	.885	3.320	-1.465
6	4.53	.680	.575	.885	4.523	-1.754
7	4.26	.754	.657	.882	1.207	-.958
8	4.37	.731	.612	.883	2.608	-1.313
9	4.38	.711	.585	.884	.975	-1.024
10	4.46	.707	.624	.883	2.522	-1.397
<i>Actitud global</i>	<i>4.40</i>	<i>.533</i>				
11	3.10	1.09	.527	.887	-.804	-.012
12	3.80	.942	.600	.883	.123	-.683
13	3.51	.920	.647	.881	-.292	-.229
14	3.11	1.03	.555	.885	-.511	.035
15	3.00	1.10	.518	.888	-.715	.025
16	3.41	1.00	.557	.885	-.113	-.363

<i>Conocimientos y habilidades</i>	3.32	.80		
<i>Competencia global</i>	3.40	.526	.193	-.096

### **Fiabilidad: consistencia interna y test-retest**

El análisis de la consistencia interna de la EPICC\_spa mostró unos valores de  $\alpha$  de Cronbach de .89 para la dimensión de actitudes y de .88 para la de conocimientos y habilidades, mientras que para toda la escala fue de .89. El omega de Mc Donald's coincidió con el  $\alpha$  de Cronbach en ambas dimensiones, mientras que para la escala global fue de .86.

Por otro lado, se analizó la estabilidad temporal de la escala mediante la fiabilidad test-retest, en una muestra final de 100 estudiantes, que finalmente respondieron de nuevo a la escala un mes después del primer envío, con un ICC total resultante de .77 [IC del 95%: .66-.85], siendo .75 [IC del 95%: .62-.83] para la dimensión de actitudes y de .75 [IC del 95%: .63-.83], para la dimensión de conocimientos y habilidades, indicando una buena estabilidad de respuesta.

### **Validez de constructo**

La validez de constructo se evaluó mediante el estudio de la validez convergente y la diferenciación entre grupos conocidos.

**Validez Convergente:** Se observó una correlación positiva (débil) entre la presencia de significado en la vida, la búsqueda de significado y la puntuación total de la escala, así como entre ambas con las dos subdimensiones de actitudes y conocimientos/habilidades. También se demostró una correlación positiva moderada entre la resiliencia y la puntuación total de la escala, así como con sus dos dimensiones: débil con la dimensión de conocimientos/habilidades y moderada con la dimensión de actitudes (tabla VIII).

**Tabla VIII.***Correlaciones de Spearman entre EPICC\_spa y otras variables estudiadas*

	MLQ-S	MLQ-P	BRCS
Conocimiento/habilidad	.240**	.207**	.215**
Actitudes	.245**	.203**	.329**
Competencia total	.285**	.249**	.331**

\*\*p< .001. BRCS: Resiliencia. MLQ-S: Sentido en la vida-búsqueda.  
MLQ-P: Sentido en la vida-presencia

**Diferenciación entre grupos conocidos:** se observaron diferencias significativas ( $p=.002$ ) entre el curso (1° o 4°) y la puntuación total en la escala. Esta diferencia es debida, fundamentalmente, a la puntuación obtenida en la dimensión de conocimientos y habilidades, siendo mayor en 4° (media de 3.48 +/- .84) que en 1° (media de 3.24 +/- .78), con una  $p< .001$  en este último caso (tabla IX). También se observaron diferencias significativas ( $p<.001$ ) en la puntuación total de la escala en los estudiantes que tenían formación en cuidado espiritual (media de 4.14+/- .57) respecto a aquellos que no la tenían (media de 3.95 +/- .50). Al igual que en el caso anterior, esta diferencia se observa sobre todo en la dimensión de conocimientos, siendo superior en los estudiantes con formación previa en el cuidado espiritual (media de 3.66 +/- 0.78) respecto a los que no la tenían (media de 3.20 +/- .78).

**Tabla IX.***EPICC\_spa y variables seleccionadas en grupos conocidos*

	N	Actitud			Conoc/Habilidad			Comp. total		
		M	DE	p *	M	DE	p *	M	DE	p *
<b>Formación</b>										
No	482	4.34	0.50	.090	3.20	0.78	< .001	3.95	0.50	< .001
Si	160	4.42	0.60		3.66	0.78		4.14	0.57	
<b>Curso</b>										
Primero	434	4.39	0.48	.056	3.24	0.78	< .001	3.96	0.48	.002
Cuarto	208	4.42	0.61		3.48	0.84		4.07	0.60	
<b>Total</b>	<b>642</b>	<b>4.40</b>			<b>3.32</b>			<b>3.40</b>		

\* U de Mann-Whitney

#### 4. Discusión

Tras el estudio I se ha obtenido una versión de la escala EPICC\_spa que muestra una desviación de la estructura factorial original de la escala EPICC,-multidimensional con cuatro factores-, mientras que el análisis realizado en este estudio ha arrojado una solución bifactorial (actitudes por un lado, y conocimientos y habilidades, por otro), confirmando también la existencia de un factor global (competencia para el cuidado espiritual), estrechamente ligado a los contenidos del factor actitudinal, y un factor específico independiente de este factor general: conocimientos y habilidades para el cuidado espiritual. Este modelo de dos factores revela que ambos componentes de la competencia podrían ser complementarios. En este sentido, Benito et al. (2016) afirman que el cuidado espiritual no sólo requiere la acumulación de conocimientos, sino que también exige de los profesionales una mayor autoconciencia y empatía con la perspectiva del paciente (actitudes) y la capacidad de realizar intervenciones personalizadas (habilidades). Más aún, si el cuidado espiritual se concibe como “*ser o estar*” más que como “*hacer*” (Baldaccino, 2005), tiene sentido, por tanto, que su componente actitudinal esté mucho más presente que el de conocimientos y habilidades. De acuerdo con el modelo de escala resultante de este estudio, la primera dimensión de las actitudes hacia el cuidado espiritual parece ser la base para adquirir posteriormente los conocimientos y habilidades profesionales necesarios para brindarlo. En esta línea, autores de diferentes contextos culturales como Guo et al. (2022) en China, o Hsieh et al. (2020) en Taiwán, así como Ross et al., (2018) en Europa, mostraron una correlación positiva entre la actitud hacia el cuidado espiritual y la competencia para prestarlo, encontrando que cuanto más positiva es la actitud hacia el cuidado espiritual de los estudiantes, mayor es su percepción de dicha competencia. Y también que los estudiantes con una actitud positiva hacia el cuidado espiritual mostraron una mayor predisposición a adquirir conocimientos y habilidades adicionales para atender las necesidades de los pacientes y pudieron brindar una atención más efectiva.

En cuanto a la segunda dimensión resultante del análisis factorial de la escala EPICC\_spa, la relacionada con los conocimientos y las habilidades, es necesario destacar que incluye ítems relacionados con todas las fases del proceso de atención de enfermería (evaluación de necesidades espirituales, planificación del cuidado, evaluación de resultados y registro del proceso), proporcionando al estudiante una autoevaluación completa de sus conocimientos y habilidades sobre el proceso de cuidado espiritual de enfermería, de

acuerdo a lo establecido en el marco conceptual de esta competencia (van Leeuwen, Attard, et al., 2021).

Los resultados de este estudio están alineados con los obtenidos en la revisión sistemática de la literatura realizada por Costeira et al. (2024), cuyo objetivo fue determinar las competencias para el cuidado espiritual en los profesionales que brindan cuidado espiritual a pacientes en cuidados paliativos, concluyendo que la competencia para el cuidado espiritual incluye los dominios cognitivo, afectivo y funcional, que están interconectados e interactúan para abarcar una sola competencia en el cuidado espiritual. El dominio cognitivo (conocimiento) implica la evaluación y planificación del cuidado espiritual, el dominio afectivo (actitudes) incluye la autoevaluación o autoexamen, el apoyo personal y el asesoramiento del paciente, y la actitud hacia la espiritualidad del paciente, y, finalmente, el dominio funcional o instrumental (habilidades) abarca la intervención y evaluación de las estrategias de cuidado espiritual utilizadas para brindar apoyo al paciente. La EPICC\_spa evalúa aspectos relacionados con estas tres dimensiones.

Por otro lado, respecto a la validez convergente, los resultados confirman la correlación positiva, aunque baja, entre el sentido de vida y las competencias para el cuidado espiritual, lo que está en línea con otros estudios realizados en Europa (Ross et al., 2018), en América (Mesquita et al., 2014) o en países orientales, como Taiwán (Hsieh et al., 2020), Irán (Jafari & Fallahi-Khoshknab, 2021) y Jordania, (Jamahneh et al., 2025), que indican la existencia de una asociación positiva entre el bienestar espiritual (un constructo más amplio, pero estrechamente relacionado con el sentido de vida) y la importancia otorgada por el equipo de enfermería a la provisión del cuidado espiritual. Asimismo, la correlación positiva entre la resiliencia y la competencia para el cuidado espiritual está en línea con los hallazgos de Limonero et al. (2014), quienes encontraron una correlación positiva y significativa entre la resiliencia y la competencia personal percibida en estudiantes de enfermería.

Finalmente, también se ha demostrado el potencial de la EPICC\_spa para detectar diferencias entre grupos conocidos, distinguiendo entre estudiantes que tenían formación en el cuidado espiritual y los que no, así como entre estudiantes de 1º y 4º año de grado, por lo que parece que la formación tiene un peso importante en las competencias para el cuidado espiritual, especialmente en la dimensión de conocimientos y habilidades. Acorde con lo anterior, el estudio europeo de Ross et al. (2018) e incluso el estudio de la

escala original (Giske et al., 2022) mostraron resultados similares, subrayando así la importancia de fomentar una educación adecuada que promueva la conciencia espiritual, lo que, a su vez, contribuye a una mejor calidad del cuidado espiritual.

Los estudiantes de enfermería tienen la responsabilidad de evaluar y mejorar su propia competencia práctica; por lo tanto, se les deben brindar oportunidades de autoevaluación para desarrollarla y refinarla. Las herramientas de autoevaluación contribuyen al desarrollo de habilidades metacognitivas, ayudándoles a convertirse en estudiantes autodidactas y seguros de sí mismos. La autoevaluación también puede empoderar y ayudar a los alumnos a establecer metas profesionales más altas y esforzarse más para alcanzarlas (Adib-Hajbaghery et al., 2017). De hecho, se ha demostrado que la autoconciencia ayuda a los profesionales de la salud a abordar las necesidades de los pacientes, familias y otros elementos del equipo (Costeira et al. 2024). La implementación de estrategias que contribuyan a desarrollar la conciencia espiritual, el conocimiento y la actitud espiritual de los estudiantes contribuirá a mejorar la inteligencia y la humildad espiritual, así como a la reflexión crítica continua. Esta inversión debería realizarse ya en la educación de pregrado, para mejorar la calidad del desempeño de los estudiantes en la prestación del cuidado espiritual a los pacientes y sus familias, adoptando un enfoque ecléctico que abarque la diversidad cultural y religiosa/espiritual de la sociedad actual.

En resumen, los resultados del análisis psicométrico de la escala EPICC\_spa sugieren que es válida y confiable para evaluar la competencia en el cuidado espiritual en estudiantes de enfermería.

Entre las principales fortalezas de este estudio se encuentran, por un lado, la rigurosa metodología empleada para la adaptación cultural y la evaluación de las propiedades psicométricas de la escala, y por otro, la amplia muestra regional y la estabilidad de la respuesta a lo largo del tiempo. Sin embargo, hay que considerar algunas limitaciones, como que la EPICC\_spa es un instrumento de autoinforme, lo que significa que las competencias evaluadas reflejan las percepciones y aspiraciones de los estudiantes de enfermería, pero pueden no coincidir por completo con sus actitudes o conocimientos reales respecto al cuidado espiritual. Además, su representatividad podría estar limitada por la muestra utilizada, ya que los resultados podrían no aplicarse a estudiantes de otras regiones o contextos educativos donde las percepciones culturales y formativas difieren de las de la Comunidad Autónoma de Madrid. Finalmente, el diseño transversal limita las inferencias causales sobre los efectos de la formación en el cuidado espiritual en la

## Estudio I

competencia. En este sentido, aunque las dos cohortes incluidas en el estudio (1º y 4º curso) solo difieren en cuanto a la formación en cuidado espiritual recibida, y puede haber otras variables no contempladas que distingan a las cohortes y expliquen las diferencias observadas en la competencia en el cuidado espiritual. Futuras investigaciones longitudinales podrían explorar el papel de la formación y su impacto en las competencias en el cuidado espiritual.

## **ESTUDIO II**

# **Competencias para el cuidado espiritual percibidas por los estudiantes de enfermería y su correlación con variables personales, formativas y organizacionales**

Nota: Este estudio se encuentra en proceso de 3.<sup>a</sup> revisión por pares en la revista *BMC Nursing*. JCR1D1

## 1. Objetivos

### Objetivo principal

Describir las competencias para el cuidado espiritual de los estudiantes de 1º y 4º año de grado en enfermería de la Comunidad de Madrid durante el curso 2024/2025

### Objetivos secundarios

1. Determinar la correlación entre factores personales, formativos y de la organización con las competencias para el cuidado espiritual de los estudiantes del grado de enfermería de la Comunidad de Madrid.
2. Analizar la asociación entre las variables de ansiedad ante la muerte, resiliencia, religiosidad y sentido en la vida con las competencias para el cuidado espiritual de los estudiantes del grado de enfermería de la Comunidad de Madrid.

## 2. Hipótesis

1. Los estudiantes de enfermería con mayor resiliencia y sentido en la vida mostrarán mayor competencia percibida para el cuidado espiritual.
2. Los estudiantes de enfermería con menor ansiedad ante la muerte mostrarán mayor competencia percibida para el cuidado espiritual.
3. Los estudiantes de enfermería con experiencia previa en el cuidado de enfermos (a nivel familiar o profesional), con formación en cuidado espiritual y que hayan vivido un acontecimiento vital estresante previo, mostrarán mayor competencia percibida para el cuidado espiritual.
4. Los estudiantes de enfermería de un centro con gestión privada y confesional mostrarán mayor competencia percibida para el cuidado espiritual.

## 3. Diseño

Estudio observacional descriptivo y correlacional, transversal, multicéntrico prospectivo.

## 4. Ámbito y población de estudio

El ámbito y la población de estudio son los mismos que los descritos para el análisis de las propiedades psicométricas del estudio I.

## 5. Tamaño muestral y tipo de muestreo

Partiendo de un total de 1.970 alumnos de nuevo ingreso en las 13 escuelas de enfermería de la Comunidad de Madrid (fuente: web de las facultades participantes), y asumiendo el mismo número de alumnos para el último curso que para el primero (nuevo ingreso), el universo muestral (población diana) contemplaría 3.940 alumnos. Utilizando la fórmula de estimación poblacional para una proporción empleada por la calculadora epidemiológica GRANMO®, se requería una muestra de 908 individuos, ajustada para compensar posibles pérdidas, estableciendo un margen del 10%. Este cálculo considera un nivel de confianza del 95%, una precisión de +/- 3 unidades porcentuales y una estimación de la proporción poblacional esperada del 50% (no se dispone de información en la literatura respecto a la proporción de estudiantes con competencias para el cuidado espiritual). Cuando no se dispone de datos previos o estudios piloto que permitan estimar esta proporción, se recomienda asumir un valor de  $p=.5$  (50%), ya que este valor maximiza la varianza del término  $p(1-p)$  (.25), generando el tamaño muestral más grande posible. Esta elección es conservadora y garantiza que la muestra sea suficiente para alcanzar la precisión deseada, evitando el riesgo de subestimación.

Una vez reclutadas las escuelas/facultades, para seleccionar la muestra de estudiantes participantes que cumplían los criterios de inclusión se realizó un muestreo no probabilístico de conveniencia.

## 6. Variables

Variable principal:

- Competencias percibidas para el cuidado espiritual, evaluadas mediante la escala “EPICC Spiritual Care Competency Self-Assessment Tool for student nurses and midwives”, en su versión en español, obtenida en el estudio I (EPICC\_spa).

Variables secundarias:

- Sociodemográficas: edad; sexo y estado familiar;
- Formativas: curso; facultad/escuela; formación académica previa; formación previa en el cuidado espiritual del enfermo (entendida como aquella relacionada con: cuidados paliativos, habilidades de comunicación, counselling, acompañamiento, humanización de la asistencia, gestión del duelo); experiencia

en el cuidado de enfermos (excluyendo las prácticas clínicas) de un familiar o como profesional sanitario;

- Personales: acontecimientos vitales estresantes en el último año (positivo o negativo), confesión de una religión/espiritualidad, religiosidad, sentido de la vida, ansiedad ante la muerte y resiliencia.
- Variables de la organización: tipo de centro (privado aconfesional/privado confesional/publico/ concertado)

En el Anexo VIII pueden consultarse, con mayor detalle, las variables estudiadas y su tipología según su naturaleza estadística.

## 7. Instrumentos de medida

### **EPICC Spiritual Care Competency Self-Assessment Tool for student nurses and midwives** (Giske et al., 2023)

Para evaluar las competencias para el cuidado espiritual, se utilizó la versión española de la EPICC Spiritual Care Competency Self-Assessment Tool for student nurses and midwives, EPICC\_spa (Suquet et al., 2025), adaptada y validada al contexto español en el estudio I, que consta de 16 ítems cuyas respuestas se puntúan en una escala tipo Likert del 1 al 5 (1=*completamente en desacuerdo* y 5=*completamente de acuerdo*), distribuidos en 2 dimensiones: actitudes hacia el cuidado espiritual, con 10 ítems (como por ejemplo, "estoy abierto a las diversas expresiones de espiritualidad de las personas y las respeto") y conocimientos y habilidades para el cuidado espiritual, con 6 ítems (como por ejemplo, "sé cómo responder adecuadamente a necesidades y recursos espirituales identificados"). La versión española de la escala dio lugar a un modelo bifactorial, con un factor global (competencia para el cuidado espiritual) estrechamente vinculado a los aspectos actitudinales y un factor específico, independiente de este factor general, que abarca conocimientos y habilidades para el cuidado espiritual .

La puntuación total de cada dimensión se obtiene sumando la puntuación de todos los ítems y dividiendo por el número de ítems, y oscila entre 1 y 5, siendo una puntuación más alta cuanto mayores actitudes o conocimientos/habilidades. La EPICC\_spa ha mostrado evidencia de buena validez de construcción y contenido, así como de alta consistencia interna, con un  $\alpha$  de Cronbach y un McDonald's Omega de .89 para la escala global y .88 y .89 para ambas subescalas, respectivamente, con una fiabilidad test-retest de .77 (Suquet et al., 2025).

### **Duke University Religion Index (DUREL, Koenig et al., 1997)**

Para evaluar la religiosidad se ha utilizado el cuestionario DUREL en su versión española adaptada en una muestra de 377 estudiantes universitarios españoles (Toscanelli et al., 2022), consta de cinco ítems que evalúan las tres dimensiones principales de la religiosidad:

1. La actividad religiosa organizada (*Organised Religiosity Activities*, ORA, por sus siglas en inglés), con 1 ítem (“¿Con cuánta frecuencia atiende usted a la iglesia u otros encuentros religiosos?”).
2. La actividad religiosa no organizada (*Non-organised Religiosity Activities* NORA, por sus siglas en inglés), con 1 ítem (“¿Con cuánta frecuencia dedica usted tiempo a actividades religiosas privadas, como por ejemplo rezar, meditar, o estudiar la Biblia?”).
3. La religiosidad intrínseca (o religiosidad subjetiva), con 3 ítems, por ejemplo: “mis creencias religiosas son lo que realmente está detrás de mi enfoque hacia la vida”.

Las puntuaciones de la escala varían del 1 al 6 para los dos primeros ítems (1=*nunca o raras veces*, 6=*más de una vez a la semana o al día*) y del 1 al 5 para los 3 últimos (1=*definitivamente no es cierto*, 5=*definitivamente cierto para mí*). El propio autor de la escala no recomienda sumar las tres subescalas en una puntuación total de religiosidad global. En su lugar, se debe examinar la puntuación de cada subescala de forma independiente en modelos de regresión separados al examinar sus relaciones con los resultados de salud ( Koenig & Büsing, 2010).

La escala general tiene una alta consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach .78-.91), fiabilidad test-retest (correlación intraclass .91) y validez convergente con otras medidas de religiosidad ( $r$ 's .71-.86). La versión española mostró un  $\alpha$  de Cronbach y Omega de McDonald de .94 (Toscanelli et al., 2022).

El DUREL se ha utilizado en más de 100 estudios publicados y realizados en todo el mundo y está disponible en 10 idiomas (Toscanelli et al., 2022).

### **Meaning in Life Questionnaire (MLQ, Steger et al., 2006)**

Para evaluar el sentido en la vida se utilizó el MLQ en su versión española (Steger et al., 2008). Consta de 10 ítems calificados en una escala de siete puntos (1= *Absolutamente falso*, 7= *Absolutamente cierto*) distribuidos en dos dimensiones o subescalas:

1. Presencia de Sentido (MLQ-Presence), con 5 ítems, como, por ejemplo: “comprendo el sentido de mi vida”, que evalúa el grado de plenitud de la opinión de los encuestados sobre el sentido de sus vidas. La puntuación de esta subescala se calcula restándole a 8 la calificación obtenida del ítem 9 y sumándole las puntuaciones de los ítems 1, 4, 5, 6 y oscila entre 5 y 35.
2. Búsqueda de Sentido (MLQ-Search), con otros 5 ítems, como por ejemplo “busco algo que me haga sentir que mi vida tiene sentido”, que evalúa el grado de compromiso y motivación de los encuestados en sus esfuerzos por encontrar sentido o profundizar su comprensión del sentido en sus vidas. La puntuación de esta subescala se calcula sumando las puntuaciones de los ítems 2, 3, 7, 8 y 10, y oscila entre 5 y 35, siendo mayor el sentido cuanto mayor es la puntuación.

Ambas subescalas han demostrado una buena consistencia interna tanto en su versión original ( $\alpha$  de Cronbach .86 y .88) como en la española ( $\alpha$  de Cronbach de .81 y .90) y una buena estabilidad temporal (.70 para el MLQ-P, y .73 para el MLQ-S).

#### **Death Anxiety Inventory (DAI, Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2005)**

El Inventario de Ansiedad ante la Muerte (DAI) en su versión revisada en 866 estudiantes y profesionales de enfermería (Tomás-Sabado et al., 2005), consta de 17 ítems que se agrupan en 4 dimensiones o factores significativos:

1. Significado y aceptación de la muerte, con 6 ítems, como, por ejemplo: “creo que tengo más miedo a la muerte que la mayoría de las personas”.
2. Generadores externos de ansiedad, con 4 ítems, como, por ejemplo: “los ataúdes me ponen nervioso”.
3. Finalidad de la muerte, con 4 ítems, como, por ejemplo: “me preocupa lo que haya después de la muerte”.
4. Pensamientos sobre la muerte, con 3 ítems, como, por ejemplo: “frecuentemente pienso en mi propia muerte”.

Las respuestas puntúan en una escala tipo Likert con cinco opciones: (5=*total acuerdo*, 1=*total desacuerdo*). La puntuación total de la escala presenta un rango entre 20 y 80 puntos, donde a mayor puntuación, mayor ansiedad ante la muerte.

El DAI ha demostrado buena validez de contenido, índices de consistencia interna superiores a .90 y correlaciones entre .76 y .79 con otras escalas de medida de actitudes ante la muerte, a saber: la DAS (Templer, 1970) (Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2005).

La elección de esta escala para evaluar la ansiedad ante la muerte se fundamenta en que es la única escala creada y validada en español que evalúa esta variable, y más específicamente en una población de estudiantes de enfermería.

### **Brief Resilient Coping Scale (BRCS, Sinclair & Wallston, 2004)**

La Escala BRCS, adaptada al español por Limonero et al. (2010), evalúa la resiliencia y consta de cuatro ítems (por ejemplo: “independientemente de lo que me suceda, creo que puedo controlar mis reacciones”) con cinco categorías de respuesta tipo Likert (1=*no me describe en absoluto*, 5=*me describe muy bien*) y cuyas posibles puntuaciones totales fluctúan entre 4 y 20. Una puntuación total igual o inferior a 13 indicaría baja resiliencia, mientras que puntuaciones iguales o superiores a 17 serían tributarias de alta resiliencia.

La escala presentó, en su versión original, una consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) de .68 y una confiabilidad test-retest de .71.

En la tabla X se adjunta un resumen de los instrumentos de medida del estudio y su fiabilidad interna ( $\alpha$  de Cronbach).

## **8. Recogida de datos**

Según lo descrito en el estudio I, para la recogida de la muestra en la que se han analizado las propiedades psicométricas de la escala EPICC\_sp.

## **9. Consideraciones éticas**

Según lo descrito en el estudio I.

**Tabla X.***Instrumentos de medida de las variables predictoras*

Variab Personales	Instrumentos	Subescalas N ° de Ítems	$\alpha$	Puntuaciones por ítem y totales
Competencia para el cuidado espiritual	EPICC_spa (Suquet et al., 2025)	2 subescalas. 16 ítems	.89	1=total desacuerdo 5=total acuerdo
		1. Actitudes hacia el cuidado espiritual	.88	Totales: 1 a 5
		2. Conocimientos/ habilidades para el cuidado	.89	
Religiosidad	Escala DUREL en su versión española (Toscanelli et al., 2022)	3 subescalas. 5 ítems	.94	ORA y NORA: 1=nunca o raras veces 6=más de una vez a la semana o al día
		1.Actividad religiosa organizada (ORA)		Relig. Intrínseca: 1=definitivamente no es cierto 5=definitivamente cierto para mí
		2.Actividad religiosa no organizada (NORA)		Totales: ORA y NORA: entre 1 y 6 Relig. intrínseca: entre 1 y 5
Sentido de la vida	Meaning in life Questionnaire en su versión española (Steger et al., 2008)	2 subescalas. 10 ítems		1= Absolutamente falso 7= Absolutamente cierto
		1.Presencia de Sentido (MLQ-P)	.81	Totales:
		2.Búsqueda de Sentido (MLQ-S)	.90	MLQ-P: entre 5 y 35

Estudio II

Variables Personales	Instrumentos	Subescalas N ° de Ítems	$\alpha$	Puntuaciones por ítem y totales
				MLQ-S: entre 5 y 35
Ansiedad ante la muerte	Inventario de ansiedad ante la Muerte (DAI) en su versión revisada (Tomás-Sabado et al., 2005)	4 subescalas. 17 ítems 1.Significado y aceptación de la muerte 2.Generadores externos de ansiedad 3.Finalidad de la muerte 4.Pensamientos sobre la muerte	.90	1=total desacuerdo 5=total acuerdo Totales: entre 20 y 80
Resiliencia	Escala Breve de Afrontamiento Resiliente (BRCS) en su versión española (J. Limonero et al., 2010)	4 ítems	.68	1=no me describe en absoluto 5= Me describe muy bien Totales: entre 4 y 20

## 10. Análisis de datos

En primer lugar, se realizó el análisis descriptivo de las distintas variables. En el caso de las variables cualitativas se obtuvieron frecuencias absolutas y relativas, mientras que en variables cuantitativas se analizaron promedios y desviaciones estándar. La normalidad de las variables cuantitativas se verificó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Posteriormente, se realizó un análisis de correlación bivariada entre las distintas variables de estudio y la competencia para el cuidado espiritual. Para las variables cuantitativas, mediante correlación de Spearman por no cumplir criterios de distribución normal, y para las variables cualitativas se llevaron a cabo las pruebas de U de Mann-Whitney o Kruskal-Wallis, respectivamente. Para su interpretación se siguieron los criterios de Cohen (2009), quien sugiere que valores iguales o mayores a .10 e inferiores a .30 indican una relación de pequeña magnitud, valores entre .30 y .49 indican una media magnitud, y valores iguales o mayores de .50 indican un tamaño de efecto elevado. Para todos los test se asumieron diferencias significativas en valores de  $p < .05$  asumiendo un intervalo de confianza del 95%.

Finalmente, para examinar las asociaciones entre las variables predictoras y la variable de resultado (actitudes y habilidades/conocimientos para el cuidado espiritual), se construyó un modelo de regresión lineal múltiple jerárquica. La regresión lineal múltiple es superior a las correlaciones bivariadas porque modela cómo múltiples predictores influyen simultáneamente en una variable respuesta, revelando la contribución única de cada predictor y controlando otros factores (evitando sesgos). Mientras que la correlación bivariada mide la asociación entre solo dos variables y es útil para la exploración, la regresión múltiple ofrece una visión más completa y precisa de relaciones complejas, permitiendo predicciones más robustas y comprendiendo el impacto neto de cada variable (Hair et al., 2022). En el primer paso, se incluyeron variables sociodemográficas. En el segundo paso, se incluyeron predictores relacionados con la experiencia personal y profesional con el cuidado espiritual. En el tercer y último paso, se agregaron al modelo las variables sentido de la vida, la religiosidad, la ansiedad ante la muerte y la resiliencia.

Dada la presencia de residuos no normales y posibles valores atípicos, se ajustó adicionalmente un modelo de regresión lineal robusto para reducir la influencia de los valores extremos y las violaciones de los supuestos. Los resultados de ambos modelos se compararon para evaluar la estabilidad de los coeficientes y el impacto potencial de la no

normalidad. La regresión lineal robusta se llevó a cabo a través de la función `rlm()` del paquete MASS en R. Este método emplea estimadores M para proporcionar estimaciones de coeficientes robustos que son menos sensibles a las desviaciones de supuestos como la homocedasticidad y los residuos distribuidos normalmente. Para obtener intervalos de confianza para los coeficientes de regresión, se aplicó un procedimiento de arranque no paramétrico utilizando la función `boot()` del paquete de arranque con 1,000 remuestreos. Se calcularon intervalos de confianza basados en percentiles para cada coeficiente y se informan en la sección de resultados.

El análisis descriptivo de las variables, así como las pruebas no paramétricas, se realizaron con el programa IBM SPSS Statistics (versión 28.0, IBM Corp. Armonk, NY, USA) y R (R Core Team, 2020).

## 11. Resultados

### 11.1. Descripción de la muestra

12 de las 13 escuelas de enfermería contactadas aceptaron participar en el estudio. La muestra final fue de 642 estudiantes, lo que supone una tasa de respuesta del 16% y alcanza el 70% del tamaño muestral estimado inicialmente (908). En cuanto a la distribución de la muestra según el modelo de gestión del centro, el 39,71% (255) de los estudiantes procedían de centros privados aconfesionales, con la misma proporción procedente de centros privados confesionales, 39,71% (255), mientras que un 18,69% (120) de los estudiantes provenían de centros públicos (tabla XI).

**Tabla XI**

*Distribución de la muestra por curso y tipo de centro*

	Primero		Cuarto		Total	
	N	%	N	%	N	%
Concertado	7	1.61	5	2.40	12	1.86
Privado aconf	177	40.78	78	37.50	255	39.71
Privado católico	157	36.17	98	47.11	255	39.71
Público	93	21.42	27	12.98	120	18.69
Total	434	67.60	208	32.40	642	100

En cuanto a la descripción de la muestra, un 85.83% (551) de los participantes fueron mujeres —una distribución por género similar a la del sector nacional de enfermería (INE, 2024)—, y el 90.30% (622) con menos de 30 años y una edad media de 22.16 años (DE=5). El 69.59% (389) estaba soltero, y otro 27.10% (174) también estaba soltero, pero vivía en familia. Respecto a la religión, un 59.16% (365) se consideraron católicos, frente al 33.87% (209) que no pertenecieron a ninguna religión o espiritualidad.

En cuanto a las variables formativas, el 67.60% (434) de los estudiantes cursaba el primer año de estudios y el 32.40% (208) cursaba el cuarto año. Un 66.04% (424) procedía de bachillerato, seguido por un 22.11% (142) que tenían un título de Formación Profesional de grado superior en ciencias de la salud y un 4.82% (31) había cursado otro grado en ciencias de la salud (psicología, medicina, fisioterapia u odontología). El 24.92% (160) de los estudiantes declaró tener algún tipo de formación en cuidado espiritual, con diferencias entre primero y cuarto (15.43% de los estudiantes de primero vs el 44.71% de los estudiantes de cuarto). Por último, un 21.33% (137) tenían experiencia en el cuidado de enfermos a nivel profesional y un 29.43% (189) a nivel familiar. En cuanto a los acontecimientos vitales que habían sufrido en los últimos dos años, el 45.95% (295) indicó haber vivido la enfermedad de un miembro de la familia, y el 44.39% (285) la muerte de un familiar/amigo/ser querido (tabla XII).

**Tabla XII.***Variables sociodemográficas, formativas y personales de la muestra (n=642)*

Variable		1º curso (n=434)		4º curso (n=208)		Total (n=642)	
		N	%	N	%	N	%
Sexo	Hombre	59	13.60	32	15.38	91	14.17
	Mujer	375	86.41	176	84.62	551	85.83
Edad	18-30	423	93.00	199	84.60	622	90.30
	31-40	19	1.61	23	11.10	42	6.50
	41-50	9	2.10	9	4.30	18	2.80
	≥51	2	.40	0	0	2	.40
	Estado civil	Soltero	264	60.37	127	61.06	389
	Casado	13	3.00	7	3.37	20	3.12
	Soltero pero vivo en familia	120	27.65	54	25.96	174	27.10
	Otro	39	8.99	20	9.62	59	9.19
Titulación académica previa	Bachillerato	290	66.82	134	64.42	424	66.04
	Formación profesional grado superior en Ciencias de la Salud	100	23.00	42	20.21	142	22.11
	Formación profesional grado superior en otras disciplinas	8	1.80	2	1	10	1.61
	Grado en Ciencias de la Salud	15	3.50	16	7.7	31	4.82

Estudio II

Variable		1º curso (n=434)		4º curso (n=208)		Total (n=642)	
		N	%	N	%	N	%
	Grado en otras disciplinas	10	2.31	2	1	12	1.91
	Máster en ciencias de la salud	1	0.22	0	0	1	0.23
	Otros Másteres	2	0.51	3	1.42	5	0.81
Formación en cuidado espiritual	No	367	84.56	115	55.28	482	75.08
	Sí	67	15.43	93	44.71	160	24.92
Religión	Católico	237	56,83	128	64	365	59.16
	Ninguno	148	35.49	61	30.50	209	33.87
	Otro	19	4.56	7	3.50	26	4.21
	Protestante	3	0.72	1	0.50	4	0.65
	Hindú	1	0.24	0	0.00	1	0.16
	Judío	2	0.48	1	0.50	3	0.49
	Musulmán	4	0.96	1	0.50	5	0.81
Experiencia en cuidado (*)	Profesional sanitario	80	18.43	57	27.40	137	21.33
	De familiar	122	28.11	67	32.21	189	29.43
	Ninguna	247	56.91	97	46.63	344	53.58

Estudio II

Variable		1º curso		4º curso		Total	
		(n=434)		(n=208)		(n=642)	
		N	%	N	%	N	%
Acontecimiento vital últimos 2 años (*)	Muerte de familiar/amigo/ser querido	194	44.7	91	43.75	285	44.39
	Muerte de cónyuge	20	4.60	4	1.92	24	3.73
	Enfermedad miembro familia	196	45.16	99	47.59	295	45.95
	Divorcio	10	2.30	3	1.40	13	2,00
	Separación	9	2.10	6	2.90	15	2.30
	Lesión o enfermedad personal	78	1.79	20	9.61	98	15.26
	Despido laboral	11	2.53	7	3.36	18	2.80
	Embarazo	11	2.53	5	2.40	16	2.49
	Ninguno de los anteriores	133	30.64	61	29.32	194	30.21

(\*) Los porcentajes totales no suman 100% porque se podía elegir más de una opción

La media global de competencia para el cuidado espiritual en el grupo de estudio fue de 4.00 ( $\pm 0.526$ ), siendo mayor en la dimensión de actitudes (4.40 $\pm 0.526$ ) que en la de conocimientos y habilidades (3.32  $\pm 0.80$ ).

En cuanto a los resultados individuales para cada uno de los ítems según su dimensión, por un lado, en la dimensión de actitudes, el ítem con mayor puntuación media ha sido el ítem 6 (“estoy dispuesto/a a trabajar con las emociones de las personas a las que atiendo”) con una puntuación de 4.53 ( $\pm 0.68$ ), seguido del ítem 4 (“me considero una persona de confianza, accesible, cercana y respetuosa con las expresiones de la espiritualidad de las personas y sus diferentes visiones del mundo y de lo trascendente”), con una puntuación de 4.50 ( $\pm 0.72$ ). En esta dimensión no ha habido ningún ítem con una puntuación inferior a 4.

Respecto a la dimensión de conocimientos y habilidades, el de mayor puntuación media ha sido el ítem 12 (“comprendo el papel de otros profesionales en el cuidado espiritual”) con una puntuación de 3.8 ( $\pm 0.94$ ), muy por encima del siguiente, que ha sido el ítem 14 (“sé cómo responder adecuadamente a las necesidades y recursos espirituales identificados”) que ha obtenido una puntuación media de 3.51 ( $\pm 0.92$ ) (tabla XIII). Cabe destacar que los ítems con peor puntuación en esta dimensión han sido los relacionados con la evaluación de necesidades espirituales, es decir, el número 13 (“sé utilizar las herramientas de evaluación espiritual para identificar las necesidades y recursos espirituales de la persona”), con una puntuación de 3.00 ( $\pm 1.10$ ) y el número 11 (“conozco los diferentes enfoques que existen para llevar a cabo una evaluación espiritual”), con una puntuación de 3.10 ( $\pm 1.09$ ), muy seguido del número 15 (“conozco cómo evaluar si se han cubierto las necesidades espirituales”) con una media de 3.11 ( $\pm 1.03$ ).

Por otro lado, en cuanto a las diferencias entre las puntuaciones de cada ítem según el curso, se observa que todas las puntuaciones han sido inferiores en el primer curso respecto a cuarto, siendo estas diferencias estadísticamente significativas en 4º respecto a 1º en los ítems 2 y 3 de la dimensión de actitudes ( $p=0.039$  y  $0.04$  respectivamente) y en todos los ítems de la dimensión de conocimientos excepto en el 16.

**Tabla XIII.***Puntuaciones medias EPICC\_spa por curso y total (n=642)*

Item/enunciado	1º curso	4º curso	Total	p
	(n=434)	(n=208)	(n=642)	
1. Estoy abierta/o a las diversas expresiones de espiritualidad de las personas y las respeto	4.38 (.74)	4.37 (.82)	4.38 (.76)	.916
2. Soy consciente de las diferentes visiones/ concepciones del mundo y de lo trascendente, y de cómo pueden influir en las respuestas de la persona ante acontecimientos vitales clave.	4.21 (.84)	4.34 (.79)	4.25 (.82)	<b>.039</b>
3. Reconozco que la vivencia de la dimensión espiritual de cada persona es única	4.37 (.78)	4.53 (.73)	4.42 (.76)	<b>.004</b>
4. Me considero una persona de confianza, accesible, cercana y respetuosa con las expresiones de la espiritualidad de las personas y sus diferentes visiones del mundo y de lo trascendente	4.51 (.72)	4.48 (.75)	4.50 (.73)	.600
5. Me muestro próximo/a, cercano/a y sin prejuicios	4.45 (.66)	4.45 (.78)	4.45 (.70)	.489
6. Estoy dispuesto/a a trabajar con las emociones de las personas a las que atiendo	4.54 (.64)	4.50 (.75)	4.53 (.68)	.893
7. Comprendo el concepto de compasión y presencia, así como su importancia en el cuidado espiritual	4.24 (.74)	4.30 (.79)	4.26 (.75)	.191
8. Soy capaz de mostrar presencia y compasión ante las necesidades de las personas	4.37 (.73)	4.38 (.74)	4.37 (.73)	.839

Estudio II

Item/enunciado	1º curso	4º curso	Total	p
	(n=434)	(n=208)	(n=642)	
	M (DE)	M (DE)	M (DE)	
9. Estoy dispuesto/a a colaborar con y derivar a otros profesionales (sanitarios o no sanitarios) el cuidado espiritual	4.37 (.69)	4.41 (.77)	4.38 (.71)	.189
10. Soy acogedor/a y tolerante, muestro empatía, apertura, humildad profesional y confianza para buscar apoyo espiritual adicional	4.46 (.68)	4.48 (.77)	4.47 (.71)	.418
11. Conozco los diferentes enfoques que existen para llevar a cabo una evaluación espiritual	2.98 (1.08)	3.34 (1.08)	3.10 (1.09)	<b>&lt;.001</b>
12. Comprendo el papel de otros profesionales en el cuidado espiritual	3.73 (.93)	3.95 (.95)	3.80 (.94)	<b>.002</b>
13. Sé utilizar las herramientas de evaluación espiritual para identificar las necesidades y recursos espirituales de la persona	2.91 (1.09)	3.20 (1.10)	3.00 (1.10)	<b>.002</b>
14. Sé cómo responder adecuadamente a las necesidades y recursos espirituales identificados	3.44 (.91)	3.65 (.91)	3.51 (.92)	<b>.004</b>
15. Conozco cómo evaluar si se han cubierto las necesidades espirituales	3.03 (.99)	3.26 (1.10)	3.11 (1.03)	<b>.008</b>
16. Evalúo y registro los aspectos personales, profesionales y organizativos del cuidado espiritual, y reevalúo adecuadamente	3.37 (1.00)	3.48 (1.03)	3.40 (1.00)	.129

Respecto a las variables personales de sentido en la vida, resiliencia, religiosidad y ansiedad ante la muerte, los estudiantes obtuvieron valores ligeramente superiores a 24 (sobre un máximo de 35) en ambas dimensiones de sentido de vida (25.59+/-5.22 en MLQ-P y 24.57+/-6.38 en MLQ-S), por debajo de 17 (sobre un máximo de 20) en la resiliencia BRCS (15.17 +/-2.54) y por encima de 50 (sobre un máximo de 80) en la ansiedad ante la muerte DAI (52.37+/-17.50). Los valores más bajos se encontraron en las tres dimensiones de la religiosidad (2.30+/- 1.43 para ORA, 2.31+/-1.78 para NORA, sobre un máximo de 5 en ambos casos, y 2.67+/-1.37 para religiosidad intrínseca, sobre un máximo de 6) (tabla XIV).

Respecto a la fiabilidad ( $\alpha$  de Cronbach) de las escalas utilizadas en este estudio para evaluar algunas variables secundarias, las escalas DAI y DUREL (subescala religiosidad intrínseca) presentaron la mejor fiabilidad, con valores  $\alpha$  de Cronbach de .94 y .89, respectivamente. En cambio, el valor más bajo de fiabilidad interna resultó ser el del BRCS, con un  $\alpha$  de Cronbach de .69. Los valores de consistencia interna del DAI en nuestro estudio fueron de .94 para la escala en global, y para las subescalas .91 para la el sentido de la muerte, .81 para generadores externos de ansiedad, .78 para la finalidad de la muerte y .70 para pensamientos sobre la muerte. Por otro lado, la fiabilidad interna de la MLQ en nuestro estudio fue de .81 para la escala en global, y de .66 y .85 para las dos subescalas (MLQ-P y MLQ-S respectivamente). Y, por último, el  $\alpha$  de Cronbach del DUREL en nuestro estudio fue de .89 para el total de la escala y de .94 para la subescala de religiosidad intrínseca; no pudiendo ser calculados para las otras dos subescalas al consistir sólo en un único ítem.

**Tabla XIV.**

*Medidas descriptivas y fiabilidad de las escalas de la variable principal y algunas variables secundarias de la muestra (n=642)*

		1° curso (n=434)	4° año (n=208)	Total (n=642)	
	Rango Puntuación	Media (DE)	Media (DE)	Media (DE)	$\alpha$
EPICC_act	1–5	4.39 (.48)	4.42 (.61)	4.40 (.526)	.89
EPICC_con	1–5	3.24 (.78)	3.48 (.84)	3.32 (.80)	.88
MLQ-P	5–35	25.57 (5.20)	25.64 (5.27)	25.59 (5.22)	.66
MLQ-S	5–35	24.43 (6.32)	24.87 (6.53)	24.57 (6.38)	.85
BRCS	4–20	15.17 (2.51)	15.16 (2.61)	15.17 (2.54)	.69

## Estudio II

ORA	1–6	2.31 (1.42)	2.30 (1.47)	2.30 (1.43)	N/A
NORA	1–6	2.42 (1.84)	2.07 (1.64)	2.31 (1.78)	N/A
Int.Rel	1–5	2.68 (1.37)	2.66 (1.37)	2.67 (1.37)	.94
DAI	20–80	52.74 (16.79)	54.60 (18.81)	52.37 (17.50)	.94

### 11.2. Análisis bivariado de las variables de estudio y las competencias para el cuidado espiritual

En cuanto al análisis bivariado de las variables sociodemográficas, formativas y personales y las competencias para el cuidado espiritual de los estudiantes, la mayor edad mostró diferencias estadísticamente significativas tanto en las actitudes ( $p = .007$ ,  $r = .106$ ) como en las habilidades/conocimientos ( $p < .001$ ,  $r = .146$ ), mientras que el género femenino solo se relacionó con actitudes ( $p = .032$ ,  $d = .29$ ). También resultaron positivamente relacionados con la competencia para el cuidado espiritual, específicamente con la dimensión de habilidades/conocimientos: estar en 4º curso ( $p < .001$ ,  $d = .30$ ), estudiar en una escuela/facultad aconfesional ( $p = .009$ ,  $d = .19$ ) y tener formación previa en el cuidado espiritual ( $p < .001$ ,  $d = .59$ ). Además, las variables personales relacionadas con mayores niveles de competencia en ambas dimensiones resultaron ser, por un lado, la experiencia previa en el cuidado de enfermos como profesional sanitario ( $p = .008$ ,  $d = .19$  para actitudes y  $p < .001$ ,  $d = .34$  para habilidades/conocimientos) y, por otro, haber vivido la enfermedad de un familiar ( $p = .006$ ,  $d = .17$  para actitudes y  $p = .003$ ,  $d = .22$  para habilidades/conocimientos), mientras que la experiencia previa de cuidado de un familiar enfermo y haber vivido cualquiera de los eventos vitales estresantes en los dos últimos años se relacionaron únicamente con la dimensión de habilidades o conocimientos para el cuidado espiritual ( $p = .016$ ,  $d = .17$  y  $p = .004$ ,  $d = .22$ , respectivamente) (Tabla XV).

**Tabla XV.**

*Correlaciones entre la competencia para el cuidado espiritual de los estudiantes y las variables demográficas, formativas y personales de la muestra (n=642)*

Variables		EPICC_act			EPICC_cono		
		Media (DE)	<i>p</i>	<i>d</i>	Media(DE)	<i>p</i>	<i>d</i>
Sexo	Hombre	4.23 (.67)	<b>.032</b>	<b>.29</b> (.07-.51)	3.37 (.83)	<b>.351</b>	<b>.06</b> (-.16-.28)
	Mujer	4.42 (.50)			3.31 (.81)		
Estado civil	Soltero	4.41 (.55)	<b>.419</b>	<b>.001</b> (-.13-.19)	3.36 (.84)	<b>.304</b>	<b>.005</b> (-.04-.27)
	Casado	4.34 (.35)			3.42 (.84)		
	Soltero en pareja	4.40 (.53)			3.27 (.78)		
	Otro	4.38 (.46)			3.19 (.65)		
Curso	Primero	4.39 (.48)	<b>.056</b>	<b>.06</b> (-.10-.23)	3.24 (.78)	<b>&lt;.001</b>	<b>.30</b> (.13-.46)
	Cuarto	4.42 (.61)			3.48 (.84)		
Tipo de centro	Aconfesional	4.38 (.58)	<b>.646</b>	<b>.11</b> (.05-.26)	3.38 (.84)	<b>.009</b>	<b>.19</b> (.03-.35)
	Católico	4.43 (.45)			3.23 (.75)		
Formación académica previa	Bachillerato	4.37 (.52)	<b>.170</b>	<b>.16</b> (-.02-.33)	3.29 (.79)	<b>.260</b>	<b>.16</b> (-.02-.33)
	FP	4.46 (.57)			3.41 (.80)		
	Otro	4.48 (.51)			3.33 (.77)		
Formación previa cuidado espiritual	Si	4.34 (.50)	<b>.09</b>	<b>.06</b> (-.12-.24)	3.20 (.78)	<b>&lt;.001</b>	<b>.59</b> (.40-.76)
	No	4.42 (.60)			3.66 (.78)		
Religión	Católico	4.41 (.49)	<b>.697</b>	<b>.006</b> (.00-.010)	3.39 (.76)	<b>.058</b>	<b>.026</b> (.00-.04)
	Ninguna	4.38 (.58)			3.20 (.83)		
	Otra	4.53 (.40)			3.10 (.95)		

Estudio II

Variables		EPICC_act			EPICC_cono		
		Media (DE)	<i>p</i>	<i>d</i>	Media(DE)	<i>p</i>	<i>d</i>
Experiencia previa cuidado profesional	Si	4.48 (.53)			3.54 (.86)		
	No	4.38 (.53)	<b>.008</b>	<b>.19</b> <b>(.01-.29)</b>	3.26 (.78)	<b>&lt;.001</b>	<b>.34</b> <b>(.15-.53)</b>
Experiencia previa cuidado familiar	Si	4.39 (.60)			3.42 (.82)		
	No	4.41 (.50)	.786	.03 <b>(-.20-.14)</b>	3.28 (.80)	<b>.016</b>	<b>.17</b> <b>(.001-.34)</b>
Acontecimiento vital previo							
Muerte de familiar/amigo/ ser querido	Si	4.43 (.51)	.122	.09	3.36 (.82)	.307	.09
	No	4.38 (.55)		<b>(-.07-.25)</b>	3.29 (.80)		<b>(-.07-.25)</b>
Enfermedad familiar	Si	4.45 (.55)			3.42 (.81)		
	No	4.36 (.51)	<b>.006</b>	<b>.17</b> <b>(.02-.33)</b>	3.24 (.80)	<b>.003</b>	<b>.22</b> <b>(.07-.38)</b>
Enfermedad propia	Si	4.43 (.46)			3.40 (.84)		
	No	4.40 (.54)	.287	.06 <b>(-.15-.27)</b>	3.30 (.80)	.141	.12 <b>(-.10-.33)</b>
Cualquiera de las anteriores		4.42 (.53)			3.37 (.82)		
Ninguna de las anteriores		4.35 (.53)	.053	.13 <b>(-.31-.03)</b>	3.20 (.77)	<b>.004</b>	<b>.22</b> <b>(-.40-.55)</b>

d =tamaño del efecto (prueba g de Hedges)

## Estudio II

Finalmente, las correlaciones entre la competencia para el cuidado espiritual y el resto de las variables personales del estudio resultaron significativas con ambas dimensiones del sentido de la vida tanto en conocimientos/habilidades como en actitudes ( $p < .001$ ,  $r = .240$  y  $.245$  para MLQ-P y  $r = .203$  y  $.207$  para MLQ-S), así como con la resiliencia ( $p < .001$ ,  $r = .215$  para conocimientos/habilidades y  $r = .329$  para actitudes hacia el cuidado espiritual). También se encontró una correlación pequeña pero significativa ( $p < .001$ ,  $r = .099$ ) entre la religiosidad intrínseca y la competencia para el cuidado espiritual, específicamente con el dominio de habilidades y conocimientos ( $p < .001$ ,  $r = .168$ ). No se encontraron correlaciones entre NORA, ORA y la ansiedad ante la muerte y la competencia para el cuidado espiritual (tabla XVI).

También el sentido de la vida en sus dos dimensiones (MLQ-P y MLQ-S) correlacionó positivamente con la religiosidad, en sus tres dimensiones (ORA, NORA y religiosidad intrínseca), especialmente con la religiosidad intrínseca ( $p < .001$ ,  $r = .284$  y  $.264$  para MLQ-S y MLQ-P respectivamente) y con la resiliencia ( $p < .001$ ,  $r = .307$  para MLQ-P y  $r = .203$  para MLQ-S).

**Tabla XVI.**

*Correlación bivariada entre las principales variables de estudio*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 EPICC_act	-								
2 EPICC_cono	.360**	-							
4 DAI	-.017	.020	-.009	-					
5 ORA	.051	.066	.071	-.078	-				
6 NORA	.049	.053	.068	-.045	.475**	-			
7 Relig intrin.	.006	.168**	.099*	-.009	.683**	.529**	-		
8 MLQ-P	.245**	.240**	.285**	-.026	.172**	.204**	.264**	-	
9 MLQ-S	.203**	.207**	.249**	-.058	.130**	.161**	.284**	.226**	-
10 BRCS	.329**	.215**	.331**	.016	.053	.105*	.136*	.307**	.203**

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .001$

Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas entre los resultados de estudiantes de 1º y 4º año en ninguna de las variables estudiadas (resiliencia, sentido de la vida, religiosidad y ansiedad ante la muerte) (tabla XVII), excepto en la subescala de conocimientos ( $p < .001$ ).

**Tabla XVII.***Puntuaciones medias de los estudiantes en las principales variables de estudio por curso*

	1° curso (n=434)		4° curso (n=208)		p*
	Media	DE	Media	DE	
EPICC-act	4.39	.48	4.42	.61	.056
EPICC-cono	3.24	.78	3.48	.84	< .001
DAI	52.74	16.79	54.60	18.81	.153
ORA	2.31	1.42	2.30	1.47	.830
NORA	2.42	1.84	2.07	1.64	.023
Relig. Intrin.	2.68	1.37	2.66	1.37	.872
MLQ-P	25.57	5.20	25.64	5.27	.830
MLQ-S	24.43	6.32	24.87	6.53	.283
BRCs	15.17	2.51	15.16	2.61	.913

(\*) Prueba U de Mann-Whitney.

### 11.3. Modelo de Regresión lineal múltiple jerárquica de las variables de estudio y las competencias para el cuidado espiritual

Finalmente, las variables que tuvieron un nivel de  $p < .05$  en la prueba bivariada se incluyeron en el modelo de regresión lineal múltiple. Los resultados de las pruebas de regresión lineal múltiple destinadas a identificar los predictores de la competencia en el cuidado espiritual de los estudiantes se presentan en la tabla XVIII.

En primer lugar, en cuanto a la predicción de las actitudes hacia el cuidado espiritual, las variables sociodemográficas se introdujeron en el primer bloque, arrojando un modelo significativo, aunque con muy bajo poder explicativo ( $F(4,550) = 2.73$ ,  $p = .029$ ,  $R^2$  ajustado = .01). En este modelo, ser mujer se asoció con mayores actitudes hacia el cuidado espiritual ( $B = .11$ ,  $p = .008$ ).

Por otro lado, en cuanto a los conocimientos/habilidades para la prestación de cuidados espirituales, el modelo también fue significativo ( $F(4,550) = 2.69$ ,  $p = 0,030$ ,  $R^2$  ajustado = 0,01). En este caso, el género no fue un predictor significativo ( $p > .05$ ); en cambio, el año de estudio se asoció con diferencias en el conocimiento, y los estudiantes de cuarto año obtuvieron valores más altos que los estudiantes de primer año ( $B = .22$ ,  $p = .005$ ).

En el segundo paso, se agregaron las variables personales y profesionales relacionadas con el cuidado a los modelos que predicen ambas dimensiones (actitudes y conocimientos/habilidades) en el cuidado espiritual. Estas variables incluyeron

experiencia previa en el cuidado (de un familiar o como profesional de la salud), haber recibido formación específica previa en cuidado espiritual y haber experimentado la enfermedad de un familiar cercano. Para la dimensión actitudes, el modelo ampliado fue significativo ( $F(8.546)=2.53$ ,  $p=.010$ ,  $R^2$  ajustado=.02). Además del género (ser mujer;  $B=.17$ ,  $p=.010$ ), haber tenido un familiar gravemente enfermo predijo significativamente actitudes más positivas ( $B=.09$ ,  $p=.041$ ). Para la dimensión conocimiento/habilidades, el modelo también fue significativo ( $F(8.546)=6.42$ ,  $p<.001$ ,  $R^2$  ajustado=.07), con una mejora significativa en la capacidad predictiva en comparación con el modelo anterior ( $\Delta R^2=.07$ ,  $p<.001$ ). En este modelo, el año de estudio ya no fue un predictor significativo ( $B=.01$ ,  $p=.214$ ). Tres variables predijeron significativamente los conocimientos/habilidades para el cuidado espiritual: haber tenido experiencia previa en cuidado profesional ( $B=.23$ ,  $p=.022$ ), haber recibido formación específica previa en cuidado espiritual ( $B=.37$ ,  $p<.001$ ) y, al igual que con el modelo de actitudes, haber experimentado la enfermedad de un familiar cercano ( $B=.17$ ,  $p=.011$ ).

En el paso final, se agregaron al modelo variables relacionadas con la resiliencia, el sentido de la vida, la ansiedad ante la muerte y la religiosidad. Para las actitudes hacia el cuidado espiritual, este modelo final fue significativo ( $F(13.541)=8.09$ ,  $p<.001$ ,  $R^2$  ajustado=.14), con un aumento significativo en el poder explicativo en comparación con el del paso anterior ( $\Delta R^2=.13$ ,  $p<.001$ ). Además de ser mujer ( $B=.14$ ,  $p=.018$ ) y haber tenido un familiar gravemente enfermo ( $B=.10$ ,  $p=.021$ ), la presencia de sentido de la vida ( $B=.02$ ,  $p<.001$ ), la búsqueda de sentido ( $B=.01$ ,  $p=.015$ ) y la resiliencia ( $B=.05$ ,  $p<.001$ ) surgieron como predictores significativos de las actitudes hacia el cuidado espiritual. Con respecto a los conocimientos/habilidades para el cuidado espiritual, el modelo final también fue significativo ( $F(13.541)=9.69$ ,  $p<.001$ ,  $R^2$  ajustado=.17), con un aumento significativo en la capacidad predictiva ( $\Delta R^2=.10$ ,  $p<.001$ ). En este modelo, la experiencia previa en el cuidado de enfermos a nivel profesional ( $B=.22$ ,  $p=.018$ ), haber tenido un familiar gravemente enfermo ( $B=.19$ ,  $p=.004$ ) y la formación previa en cuidado espiritual ( $B=.32$ ,  $p<.001$ ) continuaron siendo predictores significativos. Además, la religiosidad intrínseca surgió como un predictor significativo ( $B=.06$ ,  $p=.015$ ). Al igual que para la actitud, la presencia de sentido ( $B=.02$ ,  $p=.001$ ), la búsqueda de sentido ( $B=.01$ ,  $p=.019$ ) y la resiliencia ( $B=.05$ ,  $p=.001$ ) también fueron predictores significativos del conocimiento.

**Tabla XVIII.**

*Análisis de regresión lineal múltiple de los factores relacionados con la competencia para el cuidado espiritual*

	EPICC_act					EPICC_cono				
	B	SE	$\beta$	t	p	B	SE	$\beta$	t	p
(Constante)	4.23	.12		36.53	.000	3.02	.18		17.04	.000
Mujer	.17	.06	.11	2.68	<b>.008</b>	-.05	.01	-.02	-.48	.628
Edad	-.002	.004	-.03	-.544	.587	.001	.007	.008	.16	.876
Curso	.04	.05	.03	.82	.415	.22	.08	.13	2.79	<b>.005</b>
	$\Delta F(4,550)= 2.73, p=.029, \Delta R^2=.02$					$\Delta F(4,550)= 2.69, p=.030, \Delta R^2=.02$				
(Constante)	4.26	.12		34.90	.000	3.132	0.18			.000
Mujer	.17	.06	.11	2.59	<b>.010</b>	-.05	.09	-.02	-.53	.593
Edad	-.006	.005	-.06	-1.11	.232	-.007	.007	-.05	-.97	.334
Curso	.03	.05	.03	.63	.530	.01	.08	.06	1.24	.214
EPC_fam.	-.04	.05	-.03	-.72	.475	.09	.07	.05	1.20	.229
EPC_prof	.125	.07	.01	1.88	.060	.23	.10	.12	2.30	<b>.022</b>
Formac CE	.02	.06	.02	.34	.731	.37	.08	.19	4.33	<b>&lt;.001</b>
Enferm. Fam	.09	.05	.09	2.05	<b>.041</b>	.17	.07	.11	2.55	<b>.011</b>
	$\Delta F(4,546)= 2.31, p=.057, \Delta R^2=.02$					$\Delta F(4,546)= 9.97, p<.001, \Delta R^2=.07$				
(Constante)	3.02	.19		15.794	.000	1.47	.29		5.12	.000
Mujer	.14	.06	.09	2.372	<b>.018</b>	-.11	.09	-0.05	-1.22	.223
Edad	-.007	.004	-.007	-1.480	.140	-.01	.007	-.07	-1.44	.151
Curso	.04	.05	.04	0.896	.370	.12	.07	.07	1.64	.101
EPC_fam.	-.05	.05	-.04	-0.995	.320	.05	.07	.03	.72	.473
EPC_prof	.12	.06	.09	1.913	.056	.22	.09	.11	2.36	<b>.018</b>
Formac CE	-.01	.05	-.01	-0.290	.772	.32	.08	.17	4.04	<b>&lt;.001</b>
Enferm. Fam	.10	.04	.09	2.322	<b>.021</b>	.19	.06	.12	2.92	<b>.004</b>
MLQ_P	.02	.004	.15	3.536	<b>&lt;.001</b>	.02	.007	.15	3.42	<b>.001</b>
MLQ_S	.01	.003	.10	2.448	<b>.015</b>	.01	.005	.10	2.36	<b>.019</b>
BRCS	.05	.009	.25	5.834	<b>&lt;.001</b>	.05	.01	.14	3.39	<b>.001</b>
Relig. intrins	-.03	.02	-.08	-1.791	.074	.06	.02	.10	2.45	<b>.015</b>
DAI	-.001	.001	-.03	-0.702	.483	<.001	.002	-.002	-.052	.958
	$\Delta F(5,541)= 16.41, p<.001, \Delta R^2=.13$					$\Delta F(5,541)= 13.79, p<.001, \Delta R^2=.10$				

EPC\_fam: experiencia previa de cuidado de un familiar. EPC\_prof: experiencia previa de cuidado a nivel profesional. Formación CE: formación en cuidado espiritual.

Además, se realizó un modelo de regresión lineal robusto para el paso final, revelando un patrón similar de resultados (tabla XIX).

**Tabla XIX.**

*Análisis de regresión lineal robusta de los factores relacionados con la competencia para el cuidado espiritual*

	EPICC_act						EPICC_cono					
	<i>B</i>	<i>SE</i>	95% IC		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	95% IC		<i>t</i>	<i>p</i>
			Inf.	Sup.					Inf.	Sup.		
(Constante)	3.09	.17	2.73	3.47	17.92	0.000	1,43	.30	.78	2.09	4.84	0.000
Mujer	.11	.05	.00	.23	2.08	<b>0.038</b>	-.14	.09	-.33	.05	-1.48	0.139
Edad	.00	.00	-.01	.00	-1.24	0.215	-.01	.01	-.02	.00	-1.31	0.190
Curso	.06	.05	-.03	.14	1.23	0.218	.13	.08	-.02	.28	1.73	0.085
EPC_fam.	-.03	.04	-.12	.05	-.71	0.480	.07	.07	-.08	.21	.93	0.355
EPC_prof	.09	.06	-.01	.21	1.65	0.099	.21	.10	.01	.42	2.18	<b>0.030</b>
Formac CE	-.01	.05	-.11	.09	-.28	0.776	.34	.08	.19	.50	4.19	<b>&lt;0.001</b>
Enferm. Fam	.11	.04	.04	.19	2.87	<b>0.004</b>	.21	.07	.09	.33	3.24	<b>0.001</b>
MLQ_P	.01	.00	.01	.02	3.73	<b>&lt;0.001</b>	.02	.01	.01	.04	3.50	<b>0.001</b>
MLQ_S	.01	.00	.00	.01	2.12	<b>0.035</b>	.01	.01	.00	.03	2.42	<b>0.016</b>
BRCS	.05	.01	.03	.07	6.17	<b>&lt;0.001</b>	.04	.01	.01	.08	3.12	<b>0.002</b>
Relig. intrins	-.03	.01	-.06	.00	-1.76	0.078	.06	.03	.01	.12	2.42	<b>0.016</b>
DAI	.00	.00	.00	.00	-.40	0.693	.00	.00	.00	.00	.08	0.936

## 12. Discusión

Los hallazgos del estudio II proporcionan información valiosa sobre la competencia para el cuidado espiritual de los estudiantes de enfermería de la Comunidad de Madrid, así como sobre sus relaciones con algunas de las variables sociodemográficas, formativas y personales estudiadas.

En primer lugar, respecto a la competencia para el cuidado espiritual de los estudiantes, observamos diferencias considerables entre las actitudes y los conocimientos y habilidades, siendo mayores en las primeras que en las segundas. Esta diferencia en las actitudes respecto a los conocimientos y habilidades podría significar que las actitudes hacia el cuidado espiritual no son suficientes para que los estudiantes lo brinden de manera profesional y que también se requiere capacitación formal en cuidado espiritual para ese propósito. En esta línea, se ha sugerido que la implementación de programas de formación estructurados para la enseñanza de la espiritualidad y el cuestionamiento reflexivo, pueden ser de gran interés y relevancia para este propósito, ya que mejoran significativamente la autoconciencia, el conocimiento, las actitudes y las habilidades prácticas de los estudiantes (Dewi et al., 2025; Domènech-Sorolla et al., 2025).

También destacamos que los ítems que han obtenido la peor puntuación media de toda la escala, en estos estudiantes, han sido los tres relacionados con la evaluación de las necesidades espirituales de los pacientes (media de 3 a 3.11 sobre 5). A este respecto, no disponemos de datos de otros estudios a nivel nacional para poder comparar si nuestros estudiantes están más capacitados que otros para este cuidado. Tan solo existe una investigación llevada a cabo por Fernández Pascual et al. (2020) en 369 estudiantes de 1er curso de grado en enfermería en la Universidad de Alicante, donde evaluaron las competencias de los estudiantes a través de un cuestionario autodiseñado que denominaron *Nursing Students' Spirituality Training Questionnaire (NSSTQ)*. Este cuestionario contenía 15 preguntas que cubrían cuatro categorías principales (cuidado espiritual como competencia específica de enfermería; espiritualidad y religiosidad; competencia espiritual personal en relación con los pacientes y atención a la propia espiritualidad), con respuestas en una escala de siete puntos, del 1 (fuertemente en desacuerdo) al 7 (totalmente de acuerdo). La puntuación media total de los estudiantes fue de 76.95 (+/-7.57) sobre una puntuación total de 100. Por otro lado, a nivel internacional, la mayoría de los estudios que se han realizado para evaluar la competencia para el cuidado espiritual en estudiantes de enfermería han utilizado la escala SCCS de Van Leewen et al.(2009), y en una revisión sistemática con metaanálisis que realizó el mismo autor, junto con Schep-Akkerman (2024), para describir el uso y los resultados del SCCS desde 2009 al 2024, mostraron que en los 13 estudios encontrados en estudiantes de enfermería, con un total de 4.921 estudiantes de enfermería de países como Irán, EEUU, Brasil, China, Turquía, Holanda y Austria, la media de puntuación en la escala SCCS era de 3.7 sobre un máximo de 5. Asimismo, esta escala evalúa específicamente una dimensión de “actitudes”, y la puntuación media en esta dimensión (de 4 ítems), en 9 estudios que han reportado dichas puntuaciones, fue de 4.17 sobre un máximo de 5, siendo, por tanto, superior a la media de resultados globales de dicha escala, al igual que ha sucedido con los estudiantes de nuestro estudio. Por otro lado, los resultados de los estudios de validación de la escala EPICC a otros contextos han sido variados, no pudiéndose comparar directamente con los obtenidos por la EPICC\_spa, al haber conservado la estructura original de la escala, con 28 ítems y 4 dimensiones. A este respecto, solo podemos mencionar el realizado en estudiantes eslovenos (Mlinar Reljić et al., 2025), quienes, sobre una puntuación total de 112, han obtenido una media de 83 (la puntuación total de la escala no se calcula igual que en la original, sobre 5, sino que es la suma de todos los ítems en general, es decir: 5 puntos por 28 ítems =112). El resto

de los estudios no reportan las puntuaciones de la competencia en cuidado espiritual en sí, sino únicamente las propiedades psicométricas de la escala traducida.

En segundo lugar, entre las variables sociodemográficas y formativas relacionadas con la competencia en el cuidado espiritual, observamos que las estudiantes de enfermería presentaron una mayor competencia en el cuidado espiritual que sus homólogos masculinos, específicamente en cuanto a las actitudes para dicho cuidado. Este resultado contrasta con varios estudios previos, como los de Babamohamadi et al. (2022), y Heidari et al. (2022), que no mostraron diferencias significativas de género en la competencia en el cuidado espiritual entre los estudiantes de enfermería iraníes, mientras que en otros estudios como los de Birimoglu Okuyan et al. (2024) y Köktürk Dalcali & Erden Melikoğlu (2022), sí que observaron una mayor competencia para el cuidado espiritual en mujeres que en hombres, en ambos casos en estudiantes turcos. Estas discrepancias pueden surgir de las diferencias culturales y educativas existentes entre las poblaciones estudiadas, así como de las diferentes herramientas de medición de las competencias utilizadas. Además, la influencia de la sociedad y las normas de género en las diferentes culturas, donde los roles de cuidador suelen estar más asociados a las mujeres, podría aumentar su compromiso y competencia en el cuidado espiritual. Por otro lado, también ha resultado significativamente relacionado con una mayor competencia para el cuidado espiritual (específicamente con los conocimientos y habilidades para prestarlo) el haber recibido formación específica previa en este sentido; teniendo en cuenta que, para este estudio, se definía como aquella relacionada con: cuidados paliativos, habilidades de comunicación, counselling, acompañamiento, humanización de la asistencia y gestión del duelo. En este sentido, son numerosos los estudios que muestran una asociación positiva entre la formación en cuidado espiritual y los conocimientos, habilidades y/o actitudes relacionadas con el cuidado espiritual, tanto en estudiantes (Bush et al., 2023; Chiang et al., 2020a; Cone & Giske, 2018; Costeira et al., 2024; Fernández-Pascual et al., 2020; Rykkje et al., 2022) como en enfermeras (Baysal et al., 2024a; Eskandari et al., 2019b; W. Guo et al., 2024; Kaiyue et al., 2025; Y. Li et al., 2025). Más aún, la literatura coincide ampliamente en señalar la falta de formación, junto con la de tiempo, como una de las principales barreras para que las enfermeras presten un cuidado espiritualmente sensible (Balboni et al., 2022; Britt & Acton, 2021; Green et al., 2020a; Hawthorne, 2020; Lombardi & Gusman, 2025). Ahora bien, qué se entiende por “formación específica en la materia” varía ampliamente entre unos estudios y otros. En la mayoría de los casos, la

variable que recogen la denominan simplemente “formación en cuidado espiritual”, sin especificar exactamente qué se contempla como tal. En este estudio, y a raíz de los resultados, se puede concluir que la formación relacionada con los cuidados paliativos, las habilidades de comunicación, el counselling, el acompañamiento, la humanización de la asistencia y la gestión del duelo se ha asociado positivamente a un mayor conocimiento y habilidades para prestar un cuidado espiritual por parte de los estudiantes de enfermería. Este hallazgo puede resultar de gran utilidad al diseñar qué contenidos formativos deberían contemplarse en los estudios de grado para mejorar la formación de los estudiantes en el cuidado espiritual.

En tercer lugar, el hecho de que los estudiantes con puntuaciones más elevadas en resiliencia y sentido en la vida, así como en religiosidad intrínseca (aunque en menor medida), tiendan a percibirse más competentes en el cuidado espiritual, tiene profundas implicaciones en la formación y preparación de los estudiantes de enfermería para brindar cuidado espiritual, ya que estas dos variables son dinámicas y modificables. De hecho, existe evidencia creciente de que la resiliencia no es una característica estática o innata, sino más bien un proceso contextual y dinámico, es decir, que se puede entrenar y mejorar mediante la práctica o la formación específica (Aburn et al., 2016; Fletcher & Sarkar, 2013). Más aún, se recomienda incorporar contenidos relacionados con la resiliencia en los planes de estudio de enfermería para ofrecer estrategias que mejoren la calidad de los cuidados y la búsqueda de la excelencia. En este sentido, los hallazgos del estudio de Chiang et al. (2021) sugieren nuevos enfoques para mejorar la resiliencia de las enfermeras noveles, como, por ejemplo, brindar apoyo para su salud espiritual y para el comportamiento de promoción de su salud. En la misma línea, Li y Hasson (2020) realizaron una revisión sistemática de la literatura para resumir la evidencia relacionada con la interacción entre resiliencia, estrés y bienestar en estudiantes de grado de enfermería de distintos países, y destacaron la importancia de desarrollar habilidades de resiliencia en los estudiantes de enfermería para permitirles afrontar mejor el estrés y mejorar su bienestar psicológico. Por lo tanto, identificar variables que influyen y aumentan la resiliencia de los estudiantes de enfermería podría mejorar su salud emocional, así como la calidad de los cuidados que prestarán en un futuro próximo (Chiang et al., 2021). Además, si bien los planes de estudio estructurados juegan un papel esencial en la impartición de conocimientos teóricos y habilidades clínicas/prácticas, incluso respecto a las habilidades/conocimientos para el cuidado espiritual, es igualmente

necesario reconocer y explorar la influencia de la espiritualidad/religiosidad, el sentido en la vida y la resiliencia en la formación de los estudiantes de enfermería para mejorar su competencia de cuidado espiritual.

Los programas de formación en enfermería deben promover, por un lado, la creación de un ambiente enriquecedor que anime a los estudiantes a reflexionar sobre sus creencias y experiencias espirituales o religiosas, reconociendo que estos factores pueden afectar profundamente su capacidad para conectarse con los pacientes a nivel espiritual y, por otro lado, ofrecer experiencias que fortalezcan la resiliencia. Del mismo modo, varios estudios insisten en la importancia de explorar y cultivar la propia espiritualidad/religiosidad de los estudiantes como un paso previo y esencial para su futura competencia profesional de calidad, identificando una alineación entre las percepciones y la comprensión de los individuos sobre la espiritualidad/religiosidad y el cuidado espiritual y su práctica, resultando estar ambas relacionadas con una mejora de las competencias para el cuidado espiritual (M. Chen et al., 2020; Karaman & Sagkal Midilli, 2022).

Finalmente, y como resumen de todo lo anterior, el modelo predictivo resultante de este estudio, que explica las relaciones entre determinadas variables y las actitudes y/o los conocimientos relacionados con el cuidado espiritual, es el primero realizado con estudiantes de enfermería españoles. En este sentido, lo que este modelo establece es que ser mujer, haber tenido un familiar gravemente enfermo, la presencia de sentido en la vida, la búsqueda de sentido y la resiliencia, son factores predictores de las actitudes hacia el cuidado espiritual, y representan el 14% de la varianza en las percepciones de los estudiantes de enfermería sobre esta dimensión actitudinal. Por otro lado, en cuanto a los conocimientos y habilidades para el cuidado espiritual, el modelo muestra que continúan siendo factores predictores, al igual que para las actitudes, haber tenido un familiar gravemente enfermo, la presencia de sentido, la búsqueda de sentido y la resiliencia, y, además, tener formación previa en cuidado espiritual, la experiencia previa en el cuidado profesional (como, por ejemplo, ser técnico en cuidados auxiliares de enfermería o en otra profesión del ámbito de la salud) y la religiosidad intrínseca, y todos ellos representan en su conjunto el 17% de la variación en las percepciones de los estudiantes de enfermería sobre esta dimensión de conocimientos y habilidades.

Los estudios previos que han establecido modelos predictivos de una mayor competencia en el cuidado espiritual son escasos, se centran sobre todo en enfermeras y no en

estudiantes, y ninguno se ha realizado en el contexto español, ni se ha utilizado la herramienta EPICC para evaluar esta competencia. Aun así, se hace necesario destacar los hallazgos de los principales modelos. En cuanto a las enfermeras, Baysalal et al. (2024b) exploraron las percepciones de las enfermeras (n=1.090) sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual [evaluadas a través de la escala SSCRS, de Mc Sherry et al. (2002)] y los factores influyentes en tres países orientales (Turquía, Italia y Albania). Sus resultados mostraron que factores relacionados fueron el país, el estado civil, tener una creencia religiosa, abrazar la fe islámica, tener formación para el cuidado espiritual y recurrir a prácticas espirituales para hacer frente a dificultades o enfermedades, representando el 17% de la variación en las percepciones de las enfermeras sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual. Por otro lado, Fradelos et al. (2024) realizaron un estudio mixto en enfermeras griegas (n=275), concluyendo que el clima espiritual (que se refiere a la conciencia colectiva y el compromiso de los empleados con la espiritualidad en el lugar de trabajo), la amabilidad como rasgo de su personalidad, el mayor nivel educativo y la subdimensión de significado en la escala de bienestar espiritual FACIT-sp de las enfermeras, tuvieron un efecto positivo en el cuidado espiritual general [evaluado mediante la Spiritual Care Intervention-Provision Scale, de Fradelos et al. (2020)], lo que representó el 27.2% de la variabilidad de las competencias para el cuidado espiritual. Además, Li et al. (2025), en su estudio realizado en enfermeras en China (n=309), encontraron que el ambiente familiar, la asistencia a la formación sobre cuidado espiritual, la empatía (o capacidad de un individuo para reconocer y comprender las emociones que experimentan los demás) y la sensibilidad moral (entendida como la capacidad de la persona para reconocer y discernir cuestiones éticas o morales en el contexto de conflictos o dilemas morales) fueron los principales predictores de la competencia para el cuidado espiritual de las enfermeras (evaluada a través de la escala SCCS, de Van Leeuwen et al., 2009), explicando el 30.3% de la varianza total. Finalmente, Hu et al. (2025), mostraron que trabajar en el turno de noche, así como tres de las dimensiones de la salud espiritual (la trascendencia, el apego religioso y la autocomprensión) fueron los principales predictores de la competencia para el cuidado espiritual de los profesionales de enfermería en China (también evaluada a través de la escala SCCS), explicando el 32.1% de la varianza total del modelo.

Por otro lado, solo se han encontrado tres estudios que analizan las competencias espirituales en estudiantes de enfermería mediante modelos de regresión. Dos de ellos se

realizaron en Irán (Eskandari et al., 2019a; Rabiei Vaziri et al., 2025) y uno en China (Wang, Liang, et al., 2022). En el primero, Eskandari et al (2019a), mostraron que la inteligencia moral (definida como la capacidad y habilidad para distinguir lo correcto de lo incorrecto, de tener fuertes creencias morales y actuar en consecuencia, y de comportarse en la dirección correcta y adecuada), el género masculino y la alta adherencia a una religión fueron predictores de una mayor competencia para el cuidado espiritual de los 312 estudiantes de enfermería de 4º curso (escala SCCS). Por otro lado, Rabiei Vaziri et al. (2025) encontraron que la sensibilidad espiritual (que implica una conciencia y comprensión de las actitudes y emociones de los demás, permitiendo identificar los valores y necesidades espirituales de los pacientes mediante señales verbales y no verbales), la mayor edad, el sexo femenino, el mayor interés por la enfermería, la percepción de la propia espiritualidad y la asistencia a cursos relacionados con el cuidado espiritual explicaron el 45.3% de la varianza de esta competencia en 420 estudiantes de enfermería de 2º, 3º y 4º curso (evaluada mediante la escala SCCS). Y por último, Wang et al. (2022) en su estudio de 2.700 estudiantes en China, hallaron que las percepciones sobre el cuidado espiritual se correlacionaron positivamente con el bienestar espiritual y la empatía, y que el bienestar espiritual desempeñó un papel mediador entre las otras dos variables, representando el 28.1% de la varianza de las percepciones sobre el cuidado espiritual de los estudiantes (escala SCGS, de Tiew & Creedy, 2012).

En cuanto a las variables que no han resultado estadísticamente relacionadas con la competencia para el cuidado espiritual en estudiantes de enfermería en nuestro estudio, destacamos, en primer lugar, la ansiedad ante la muerte. Esto podría deberse a que la escala utilizada (DAI) fue diseñada para evaluar la ansiedad ante la muerte como un rasgo personal, tal vez más relacionado con la propia muerte, mientras que la competencia para el cuidado espiritual podría estar más relacionada con la conciencia de la muerte a nivel profesional o específico, adquirida mediante formación o experiencia profesional. También hay que destacar que es la primera vez que se estudia este factor en estudiantes de enfermería españoles. En el ámbito internacional, Karaca y Ercan Sahin (2025) tampoco encontraron relación entre las percepciones de 237 estudiantes de 3er y 4º año de enfermería en Turquía sobre el cuidado espiritual y las actitudes hacia la muerte. En este caso, los autores sugieren que las actitudes hacia la muerte están influenciadas por factores distintos a la espiritualidad y el cuidado espiritual, por ejemplo: las características demográficas e individuales, las experiencias con la muerte, la educación, las creencias y

la capacidad de hablar sobre la muerte. Por el contrario, Karadağ (2020) sí halló una relación significativa entre las actitudes positivas hacia la muerte [evaluadas mediante la escala *Frommelt Attitude Towards Care of the Dying Instrument (FATCOD)*], y la competencia para el cuidado espiritual en 290 estudiantes de enfermería en Turquía (evaluada mediante la escala SSCRS, de McSherry et al., 2012), así como con la formación en cuidado espiritual y con haber presenciado la muerte de algún paciente.

Tampoco se han encontrado diferencias significativas en la competencia para el cuidado espiritual entre los estudiantes de un centro confesional católico y aquellos que no lo son, ni entre estudiantes que confiesan en una religión y aquellos que se declaran aconfesionales. En este sentido, los estudios previos han mostrado una disparidad en los resultados respecto de esta variable. Así, Giske et al (2023), en el estudio de validación de la escala EPICC en su versión original, reportaron una diferencia estadísticamente significativa entre las competencias para el cuidado espiritual de los estudiantes de una universidad cristiana y las de aquellos de una aconfesional, mientras que en el de Frida et al. (2019), en estudiantes de enfermería indonesios, no encontraron diferencias en la percepción del cuidado espiritual entre estudiantes de una universidad religiosa musulmana y de una universidad pública aconfesional. Por lo tanto, podría concluirse que la orientación confesional de la institución educativa no parece ser un factor determinante en la adquisición de competencias para el cuidado espiritual por parte de sus estudiantes en todos los casos. Este hecho podría ser reflejo, por un lado, de que la formación impartida en el cuidado espiritual en las diferentes facultades y escuelas estudiadas en nuestro caso no difiere, independientemente de los fundamentos religiosos de cada centro, y por otro, invita a considerar que la competencia para el cuidado espiritual podría estar más estrechamente vinculada a la madurez personal y disposición interna del estudiante (en cuanto a su resiliencia, su sentido en la vida, sus experiencias vitales previas, etc) y su propia salud espiritual, influenciada por el contexto cultural, más que a la filiación religiosa del entorno formativo. Por otro lado, los resultados de otros estudios sobre el efecto positivo de la confesión o la afiliación a una religión en la competencia o las actitudes hacia el cuidado espiritual de las enfermeras o estudiantes de enfermería son contradictorios. Algunos han reportado una correlación positiva (Chen et al., 2020; Dezorzi et al., 2019; Green et al., 2020; Guo et al., 2024; Machul et al., 2022; Wang et al., 2024), mientras que otros no han reportado ninguna (Z. Guo et al., 2022; Van Leeuwen & Schep-Akkerman, 2024) o incluso una correlación negativa (Hsieh et al.,

2020). Esto podría deberse a varios factores, incluidos las diferencias culturales (la mayoría de los estudios se realizan en países orientales), las diferencias en las definiciones de los constructos evaluados y las en las herramientas de medición utilizadas.

Vistos los resultados anteriores, parece claro que los factores que explican la variabilidad en la competencia para el cuidado espiritual en enfermeras y estudiantes de enfermería son diversos y que dependen del contexto sociocultural en el que viven o trabajan, confirmando así la importante influencia de la cultura en los antecedentes espirituales/religiosos y en los sistemas de creencias personales, incluso en la práctica profesional. Además, existen otros factores o habilidades personales relacionadas con la competencia en el cuidado espiritual que se pueden aprender o refinar, como podrían ser la inteligencia emocional (Beauvais et al., 2014) o la compasión (Türkben Polat & Özdemir, 2022), que la literatura no ha estudiado de manera consistente, ni en el contexto español. Por lo tanto, sería muy valioso estudiar estos factores en conjunto, para establecer un modelo predictivo más preciso de las competencias en el cuidado espiritual en la profesión de enfermería en el contexto español.

### **Fortalezas y limitaciones del estudio II**

Las principales fortalezas de este estudio residen, por un lado, en la metodología rigurosa utilizada para evaluar la competencia en cuidado espiritual, así como en el estudio de las correlaciones con otras variables, mediante un modelo robusto de regresión lineal múltiple para establecer un modelo predictivo de las principales variables relacionadas con la mejora de esta competencia, que permite establecer líneas futuras de trabajo, desde el contexto universitario y clínico, para la formación en algunas de las variables identificadas, como por ejemplo la resiliencia y el significado en la vida. Por otro lado, destaca la amplia muestra de estudiantes de enfermería obtenida a nivel regional, abarcando la casi totalidad de las escuelas de enfermería de la Comunidad de Madrid, y contemplando la diversidad de modelos formativos tanto laicos como confesionales. Por otro lado, la inclusión de alumnos de primer y cuarto curso, permite valorar cómo son las competencias de nuestros estudiantes al inicio y al final de sus estudios de grado de enfermería. También resaltar que este es el único estudio de estas características realizado en España en estudiantes de enfermería, y sus resultados ofrecen evidencia sólida que puede guiar futuras estrategias formativas en el ámbito del cuidado espiritual.

Sin embargo, hay que reconocer varias limitaciones. En primer lugar, la muestra incluía únicamente estudiantes de enfermería de universidades de la provincia de Madrid, España; por tanto, la generalización de los hallazgos es limitada. En segundo lugar, el uso de instrumentos auto informados implica el riesgo de un sesgo de deseabilidad social, es decir, las competencias evaluadas reflejan las percepciones y aspiraciones de los estudiantes de enfermería, y pueden no coincidir completamente con sus actitudes o conocimientos reales. En tercer lugar, el tamaño final de la muestra fue un 29.3% menor de lo estimado, lo que puede limitar el poder estadístico y la generalización de los resultados, especialmente al extrapolarlos a otros contextos. En cuarto lugar, el tipo de muestreo utilizado y la falta de estratificación por grado pueden no garantizar la representatividad de la muestra. Este tipo de muestreo se eligió porque la accesibilidad y disponibilidad de los participantes en el entorno académico facilitaban una recogida de datos más rápida y eficiente. Y, por último, la naturaleza transversal del estudio no permite establecer inferencias causales, sino sólo asociaciones, entre las competencias para el cuidado espiritual y los diferentes factores o variables analizados en esta tesis.

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES**

## Conclusiones

Las aportaciones más destacables de esta tesis comprenden:

Primero, la escala EPICC\_spa ha demostrado ser un instrumento fiable, culturalmente adaptado y válido para la autoevaluación de las competencias en cuidado espiritual de los estudiantes de enfermería en España y representa un avance significativo en la evaluación de dichas competencias, para apoyar su formación en este aspecto esencial de la atención holística al paciente.

Segundo, los estudiantes de grado de enfermería de las escuelas de la Comunidad de Madrid muestran actitudes favorables hacia el cuidado espiritual, aunque sus conocimientos y habilidades para llevarlo a la práctica, especialmente las relacionadas con la evaluación de las necesidades espirituales de los pacientes, son más limitados, lo que evidencia la necesidad de una formación específica en este sentido, a nivel de los estudios de grado.

Tercero, las principales variables personales predictoras de la competencia para el cuidado espiritual en estudiantes de enfermería han sido: el sexo femenino, la resiliencia, el sentido en la vida, la religiosidad intrínseca, la experiencia previa en el cuidado de enfermos como profesional sanitario, haber experimentado la enfermedad de un familiar cercano y haber recibido formación específica en el cuidado espiritual. Este hallazgo representa un avance significativo para comprender algunos de los factores que conforman la competencia en el cuidado espiritual en los futuros profesionales de enfermería, y aporta luz para futuras investigaciones e intervenciones educativas destinadas a fortalecer este componente esencial de la práctica de enfermería, dado que muchas de estas variables pueden ser modificadas con intervenciones dirigidas.

### **Recomendaciones finales**

A la luz de estos hallazgos, y con el fin último de mejorar la formación de los estudiantes de enfermería, en cuanto al cuidado espiritual que brindarán a los pacientes, parece pertinente sugerir posibles propuestas de intervención que la fortalezcan. Entre ellas, se sugieren:

- La necesidad de seguir desarrollando herramientas válidas para evaluar las competencias de los estudiantes de enfermería en el ámbito del cuidado espiritual. Dada la desviación significativa respecto a los hallazgos originales en la estructura de la escala y su número de elementos, resultaría beneficioso realizar investigaciones adicionales con muestras más extensas y variadas para explorar las causas subyacentes de la desviación de la estructura factorial respecto a la original. Esto permitirá comparar con otras traducciones a largo plazo y probar EPICC\_spa de forma más amplia y rigurosa en otras poblaciones españolas de estudiantes de enfermería, e incluso en otros países de habla hispana.

- Formalizar la enseñanza del cuidado espiritual mediante modelos estructurados, que incluyan la autorreflexión y la simulación, eliminando las barreras del desconocimiento y la incertidumbre que hoy limitan el desarrollo integral de los estudiantes de enfermería. Considerar la implementación de módulos específicos centrados en el desarrollo de la resiliencia personal de los estudiantes, facilitar la reflexión sobre el significado y el propósito en la vida, y proporcionar formación estructurada en habilidades de evaluación e intervención espiritual. En este sentido, la implementación de metodologías docentes que integren la simulación clínica o el estudio de casos ha resultado de gran utilidad, según los estudios más recientes. Además, se podría incorporar la evaluación de estas competencias por parte de los tutores de prácticas durante las prácticas clínicas, así como por los propios profesores, para complementar la evaluación de estas competencias en los estudiantes. Diseñar rúbricas de evaluación centradas en los resultados de aprendizaje esperados en ambos entornos (prácticas y clases) sería muy deseable.

- Considerar la realización de estudios longitudinales, para explorar otros factores asociados a la competencia para el cuidado espiritual a lo largo del tiempo, con el fin de evaluar el proceso de desarrollo personal de esta competencia a lo largo del grado en estudios de enfermería, así como para identificar el impacto de cualquier intervención cuyo objetivo sea potenciar su desarrollo.

## Conclusiones y recomendaciones finales

- Considerar la realización de estudios cualitativos, que puedan aportar una visión más amplia de las experiencias vividas sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual de los estudiantes, esclareciendo aún más los factores contextuales que influyen en su competencia. El uso de datos cualitativos podría enriquecer nuestra comprensión de las dificultades y/o las necesidades de apoyo de los estudiantes de enfermería, orientando hacia intervenciones más personalizadas.
- Continuar estudiando el impacto que tienen otros factores sobre la competencia para el cuidado espiritual, como por ejemplo la compasión, la empatía, la inteligencia espiritual, entre otros, que la literatura ha analizado únicamente en contextos orientales y a través de análisis bivariados, e incluirlos en un modelo multivariante para potenciar su poder predictivo.

## REFERENCIAS

## Referencias

- Aburn, G., Gott, M., & Hoare, K. (2016). What is resilience? An Integrative Review of the empirical literature. *Journal of Advanced Nursing*, 72(5), 980-1000. <https://doi.org/10.1111/jan.12888>
- Abusafia, A. H., Mamat, Z., Rasudin, N. S., Bakar, M., & Ismail, R. (2021). Spiritual Care Competence among Malaysian Staff Nurses. *Nurse Media Journal of Nursing*, 11(1), 1-9. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v11i1.34757>
- Adib-Hajbaghery, M., & Zehtabchi, S. (2016). Developing and Validating an Instrument to Assess the Nurses' Professional Competence in Spiritual Care. *Journal of Nursing Measurement*, 24(1), 15-27. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.24.1.15>
- Al Qadire, M., Abdelrahman, H., Alkhalaileh, M., Khatib, S., Hani, S. B., Elabasy, A., Ballad, C. A. C., Melhem, O., Al Omari, O., & Aljezawi, M. (2024). Perceptions of spirituality and predictors of competence in spiritual care among nursing students in five middle eastern countries: A cross-sectional survey. *Nurse Education Today*, 140, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2024.106249>
- Alexander, M. F., & Runciman, P. (2003). *Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista*. Consejo Internacional de Enfermeras.
- Almaraz, D., Saiz, J., Moreno, F., Sánchez-Iglesias, I., Molina-Fernandez, A., & Goldsby, T. (2022). What Aspects of Religion and Spirituality Affect the Physical Health of Cancer Patients? A Systematic Review. *Healthcare*, 10(8), 1-23. <https://doi.org/10.3390/healthcare10081447>
- Alshakhshir, N. S., Ersig, A. L., Ward, E., Hendricks-Ferguson, V. L., & Montgomery, K. E. (2025). An Evolutionary Concept Analysis of Spiritual Competence in Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 81(6), 2977-2989. <https://doi.org/10.1111/jan.16660>
- Alshehry, A. S. (2018). Spirituality and Spiritual Care Competence among Expatriate Nurses Working in Saudi Arabia. *Religions*, 9(12), 384. <https://doi.org/10.3390/rel9120384>
- Amsrud, K. E., Lyberg, A., & Severinsson, E. (2019a). Development of resilience in nursing students: A systematic qualitative review and thematic synthesis. *Nurse Education in Practice*, 41, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102621>

## Referencias

- Amsrud, K. E., Lyberg, A., & Severinsson, E. (2019b). Development of resilience in nursing students: A systematic qualitative review and thematic synthesis. *Nurse Education in Practice*, *41*, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.102621>
- Aslan, H., Aktürk, Ü., & Erci, B. (2020). Validity and reliability of the Turkish version of the Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale. *Palliative & Supportive Care*, *18*(6), 707-712. <https://doi.org/10.1017/S1478951520000267>
- Atarhim, M. A., Lee, S., & Copnell, B. (2019). An Exploratory Study of Spirituality and Spiritual Care Among Malaysian Nurses. *Journal of Religion and Health*, *58*(1), 180-194. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0624-0>
- Babamohamadi, H., Tafreshi, A., Khoshbakht, S., Ghorbani, R., & Asgari, M. R. (2022). Nursing Students' Professional Competence in Providing Spiritual Care in Iran. *Journal of Religion and Health*, *61*(3), 1831-1847. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01365-9>
- Báez-Hernández, F. J., Nava-Navarro, V., Ramos-Cedeño, L., & Medina-López, O. M. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan*, *9*(2), 127-134.
- Baguna, A. E., Pandeirot, C. Y. M., Juniarta, null, & Barus, N. S. (2024). Correlation of nurses' perception of spirituality and spiritual care with spiritual care practices in Indonesia: A cross-sectional survey. *Belitung Nursing Journal*, *10*(5), 593-600. <https://doi.org/10.33546/bnj.3467>
- Balay-Odao, E. M., Amwao, D. M. D. D., Balisong, J. S., & Cruz, J. P. (2024). Spirituality, Religiosity, Caring Behavior, Spiritual Care, and Personalized Care Among Student Nurses: A Descriptive Correlational Study in the Philippines. *Journal of Religion and Health*, *64*(2), 757-780. <https://doi.org/10.1007/s10943-024-02089-2>
- Balboni, T. A., Paulk, M. E., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Loggers, E. T., Wright, A. A., Block, S. D., Lewis, E. F., Peteet, J. R., & Prigerson, H. G. (2010). Provision of Spiritual Care to Patients With Advanced Cancer: Associations With Medical Care and Quality of Life Near Death. *Journal of Clinical Oncology*, *28*(3), 445-452. <https://doi.org/10.1200/JCO.2009.24.8005>
- Balboni, T. A., VanderWeele, T. J., Doan-Soares, S. D., Long, K. N. G., Ferrell, B. R., Fitchett, G., Koenig, H. G., Bain, P. A., Puchalski, C., Steinhauser, K. E., Sulmasy, D. P.,

## Referencias

- & Koh, H. K. (2022). Spirituality in Serious Illness and Health. *JAMA*, 328(2), 184. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.11086>
- Baldacchino. (2015). Spiritual Care Education of Health Care Professionals. *Religions*, 6(2), Article 2. <https://doi.org/10.3390/rel6020594>
- Baldacchino, D. R. (2006). Nursing competencies for spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 885-896. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01643.x>
- Bar-Sela, G., Schultz, M. J., Elshamy, K., Rassouli, M., Ben-Arye, E., Doumit, M., Gafer, N., Albashayreh, A., Ghrayeb, I., Turker, I., Ozalp, G., Kay, S., Fahmi, R., Nestoros, S., Ghali, H., Mula-Hussain, L., Shazar, I., Obeidat, R., Punjwani, R., ... Silbermann, M. (2019). Training for awareness of one's own spirituality: A key factor in overcoming barriers to the provision of spiritual care to advanced cancer patients by doctors and nurses. *Palliative & Supportive Care*, 17(3), 345-352. <https://doi.org/10.1017/S147895151800055X>
- Baysal, E., Demirkol, H., Erol, A., Kaçmaz, E. D., Duka, B., Agolli, B., Stievano, A., & Notarnicola, I. (2024a). Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care and Influencing Factors in Türkiye, Italy, and Albania: A Multicultural Study. *Healthcare*, 12(14), Article 14. <https://doi.org/10.3390/healthcare12141391>
- Baysal, E., Demirkol, H., Erol, A., Kaçmaz, E. D., Duka, B., Agolli, B., Stievano, A., & Notarnicola, I. (2024b). Nurses' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care and Influencing Factors in Türkiye, Italy, and Albania: A Multicultural Study. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 12(14), 1-15. <https://doi.org/10.3390/healthcare12141391>
- Beauvais, A. M., Stewart, J. G., & DeNisco, S. (2014). Emotional Intelligence and Spiritual Well-Being: Implications for Spiritual Care. *Journal of Christian Nursing*, 31(3), 166-171. <https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000074>
- Benito, E. (2024). "Acompañar en el final de la vida tiene premio: Te conmueve y te transforma" | <https://abimad.org/enric-benito-acompanar-en-el-final-de-la-vida-tiene-premio-te-conmueve-y-te-transforma-aceprensa/>
- Benito, E., Barbero, J., & Dones, M. (2014). *Espiritualidad en clínica, una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos*. Síosí Punto Gráfico.

## Referencias

- Benito, E., Dones, M., & Babero, J. (2016). El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. *Psicooncología*, 13(2-3), 367-384. <https://doi.org/10.5209/PSIC.54442>
- Benito, E., Payas, A., & Babero, J. (2008). *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos: Una introducción y una propuesta* (Vol. 13). Grupo Arán ediciones. <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/54442>
- Benner, P. (1982). From Novice To Expert. *AJN The American Journal of Nursing*, 82(3). [https://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/1982/82030/From\\_Novice\\_To\\_Expert.4.aspx](https://journals.lww.com/ajnonline/Fulltext/1982/82030/From_Novice_To_Expert.4.aspx)
- Bermejo, J. C., & Villaceros, M. (2016). Componentes de la esperanza en situación de terminalidad: Estudio de desarrollo de una escala de medida. *Gerokomos*, 27, 97-103.
- Birimoglu Okuyan, C., Akgul, E., & Gurcay, B. (2024). The Relationship Between Religious Attitude, Compassion and Spiritual Care in Nursing Students: The Case of Türkiye. *Journal of Religion and Health*, 63(3), 1802-1817. <https://doi.org/10.1007/s10943-023-01969-3>
- Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quiñonez, H. R., & Young, S. L. (2018). Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social, and Behavioral Research: A Primer. *Frontiers in Public Health*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>
- Bonanno, G. A. (2005). Clarifying and Extending the Construct of Adult Resilience. *American Psychologist*, 60(3), 265-267. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.3.265b>
- Boyle, P. A., Buchman, A. S., Barnes, L. L., & Bennett, D. A. (2010). Effect of a Purpose in Life on Risk of Incident Alzheimer Disease and Mild Cognitive Impairment in Community-Dwelling Older Persons. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 304. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.208>
- Brandstötter, C., Sari Kundt, F., & Paal, P. (2021). Spiritual Well-being, Attitude, Involvement, Perceptions and Competencies: Measuring the Self-Perception of Nursing Students During 2018, 2019 and the First Wave of COVID-19 in 2020. *Health and Social Care Chaplaincy*, 9(2). <https://doi.org/10.1558/HSCC.18468>

## Referencias

- Britt, K. C., & Acton, G. (2021). Exploring the Meaning of Spirituality and Spiritual Care with Help From Viktor Frankl. *Journal of Holistic Nursing*, 40(1), 46-55. <https://doi.org/10.1177/08980101211026776>
- Burkhart, L., Schmidt, L., & Hogan, N. (2011). Development and psychometric testing of the Spiritual Care Inventory instrument. *Journal of Advanced Nursing*, 67(11), 2463-2472. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05654.x>
- Burkhart, L., & Schmidt, W. (2012). Measuring Effectiveness of a Spiritual Care Pedagogy in Nursing Education. *Journal of Professional Nursing*, 28(5), 315-321. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2012.03.003>
- Bush, R. S., Baliko, B., & Raynor, P. (2023). Building Spiritual Care Competency in Undergraduate Psychiatric Mental Health Nursing Students: A Quality Improvement Project. *Journal of holistic nursing: official journal of the American Holistic Nurses' Association*, 41(3), 256-264. <https://doi.org/10.1177/08980101221103104>
- Büssing, A. (Ed.). (2021). *Spiritual Needs in Research and Practice: The Spiritual Needs Questionnaire as a Global Resource for Health and Social Care*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-70139-0>
- Cabrera-Aguilar, E., Zevallos-Francia, M., Morales-García, M., Ramírez-Coronel, A. A., Morales-García, S. B., Sairitupa-Sanchez, L. Z., & Morales-García, W. C. (2023). Resilience and stress as predictors of work engagement: The mediating role of self-efficacy in nurses. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1202048>
- Castro, A. R., Cárdenas, Á. R., Munive, M. V., & Canova, C. (2013). Bienestar espiritual de adultos mayores con enfermedades crónicas de la ciudad de Santa Marta, Colombia. . *ISSN*, 10.
- Cerra, A., Jane Newman, R. M., & Vittner, D. (2024). Spirituality Educational Intervention to Enhance Spirituality Clinical Practice and Resilience. *Nurse Leader*, 22(4), 355-359. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2024.04.004>
- Chaboyer, W., Harbeck, E., Lee, B.-O., & Grealish, L. (2021). Missed nursing care: An overview of reviews. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 37(2), 82-91. <https://doi.org/10.1002/kjm2.12308>

## Referencias

- Chahrour, W. H., Hvidt, N. C., Hvidt, E. A., & 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*, 115. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00804-4>
- Chen, C., Sun, X., Zhang, Y., Liu, Z., Jiao, M., & Hu, Y. (2025). Mediating Effect of Perceived Professional Benefit on the Relationship Between Spiritual Health and Spiritual Care Competence Among New Nurses: A Cross-Sectional Study. *Journal of Nursing Management*, *2025*(1), 8832454. <https://doi.org/10.1155/jonm/8832454>
- Chen, M., Chen, Y., Lin, L., & Chuang, L. (2020). Factors influencing the self-perceived competencies in spiritual care of nurses in the long-term care facilities. *Journal of Nursing Management*, *jonm.13080*. <https://doi.org/10.1111/jonm.13080>
- Chiang, Y.-C., Chiang, H.-Y., Lee, H.-C., Han, C.-Y., & Hsiao, Y. (2014). The construction and evaluation a spiritual care attitude scale. *Journal of Nursing and Healthcare Research*, *10*, 102-112.
- Chiang, Y.-C., Lee, H.-C., Chu, T.-L., Han, C.-Y., & Hsiao, Y.-C. (2020a). A spiritual education course to enhance nursing students' spiritual competencies. *Nurse Education in Practice*, *49*, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102907>
- Chiang, Y.-C., Lee, H.-C., Chu, T.-L., Han, C.-Y., & Hsiao, Y.-C. (2020b). Exploration of the Association Between Religious Affiliation and Attitude Toward Spiritual Care in Clinical Nurses. *Journal of Nursing Research*, *28*(2), e77. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000352>
- Chiang, Y.-C., Lee, H.-C., Chu, T.-L., Wu, C.-L., & Hsiao, Y.-C. (2021). The relationship between spiritual health, health-promoting behaviors, depression and resilience: A longitudinal study of new nurses. *Nurse Education in Practice*, *56*, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103219>
- Church, C. D. (2016). Defining Competence in Nursing and Its Relevance to Quality Care. *Journal for Nurses in Professional Development*, *32*(5), E9-E14. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000289>
- Clark, D. (1999). 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958–1967. *Social Science & Medicine*, *49*(6), 727-736. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00098-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00098-2)

## Referencias

- Clarke, J. (2013). *Spiritual Care in Everyday Nursing Practice: A New Approach*. Bloomsbury Academic. <https://doi.org/10.1007/978-1-137-31912-8>
- Clarke, J., & Baume, K. (2019). Embedding spiritual care into everyday nursing practice. *Nursing Standard*, 34(12), 30-34. <https://doi.org/10.7748/ns.2019.e11354>
- Cohen, J. (2009). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. ed., reprint). Psychology Press.
- Cone, P. H., & Giske, T. (2018). Integrating spiritual care into nursing education and practice: Strategies utilizing Open Journey Theory. *Nurse Education Today*, 71, 22-25. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.08.015>
- Contreras, C. C. T., Escobar, L. M. V., Rodríguez, J. Y. T., & Cañon-Montañez, W. (2023). Competencia en cuidado espiritual en enfermería: Revisión integrativa de literatura. *Revista Cuidarte*, 14(2), Article 2. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.2635>
- Costa, M. L., Dantas, A. C., Pérez, P. E., & Vitor, A. F. (2022). Spiritual care and spirituality in academic nursing training: A scoping review. *Av.Enferm*, 41(2).
- Costeira, C., Querido, A., Ventura, F., Loureiro, H., Coelho, J., Benito, E., Nabal, M., Dones, M., Specos, M., & Laranjeira, C. (2024). Spiritual Care[Givers] Competence in Palliative Care: A Scoping Review. *Healthcare*, 12, 1059. <https://doi.org/10.3390/healthcare12111059>
- Dar, K. A., & Iqbal, N. (2019). Religious Commitment and Well-Being in College Students: Examining Conditional Indirect Effects of Meaning in Life. *Journal of Religion and Health*, 58(6), 2288-2297. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0538-2>
- de Brito Sena, M. A., Damiano, R. F., Lucchetti, G., & Peres, M. F. P. (2021). Defining Spirituality in Healthcare: A Systematic Review and Conceptual Framework. *Frontiers in Psychology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.756080>
- de Diego Cordero, R., Lucchetti, G., Fernández-Vazquez, A., & Badanta-Romero, B. (2019). Opinions, Knowledge and Attitudes Concerning “Spirituality, Religiosity and Health” Among Health Graduates in a Spanish University. *Journal of Religion and Health*, 58(5), 1592-1604. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00780-3>
- De Diego Cordero, R., Suero Castillo, C., & Vega Escaño, J. (2019). La formación en religiosidad y espiritualidad en los estudios de Grado en Enfermería. *Cultura de los*

## Referencias

*Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, (53).  
<https://doi.org/10.14198/cuid.2019.53.29>

De Diego-Cordero, R., Iglesias-Romo, M., Badanta, B., Lucchetti, G., & Vega-Escañó, J. (2022). Burnout and spirituality among nurses: A scoping review. *EXPLORE*, 18(5), 612-620. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2021.08.001>

de Diego-Cordero, R., López-Tarrida, Á. C., Linero-Narváez, C., & Galán González-Serna, J. M. (2023). “More Spiritual Health Professionals Provide Different Care”: A Qualitative Study in the Field of Mental Health. *Healthcare*, 11(3), 1-15. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030303>

de Diego-Cordero, R., Suárez-Reina, P., Badanta, B., Lucchetti, G., & Vega-Escañó, J. (2022). The efficacy of religious and spiritual interventions in nursing care to promote mental, physical and spiritual health: A systematic review and meta-analysis. *Applied Nursing Research*, 67, 151618. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2022.151618>

Deluga, A., Dobrowolska, B., Jurek, K., Nowicki, G., & Ślusarska, B. (2021). Selected determinants of spirituality among nurses. *Pielęgniarstwo XXI Wieku / Nursing in the 21st Century*, 20(1), 22-29. <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2021-0004>

Devellis, R. F. (2016). *Scale Development: Theory and Applications*.

Dewi, I. P., Haroen, H., Agustina, H. R., Pahria, T., Arisanti, N., & Keawpimon, P. (2025). Spiritual care competencies among nursing students in the middle East and Asia: A systematic review. *BMC Nursing*, 24(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03047-3>

Dezorzi, L. W., Raymundo, M. M., Goldim, J. R., & Van Leeuwen, R. (2019). Cross-cultural validation of the Brazilian version of the spiritual care competence scale. *Palliative and Supportive Care*, 17(03), 322-327. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000159>

Dincer, A., & Çiftçi, B. (2023). The relationship between nursing students' compassion competencies and perceptions of spirituality and spiritual care. *Palliative & Supportive Care*, 1-6. <https://doi.org/10.1017/S1478951523000433>

Domènech-Sorolla, J., Fernández-Pascual, M. D., Pedregosa-Fauste, S., García-Díaz, F., & Martínez-Rodríguez, L. (2025). Undergraduate nursing students' perceptions and

## Referencias

- experiences of learning spiritual competencies: A qualitative meta-synthesis. *Nurse Education Today*, 147, 106585. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2025.106585>
- Duru, H. A., Kovanci, M. S., Ocalan, S., & Dakdevir, K. (2025). The Mediating Role of Compassion Capacity in the Relationship Between Resilience and Spirituality and Spiritual Care among Nurses in Türkiye. *Journal of Religion & Health*. <https://doi.org/10.1007/s10943-025-02503-3>
- Ebrahimi Barmi, B., Hosseini, M., Abdi, K., Bakhshi, E., & Shirozhan, S. (2019). The Relationship between Spiritual Intelligence and Resiliency of Rehabilitation Staff. *Journal of Pastoral Care & Counseling: Advancing Theory and Professional Practice through Scholarly and Reflective Publications*, 73(4), 205-210. <https://doi.org/10.1177/1542305019877158>
- Efficace, F., & Marrone, R. (2002). Spiritual issues and quality of life assessment in cancer care. *Death Studies*, 26(9), 743-756. <https://doi.org/10.1080/07481180290106526>
- El Nawawi, N. M., Balboni, M. J., & Balboni, T. A. (2012). Palliative care and spiritual care: The crucial role of spiritual care in the care of patients with advanced illness. *Current Opinion in Supportive & Palliative Care*, 6(2), 269-274. <https://doi.org/10.1097/SPC.0b013e3283530d13>
- Eseverri Chaverri, C. (1995). *Historia de la enfermería española e hispanoamericana*. Universitas.
- Eskandari, N., Golaghaie, F., Aghabarary, M., Dinmohammadi, M., Koohestani, H., Didehdar, M., Dehghankar, L., & Abbasi, M. (2019a). Explaining the Relationship between Moral Intelligence and Professional Self-Concept with the Competency of Nursing students in Providing Spiritual Care to Promote Nursing Education. *Journal of Education and Health Promotion*, 8, 1-6. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_105\\_19](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_105_19)
- Eskandari, N., Golaghaie, F., Aghabarary, M., Dinmohammadi, M., Koohestani, H., Didehdar, M., Dehghankar, L., & Abbasi, M. (2019b). Explaining the Relationship between Moral Intelligence and Professional Self-Concept with the Competency of Nursing students in Providing Spiritual Care to Promote Nursing Education. *Journal of Education and Health Promotion*, 8, 1-6. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_105\\_19](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_105_19)

## Referencias

- Esquerda Aresté, M., López-Tarrida, Á., Lorenzo, D., & Bofarull, M. (2023). Determinantes espirituales de salud. *Razón y fe*, 287(1461), 23-37. <https://doi.org/10.14422/ryf.vol287.i1461.y2023.002>
- Estebansari, F., Farhadi Nasab, A., Barati, M., Stiri, S., Fath, M. M., Mostafaie, D., & Kandi, Z. R. K. (2023). The Relationship between Daily Spiritual Experiences and the Dimensions of Spiritual Care Competence in Nursing Students: The Dimension of Professionalization and Improvement of the Quality of Spiritual Care. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 28(3), 339-344. [https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr\\_357\\_21](https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_357_21)
- Fallahi Khoshknab, M., Mazaheri, M., Maddah, S. S., & Rahgozar, M. (2010). Validation and reliability test of Persian version of The Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS). *Journal of Clinical Nursing*, 19(19-20), 2939-2941. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03411.x>
- Feo, R., Kitson, A., & Conroy, T. (2018). How fundamental aspects of nursing care are defined in the literature: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), 2189-2229. <https://doi.org/10.1111/jocn.14313>
- Fernández-Pascual, M. D., Reig-Ferrer, A., Martínez-Rodríguez, L., Quesada-Rico, J. A., Mcsherry, W., & Riquelme-Ros, L. (2024). Validation of Spanish Version of the *Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS-Sp)* in Nursing Professionals. *Nursing Open*, 11(12), e70115. <https://doi.org/10.1002/nop2.70115>
- Fernández-Pascual, M. D., Reig-Ferrer, A., & Santos-Ruiz, A. (2020). Effectiveness of an Educational Intervention to Teach Spiritual Care to Spanish Nursing Students. *Religions*, 11(11), 1-12. <https://doi.org/10.3390/rel11110596>
- Fernández-Pascual, M. D., Reig-Ferrer, A., Santos-Ruiz, A. M., & Martínez-Rodríguez, L. (2025). Spirituality in Managing Perceived Stress and Promoting Self-Care: A Descriptive Study on Nursing Students in Spain. *Journal of Religion and Health*, 64(2), 882-898. <https://doi.org/10.1007/s10943-024-02232-z>
- Fisher, J. (2016). Selecting the Best Version of SHALOM to Assess Spiritual Well-Being. *Religions*, 7(5), 45. <https://doi.org/10.3390/rel7050045>

## Referencias

- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological Resilience: A Review and Critique of Definitions, Concepts, and Theory. *European Psychologist, 18*(1), 12-23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
- Fradelos, E. C., Alikari, V., Artemi, S., Missouridou, E., Mangoulia, P., Kyranou, M., Saridi, M., Toska, A., Tsaras, K., & Tzavella, F. (2024). A Mixed-Method Study on the Assessment of Factors Influencing Nurses' Provision of Spiritual Care. *Healthcare, 12*(8), 1-16. <https://doi.org/10.3390/healthcare12080854>
- Fradelos, E. C., Papathanasiou, I. V., & Tzavella, F. (2020). Translation and Validation of the Spiritual Care Intervention-Provision Scale in the Greek Language. *Scientifica, 2020*(1), 8568043. <https://doi.org/10.1155/2020/8568043>
- Frick, E., Theiss, M., Rodrigues Recchia, D., & Büssing, A. (2019). Validierung einer deutschsprachigen Spiritual Care-Kompetenz-Skala: Validation of a spiritual care competence scale in German language. *Spiritual Care, 8*(2), 193-207. <https://doi.org/10.1515/spircare-2018-0066>
- Frida, A., Novieastari, E., & Nuraini, T. (2019). Perception on spiritual care: Comparison of the nursing students of public university and religious-based university. *Enfermería Clínica, The Second International Nursing Scholar Congress (INSC 2018) of Faculty of Nursing, Universitas Indonesia., 29*, 59-64. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.009>
- Fuentes, del C. F. (2018). La Religiosidad y la Espiritualidad¿Son conceptos teóricos independientes? *Revista de Psicología, 14*(28), 109-119.
- García Torrejon, M. C. G., Heras de la Calle, G., Martin Delgado, M. C., Franco Garrobo, N., Gordo Vidal, F., Varillas Delgado, D., Caballero Martínez, F., & Álvarez Montero, S. (2023). Spirituality in Critical Care: An Observational Study of the Perceptions of Professionals, Patients and Families, in Spain and Latin America. *Journal of Religion and Health*. <https://doi.org/10.1007/s10943-023-01746-2>
- Gardner, F. (2017). *Critical Spirituality: A Holistic Approach to Contemporary Practice*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315258850>
- Garsen, B., Ebenau, A. F., Visser, A., Uwland, N., & Groot, M. (2017). A critical analysis of scales to measure the attitude of nurses toward spiritual care and the frequency of spiritual nursing care activities. *Nursing Inquiry, 24*(3), e12178. <https://doi.org/10.1111/nin.12178>

## Referencias

- George, L. S., Balboni, T. A., Maciejewski, P. K., Epstein, A. S., & Prigerson, H. G. (2020). "My doctor says the cancer is worse, but I believe in miracles"—When religious belief in miracles diminishes the impact of news of cancer progression on change in prognostic understanding. *Cancer*, *126*(4), 832-839. <https://doi.org/10.1002/cncr.32575>
- Ghorbani, M., Mohammadi, E., Aghabozorgi, R., & Ramezani, M. (2021). Spiritual care interventions in nursing: An integrative literature review. *Supportive Care in Cancer*, *29*(3), 1165-1181. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05747-9>
- Gibbons, R. D., & Hedeker, D. R. (1992). Full-Information Item Bi-Factor Analysis. *Psychometrika*, *57*(3), 423-436. <https://doi.org/10.1007/BF02295430>
- Giske, T., Schep-Akkerman, A., Bø, B., Cone, P. H., Moene Kuvén, B., Mcsherry, W., Owusu, B., Ueland, V., Lassche-Scheffer, J., Leeuwen, R., & Ross, L. (2023). Developing and testing the EPICC Spiritual Care Competency Self-Assessment Tool for student nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing*, *32*, 1148-1162. <https://doi.org/10.1111/jocn.16261>
- Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and application* (3. ed). Mosby.
- Gorsuch, R. L. (1983). *Factor analysis* (2nd ed). L. Erlbaum Associates.
- Goyarrola, R., Lamminmäki, A., Sipola, V., Karvinen, I., Peake, M., Saarelainen, S.-M., Santavirta, N., Niemi-Murola, L., & Pöyhiä, R. (2024). Finnish Palliative Care Nurses' and Physicians' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care Related to Their Attitudes toward End-of-Life Care. *Palliative Medicine Reports*, *5*(1), 247-257. <https://doi.org/10.1089/pmr.2023.0078>
- Gray, A. (2017). *Gray A 2017 Resilience spirituality health.pdf*. [https://www.academia.edu/33320434/Gray\\_A\\_2017\\_Resilience\\_spirituality\\_health\\_pdf](https://www.academia.edu/33320434/Gray_A_2017_Resilience_spirituality_health_pdf)
- Green, A., Kim-Godwin, Y. S., & Jones, C. W. (2020a). Perceptions of Spiritual Care Education, Competence, and Barriers in Providing Spiritual Care Among Registered Nurses. *Journal of Holistic Nursing*, *38*(1), 41-51. <https://doi.org/10.1177/0898010119885266>
- Green, A., Kim-Godwin, Y. S., & Jones, C. W. (2020b). Perceptions of Spiritual Care Education, Competence, and Barriers in Providing Spiritual Care Among Registered

## Referencias

- Nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 38(1), 41-51. <https://doi.org/10.1177/0898010119885266>
- Guilherme, C., Fulquini, F. L., Ribeiro, V. S., Gadioli, B., Eduardo, A. H. A., Caldeira, S., Leeuwen, R. V., & Carvalho, E. C. (2021). Evidências de validade da spiritual care competence scale para estudantes de graduação em enfermagem brasileiros. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, 24(1). <https://doi.org/10.5935/1415.2762.20200080>
- Guo, W., Liu, X., Zhang, Y., Chen, R., Qi, W., Deng, J., & Cui, J. (2024). Competence and perceptions of spiritual care among clinical nurses: A multicentre cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 33(4), 1432-1443. <https://doi.org/10.1111/jocn.16932>
- Guo, Y., Luo, Y., Lam, L., Cross, W., Plummer, V., & Zhang, J. (2018). Burnout and its association with resilience in nurses: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 441-449. <https://doi.org/10.1111/jocn.13952>
- Guo, Y.-F., Cross, W. M., Lam, L., Plummer, V., Wang, X.-X., & Wang, S.-S. (2021). Association between psychological capital and spiritual care competencies of clinical nurses: A multicentre cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 29(6), 1713-1722. <https://doi.org/10.1111/jonm.13303>
- Guo, Z., Zhang, Y., Li, P., Zhang, Q., & Shi, C. (2022). Student nurses' spiritual care competence and attitude: An online survey. *Nursing Open*, 10(3), 1811-1820. <https://doi.org/10.1002/nop2.1441>
- Gurdogan, E. P., Kınıcı, E., & Aksoy, B. (2019). The relationship between death anxiety and attitudes toward the care of dying patient in nursing students. *Psychology, Health & Medicine*, 24(7), 843-852. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1576914>
- Hair, J. F., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Black, W. C. (2022). *Multivariate Data Analysis*. Cengage Learning.
- Han, K.-H., Hung, K.-C., Cheng, Y.-S., Chung, W., Sun, C.-K., & Kao, C.-C. (2023). Factors affecting spiritual care competency of mental health nurses: A questionnaire-based cross-sectional study. *BMC NURSING*, 22(1), 202. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01302-z>
- Hancock, G., & Mueller, R. O. (2001). Rethinking construct reliability within latent variable systems. *Structural Equation Modeling: Present and Future*, 195-216.

## Referencias

- Hawthorne, D. M. (2020). The Invisibility of Spiritual Nursing Care in Clinical Practice. *Journal of Holistic Nursing*, 38(1), 147-155. <https://doi.org/10.1177/08980101198889704>
- Heidari, A., Afzoon, Z., & Heidari, M. (2022). The correlation between spiritual care competence and spiritual health among Iranian nurses. *BMC Nursing*, 21(1), 277. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01056-0>
- Hellman, A. N., Williams, W. E., & Hurley, S. (2015). Meeting Spiritual Needs: A Study Using the Spiritual Care Competence Scale. *Journal of Christian Nursing*, 32(4), 236-241. <https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000207>
- Herdman, T. H., & Kamitsuru, S. (2024). *Nursing Diagnoses: Definitions and classification 2024-2026* (13th ed.). Thieme Publishers, cop.
- Herdman, T. H., PhD, RN, FNI, FAAN. (2025). Preliminares. En T. H. Herdman PhD, RN, FNI, FAAN (Ed.), *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2024-2026* (pp. 3-3). <https://doi.org/10.1016/B978-84-1382-761-2.50001-8>
- Hill, P. C., & Pargament, K. I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist*, 58(1), 64-74. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.64>
- Hill, P. L., & Turiano, N. A. (2014). Purpose in Life as a Predictor of Mortality Across Adulthood. *Psychological Science*, 25(7), 1482-1486. <https://doi.org/10.1177/0956797614531799>
- Hsieh, S.-I., Hsu, L.-L., Kao, C.-Y., Breckenridge-Sproat, S., Lin, H.-L., Tai, H.-C., Huang, T.-H., & Chu, T.-L. (2020). Factors associated with spiritual care competencies in Taiwan's clinical nurses: A descriptive correlational study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9-10), 1599-1613. <https://doi.org/10.1111/jocn.15141>
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Hu, S., Liu, S., Yang, Q., Zhao, T., Shumaila, B., Xian, Y., Liu, H., Xu, D., Hu, H., & Li, X. (2025). Factors influencing resilience and its relationship with spiritual coping

## Referencias

- strategies among nursing college students: A latent profile analysis. *Bmc Nursing*, 24(1), 835. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03510-1>
- Hu, X., Yuan, J., Jiao, M., Chen, J., & Hu, Y. (2025). Association between spiritual care competency and spiritual health among nursing interns: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 24(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02809-3>
- Hu, Y., Leeuwen, R. V., & Li, F. (2019). Psychometric properties of the Chinese version of the spiritual care competency scale in nursing practice: A methodological study. *BMJ Open*, 9(10), e030497. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030497>
- Huang, Y., Lv, D., Wang, T., Zhang, H., & Zhang, L. (2024). Reliability and validity test of the Chinese version of the spiritual care-giving scale in nursing undergraduates and its application. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 40(10), 2313-2318. <https://doi.org/10.12669/pjms.40.10.9021>
- Hungelmann, J., Kenkel-Rossi, E., Klassen, L., & Stollenwerk, R. (1996). Focus on Spiritual Well-Being: Harmonious interconnectedness of mind-body-spirit—Use of the JAREL Spiritual Well-Being Scale. *Geriatric Nursing*, 17(6), 262-266. [https://doi.org/10.1016/S0197-4572\(96\)80238-2](https://doi.org/10.1016/S0197-4572(96)80238-2)
- Hvidt, N. C., Nielsen, K. T., Kørup, A. K., Prinds, C., Hansen, D. G., Viftrup, D. T., Assing Hvidt, E., 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., ... 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>
- INE. (2024). *Nota de Prensa: Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados. Año 2023*. INE. <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/EPSC2023.htm>
- International Council of Nurses. (2021). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. International Council of Nurses: Geneva, Switzerland.
- Jafari, M., & Fallahi-Khoshknab, M. (2021). Competence in providing spiritual care and its relationship with spiritual well-being among Iranian nurses. *Journal of Education and Health Promotion*, 10, 1-5. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_203\\_21](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_203_21)

## Referencias

- Jalali, A., Fashi, F. M., Karami, M., Kalthory, P., Taghvostani, N. M., & Moradi, K. (2025). Assessment of psychometric properties of the Persian version of the spiritual care competency self-assessment tool. *Palliative & Supportive Care*, 23, e37. <https://doi.org/10.1017/S147895152400141X>
- Jamahneh, O. M., AL-Hammouri, M. M., Rababah, J., Hseinat, R., Alshurmmman, N. K., Alshorman, A., Ta'an, W., & Saifan, F. (2025). Spiritual Well-Being and Spiritual Care Competence: The Mediating Role of Resilience and Decision Fatigue. *Journal of Holistic Nursing*, 08980101251325285. <https://doi.org/10.1177/08980101251325285>
- Jastrzębski, A. K. (2022). The challenging task of defining spirituality. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 24(2), 113-131. <https://doi.org/10.1080/19349637.2020.1858734>
- Jones, K. F., Paal, P., Symons, X., & Best, M. C. (2021). The Content, Teaching Methods and Effectiveness of Spiritual Care Training for Healthcare Professionals: A Mixed-Methods Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(3), e261-e278. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.03.013>
- Jones, K., Simpson, G. K., Briggs, L., & Dorsett, P. (2016). Does spirituality facilitate adjustment and resilience among individuals and families after SCI? *Disability and Rehabilitation*, 38(10), 921-935. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1066884>
- Juárez-Rodríguez, P. A., & García-Campos, M. de L. (2009). La importancia del cuidado de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 17(2), 109-111.
- Kabakci, E. N., & Çelik, N. (2022). Adaptation into Turkish and evaluation of the psychometric properties of the Spiritual Care Competence Scale. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 13(2), 648-656. <https://doi.org/10.15452/cejnm.2022.13.0001>
- Kaiyue, W., Xinsheng, W., Linbo, S., Jiayi, F., & Changping, S. (2025). Nurse Competency in Providing Spiritual Care and Associated Influencing Factors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nursing Open*, 12(4), e70192. <https://doi.org/10.1002/nop2.70192>
- Kalkim, A., Sagkal Midilli, T., & Daghan, S. (2018). Nursing Students' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care and Their Spiritual Care Competencies: A Correlational

## Referencias

Research Study. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 20(3), 286-295. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000446>

Karabey, T., Özveren, H., Gülnar, E., & Gültürk, E. (2024). The Enhancing of Nurses' and Midwives' Competence in Providing Spiritual Care through Innovative Education and Compassionate Care using the Spiritual Care Competency Self-Assessment Tool: Turkish Version. *Journal of Religion and Health*. <https://doi.org/10.1007/s10943-024-02132-2>

Karaca, T., & Ercan Sahin, N. (2025). The Effect of Palliative Spiritual Care Education on Nursing Students' Perception of Spiritual Care and Attitudes towards Death in Turkey: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Religion and Health*, 64(2), 920-929. <https://doi.org/10.1007/s10943-024-02196-0>

Karadağ, E. (2020). Do Perceptions of Spiritual Care Affect Attitudes Towards Care for Dying Patients in a Group of Turkish Nursing Students? *Journal of Religion and Health*, 59(4), 1702-1712. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00815-9>

Karaman, A., & Sagkal Midilli, T. (2022). The relationship between nurses' perceptions and competency about spiritual care and influencing factors. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(3), 1021-1028. <https://doi.org/10.1111/ppc.12894>

Kelly, E. P., Hyer, M., Tsilimigras, D., & Pawlik, T. M. (2021). Healthcare provider self-reported observations and behaviors regarding their role in the spiritual care of cancer patients. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 29(8), 4405-4412. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05957-1>

Kim, E. S., Delaney, S. W., & Kubzansky, L. D. (2019). Sense of Purpose in Life and Cardiovascular Disease: Underlying Mechanisms and Future Directions. *Current Cardiology Reports*, 21(11), 135. <https://doi.org/10.1007/s11886-019-1222-9>

King, L. A., & Hicks, J. A. (2021). The Science of Meaning in Life. *Annual Review of Psychology*, 72(Volume 72, 2021), 561-584. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-072420-122921>

King, L. A., Hicks, J. A., Krull, J. L., & Del Gaiso, A. K. (2006). Positive affect and the experience of meaning in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(1), 179-196. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.1.179>

## Referencias

- Kocatepe, V., Yöyler, F., Coşğun, M., Güler, B., & Ediboğlu, Ö. (2024). The Investigation of the Relationship Between Mortality Awareness and Spiritual Care Competencies of Nurses Working in Intensive Care and Palliative Care Units. *OMEGA - Journal of Death and Dying*. <https://doi.org/10.1177/00302228241307164>
- Koenig, H. (2004). Religion, Spirituality, and Medicine: Research Findings and Implications for Clinical Practice: *Southern Medical Journal*, 97(12), 1194-1200. <https://doi.org/10.1097/01.SMJ.0000146489.21837.CE>
- Koenig, H. G., & Al Zaben, F. (2021). Psychometric Validation and Translation of Religious and Spiritual Measures. *Journal of Religion and Health*, 60(5), 3467-3483. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01373-9>
- Koenig, H. G., & Büssing, A. (2010). The Duke University Religion Index (DUREL): A Five-Item Measure for Use in Epidemiological Studies. *Religions*, 1(1), Article 1. <https://doi.org/10.3390/rel1010078>
- Koenig, H., Koenig, H. G., King, D., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press, USA.
- Koenig, H., McCullough, M., & Larson, D. (2001). *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780195118667.001.0001>
- Koenig, H., VanderWeele, T., & Peteet, J. R. (2023). *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press.
- Köktürk Dalcalı, B., & Erden Melikoğlu, S. (2022). The Relationship Between Nursing Students' Perceptions of Spirituality and Spiritual Care and their Personal Values. *Journal of Religion and Health*, 61(3), 1907-1921. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01355-x>
- Kudubes, A. A., Akıl, Z. K., Bektas, M., & Bektas, İ. (2021). Nurses' Attitudes Towards Death and Their Effects on Spirituality and Spiritual Care. *Journal of Religion and Health*, 60(1), 153-161. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00927-2>
- Li, L., Lv, J., Zhang, L., Song, Y., Zhou, Y., & Liu, J. (2021). Association between attitude towards death and spiritual care competence of Chinese oncology nurses: A cross-sectional study. *BMC Palliative Care*, 20(1), 150. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00846-8>

## Referencias

- Li, Y., Wen, X., Su, Y., & Zeng, X. (2025). Relationship Between Empathy, Moral Sensitivity, and Spiritual Care Competence Among Nurses: A Cross-Sectional Study. *Journal of Nursing Management*, 2025(1), 1-11. <https://doi.org/10.1155/jonm/8245283>
- Li, Z.-S., & Hasson, F. (2020). Resilience, stress, and psychological well-being in nursing students: A systematic review. *Nurse Education Today*, 90, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104440>
- Limonero, J. T. (1997). Ansiedad ante la muerte. *Ansiedad y estrés*, 3(1), 37-48.
- Limonero, J. T., Tomás Sábado, J., Gómez Benito, J., & Fernández Castro, J. (2004). Influencia de la inteligencia emocional percibida en el estrés laboral de enfermería. *Ansiedad y estrés*, 10(1), 29-41.
- Limonero, J., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Aradilla, A. V. J., Gómez-Romero, M., Sinclair, V., & Wallston, K. (2010). Adaptación española de la Brief Resilient Coping Scale: Análisis preliminar. *Medicina Paliativa*, 17, 65.
- Lombardi, D., & Gusman, A. (2025). Healing and the Spiritual Dimension in Hospital Patient Care in Italy. *Religions*, 16, 1-19. <https://doi.org/10.3390/rel16040524>
- López-Tarrida, Á. C., Ruiz-Romero, V., & González-Martín, T. (2020). Cuidando con sentido: La atención de lo espiritual en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional. *Revista Española de Salud Pública*, 94, e202001002. <https://doi.org/10.4321/S1135-57272020000100024>
- Lorenzo, D. (2018). La espiritualidad en la humanización de la asistencia sanitaria. *Revista Iberoamericana de Bioética*, (8), 01-11. <https://doi.org/10.14422/rib.i08.y2018.007>
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-385.
- Machul, M., van Leeuwen, R., Ozga, D., Jurek, K., Boczkowska, S., & Dobrowolska, B. (2022). The level of spiritual care competence of Polish nurses and the psychometric properties of the spiritual care competence scale (SCCS). *BMC Nursing*, 21(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00889-z>

## Referencias

- Macrae, J. (1995). Nightingale's spiritual philosophy and its significance for modern nursing. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 27(1), 8-10. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1995.tb00806.x>
- Mamier, I., & Taylor, E. J. (2015). Psychometric Evaluation of the Nurse Spiritual Care Therapeutics Scale. *Western Journal of Nursing Research*, 37(5), 679-694. <https://doi.org/10.1177/0193945914530191>
- Markani, A. K., Yaghmaei, F., & Khodayari fard, M. (2018). Relationship between Oncology Nurses' Spiritual Wellbeing with Their Attitudes towards Spiritual Care Providing Based on Neuman System Model: Evidences from IRAN. *Journal of Caring Sciences*, 7(2), 113-118. <https://doi.org/10.15171/jcs.2018.018>
- Martínez, M. L., & Chamorro, E. (2017). *Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero* (Tercera edición). Elsevier.
- Martins, A., Pinto, S., Caldeira, S., & Pimentel, F. (2015). Translation and adaptation of the Spirituality and Spiritual Care Rating Scale in portuguese palliative care nurses. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série(Nº 4)*, 89-97. <https://doi.org/10.12707/RIII13129>
- Mascio, R., Best, M., Lynch, S., Phillips, J., & Jones, K. (2022). Factors influencing nurse spiritual care practices at the end of life: A systematic review. *Palliative and Supportive Care*, 20(6), 878-896. <https://doi.org/10.1017/S1478951521001851>
- McEvoy, S., & Hyrkäs, E. K. (2024). Confirmatory Factor Analysis of the Spirituality and Spiritual Care Rating Scale: A Cross-Sectional Study in Eight US Nursing Homes. *Journal of Religion and Health*, 63(2), 1677-1697. <https://doi.org/10.1007/s10943-023-01925-1>
- McSherry, W., Draper, P., & Kendrick, D. (2002). The construct validity of a rating scale designed to assess spirituality and spiritual care. *International Journal of Nursing Studies*, 39(7), 723-734. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(02\)00014-7](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(02)00014-7)
- McSherry, W., Ross, L., Attard, J., van Leeuwen, R., Giske, T., Kleiven, T., Boughey, A., & the EPICC Network. (2020). Preparing undergraduate nurses and midwives for spiritual care: Some developments in European education over the last decade. *Journal for the Study of Spirituality*, 10(1), 55-71. <https://doi.org/10.1080/20440243.2020.1726053>

## Referencias

- Merati-Fashi, F., Khaledi-Paveh, B., Mosafer, H., & Ebadi, A. (2021). Validity and reliability of the Persian version of the nurse spiritual care therapeutics scale (NSCTS). *BMC Palliative Care*, 20(1), 56. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00750-1>
- Mesquita, A. C., Costa Valcanti Avelino, C., Neves Barreto, M., Alves Nogueira, D., Souza Terra, F. de, & Cássia Lopes Chaves, É. de. (2014). El bienestar espiritual y la prestación del cuidado espiritual en un equipo de enfermería. *Index de Enfermería*, 23(4), 219-223. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962014000300006>
- Meyer, C. L. (2003). How Effectively Are Nurse Educators Preparing Students to Provide Spiritual Care?: *Nurse Educator*, 28(4), 185-190. <https://doi.org/10.1097/00006223-200307000-00010>
- Mlinar Reljić, N., Mesherry, W., Skubic, M., Mihelič-Zajec, A., Babnik, K., Štrancar, K., & Karnjus, I. (2025). Self-Perceived Spiritual Care Competencies Among Nursing and Midwifery Students in Slovenia: A Cross-Sectional Study. *Nursing Open*, 13. <https://doi.org/10.1002/nop2.70402>
- Moestrup, L., & Hvidt, N. C. (2016). Where is God in my dying? A qualitative investigation of faith reflections among hospice patients in a secularized society. *Death Studies*, 40(10), 618-629. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1200160>
- Morillo Martín, M. del S. (2017). *Necesidades espirituales y calidad de vida en el cuidado enfermero en los hospitales de San Juan de Dios de Andalucía* [Tesis Doctoral]. Universidad de Sevilla Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología Departamento de Enfermería.
- Morin, A. J. S., Arens, A. K., & Marsh, H. W. (2016). A Bifactor Exploratory Structural Equation Modeling Framework for the Identification of Distinct Sources of Construct-Relevant Psychometric Multidimensionality. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 23(1), 116-139. <https://doi.org/10.1080/10705511.2014.961800>
- Moyano, N., Cuví, A., & Ayllón, E. (2019). Relación entre Espiritualidad y Bienestar Emocional en Pacientes Oncológicos Paliativos: Estudio Preliminar. *Medicina Paliativa*. <https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1067/2019>

## Referencias

- Murgia, C., Notarnicola, I., Caruso, R., De Maria, M., Rocco, G., & Stievano, A. (2022). Spirituality and Religious Diversity in Nursing: A Scoping Review. *Healthcare, 10*(9), 1661. <https://doi.org/10.3390/healthcare10091661>
- Narayanasamy, A., & Owens, J. (2001). A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *Journal of Advanced Nursing, 33*(4), 446-455. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01690.x>
- Nardi, D., & Rooda, L. (2011). Spirituality-Based Nursing Practice by Nursing Students: An Exploratory Study. *Journal of Professional Nursing, 27*(4), 255-263. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2011.03.006>
- Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. (2012). *La Pastoral Según el estilo de San Juan de Dios*. Comisión General de Pastoral.
- Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice* (6<sup>a</sup>). Mosby.
- Pais, N. D., Suresh, S., & DCunha, S. (2023). Spirituality and Spiritual Care in Nursing: Validity of the Spirituality and Spiritual Care Rating Scale in an Indian Context. *Journal of Religion and Health, 62*(3), 2131-2143. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01634-1>
- Paloutzian, R. F., & Park, C. L. (Eds.). (2013). *Handbook of the psychology of religion and spirituality* (2nd ed). Guilford Press.
- Panczyk, M., Kwiećkowska, L., Dobrowolska, B., Borowiak, E., Dyk, D., Grochans, E., Koziół, D., Kózka, M., Kulik, H., Lewko, J., McSherry, W., Gotlib, J., & Jaworski, M. (2023). Validation Study of the Revised Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS): A Cross-Sectional Survey in Poland. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, Volume 16*, 1439-1453. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S394941>
- Parozzi, M., Terzoni, S., Ferrara, P., Miseroni, F., D'Antuono, A., Di Prisco, L., Mcsherry, W., & Destrebecq, A. (2022). Validation of the Italian version of the spirituality and spiritual care rating scale (SSCRS-ita). *International Journal of Nursing Knowledge, n/a*(n/a). <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12385>
- Pérez-Cruz, P. E., Langer, P., Carrasco, C., Bonati, P., Batic, B., Tupper Satt, L., & Gonzalez Otaiza, M. (2019). Spiritual Pain Is Associated with Decreased Quality of Life in Advanced Cancer Patients in Palliative Care: An Exploratory Study. *Journal of Palliative Medicine, 22*(6), 663-669. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0340>

## Referencias

- Pérez-Jiménez, J. M., Bonilla Sierra, P., & de-Diego-Cordero, R. (2026). The Influence of Spirituality in the Care of Patients with Advanced Chronic Illnesses and at the End of Life: An Integrative Review. *Journal of Religion and Health*. <https://doi.org/10.1007/s10943-025-02543-9>
- Pinedo, M. T., & Jiménez, J. C. (2017). Cuidados del personal de enfermería en la dimensión espiritual del paciente. Revisión sistemática. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, (48). <https://doi.org/10.14198/cuid.2017.48.13>
- Piredda, M., Lo Cascio, A., De Maria, M., Latina, R., Marchetti, A., De Benedictis, A., Petrucci, G., Ross, L., McSherry, W., & De Marinis, M. G. (2025). Cross-Cultural Adaptation and Cross-Validation of the Italian Version of the EPICC Spiritual Care Competency Self-Assessment Tool for Clinical Nurses. *Journal of Clinical Nursing*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1111/jocn.17738>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The Content Validity Index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing and Health*, 29, 489-497.
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 30(4), 459-467. <https://doi.org/10.1002/nur.20199>
- Puchalski, C. (2010). Religion, medicine and spirituality: What we know, what we don't know and what we do. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, MECC Supplement*, 11, 6.
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paul, M., Pugliese, K., & Sulmasy, D. (2009). Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Medicine*, 12(10), 885-904. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0142>
- Puchalski, C. M., Lunsford, B., Harris, M. H., & Miller, R. T. (2006). Interdisciplinary spiritual care for seriously ill and dying patients: A collaborative model. *Cancer Journal (Sudbury, Mass.)*, 12(5), 398-416. <https://doi.org/10.1097/00130404-200609000-00009>

## Referencias

- Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus. *Journal of Palliative Medicine, 17*(6), 642-656. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>
- Rabiei Vaziri, M., Jaramillo, J., Almagharbeh, W. T., Khajehhasani, T., & Dehghan, M. (2025). Spiritual care competency and spiritual sensitivity among nursing students: A cross-sectional study. *BMC Nursing, 24*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03549-0>
- RAE-, & RAE. (2020). *Competencia | Diccionario de la lengua española*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. <https://dle.rae.es/competencia>
- Rajabipoor Meybodi, A., & Mohammadi, M. (2021). Identifying the components of spirituality affecting the resilience of nurses. *Journal of Nursing Management, 29*(5), 982-988. <https://doi.org/10.1111/jonm.13235>
- Ramezani, M., Ahmadi, F., Mohammadi, E., & Kazemnejad, A. (2014). Spiritual care in nursing: A concept analysis. *International Nursing Review, 61*(2), 211-219. <https://doi.org/10.1111/inr.12099>
- Reed, P. G. (1991). Toward a nursing theory of self-transcendence: Deductive reformulation using developmental theories. *ANS. Advances in Nursing Science, 13*(4), 64-77. <https://doi.org/10.1097/00012272-199106000-00008>
- Reinert, K. G., & Koenig, H. G. (2013). Re-examining definitions of spirituality in nursing research. *Journal of Advanced Nursing, 69*(12), 2622-2634. <https://doi.org/10.1111/jan.12152>
- Reise, S. P., Moore, T. M., & Haviland, M. G. (2010). Bifactor Models and Rotations: Exploring the Extent to Which Multidimensional Data Yield Univocal Scale Scores. *Journal of Personality Assessment, 92*(6), 544-559. <https://doi.org/10.1080/00223891.2010.496477>
- Reise, S. P., Morizot, J., & Hays, R. D. (2007). The role of the bifactor model in resolving dimensionality issues in health outcomes measures. *Quality of Life Research, 16*(S1), 19-31. <https://doi.org/10.1007/s11136-007-9183-7>

## Referencias

- Reyes, A. T., Andrusyszyn, M.-A., Iwasiw, C., Forchuk, C., & Babenko, -Mould Yolanda. (2015). Resilience in Nursing Education: An Integrative Review. *Journal of Nursing Education*, 54(8), 438-444. <https://doi.org/10.3928/01484834-20150717-03>
- Rogers, M., Stephenson, J., Ali, G., Andrews, C., Curran, S., Gulliksen, E., Kra Friedman, A., Ali, N., Lamarche, K., Niu, Y., Slater, H., & Pike, J. (2025). Advanced Practice Nurse Perceptions of Spirituality: A Global Quantitative Perspective in Everyday Life and Practice Settings. *Journal of Holistic Nursing*, 08980101251377815. <https://doi.org/10.1177/08980101251377815>
- Rogers, M., & Wattis, J. (2015). Spirituality in nursing practice. *NURSING STANDARD*, 29, 39, 51-57.
- Rogers, M., Windle, A., Wu, L., Taylor, V., & Bale, C. (2022). Emotional well-being, spiritual well-being and resilience of advanced clinical practitioners in the United Kingdom during COVID-19: An exploratory mixed method study. *Journal of Nursing Management*, 30(4), 883-891. <https://doi.org/10.1111/jonm.13577>
- Ross, L. (2006). Spiritual care in nursing: An overview of the research to date. *Journal of Clinical Nursing*, 15(7), 852-862. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01617.x>
- Ross, L., McSherry, W., Giske, T., van Leeuwen, R., Schep-Akkerman, A., Koslander, T., Hall, J., Steinfeldt, V. Ø., & Jarvis, P. (2018). Nursing and midwifery students' perceptions of spirituality, spiritual care, and spiritual care competency: A prospective, longitudinal, correlational European study. *Nurse Education Today*, 67, 64-71. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.002>
- Ross, L., van Leeuwen, R., Baldacchino, D., Giske, T., McSherry, W., Narayanasamy, A., Downes, C., Jarvis, P., & Schep-Akkerman, A. (2014). Student nurses perceptions of spirituality and competence in delivering spiritual care: A European pilot study. *Nurse Education Today*, 34(5), 697-702. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.09.014>
- Rykkje, L., Søvik, M. B., Ross, L., McSherry, W., Cone, P., & Giske, T. (2022). Educational interventions and strategies for spiritual care in nursing and healthcare students and staff: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(11-12), 1440-1464. <https://doi.org/10.1111/jocn.16067>

## Referencias

- Şahan, S., & Kaçmaz, E. D. (2024). Spiritual Care and Death in Intensive Care from the Perspective of Nursing Students in Turkey: An Exploratory Mixed Study. *Journal of Religion and Health*, 63(3), 1786-1801. <https://doi.org/10.1007/s10943-023-01956-8>
- Sahebi, Z., & Barkhordari-Sharifabad, M. (2023). Spiritual care competency and its relationship with clinical self-efficacy in nursing students. *BMC Medical Education*, 23(1), 937. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04937-3>
- Sass, D. A., & Schmitt, T. A. (2010). A Comparative Investigation of Rotation Criteria Within Exploratory Factor Analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 45(1), 73-103. <https://doi.org/10.1080/00273170903504810>
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86(2), 420-428. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.86.2.420>
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The Development and Psychometric Evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94-101. <https://doi.org/10.1177/1073191103258144>
- Sitefane, S., Afonso, A., McSherry, W., Ross, L., Rabiais, I., & Caldeira, S. (2025). Implementation and Validation of Competency-Based Spiritual Care Education using the EPICC Self-Assessment Tool in Undergraduate Nursing Students. *Teaching and Learning in Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.teln.2025.07.019>
- Smith, S. A. (2012). Nurse Competence: A Concept Analysis. *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(3), 172-182. <https://doi.org/10.1111/j.2047-3095.2012.01225.x>
- Soriano, G., Aranas, F. C., & Tejada, R. S. (2019). Caring Behaviors, Spiritual, and Cultural Competencies: A Holistic Approach to Nursing Care. *Bedan Research Journal*, 4(1). <https://doi.org/10.58870/berj.v4i1.5>
- Steger, M. (2012). Experiencing meaning in life: Optimal functioning at the nexus of spirituality, psychopathology, and well-being. *The human quest for meaning*, 165-184.
- Steger, M. F., Frazier, P. A., & Zacchanini, J. L. (2008). Terrorism in Two Cultures: Stress and Growth Following September 11 and the Madrid Train Bombings. *Journal of Loss and Trauma*, 13(6), 511-527. <https://doi.org/10.1080/15325020802173660>

## Referencias

- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 80-93. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>
- Stephens, T. M. (2013). Nursing Student Resilience: A Concept Clarification. *Nursing Forum*, 48(2), 125-133. <https://doi.org/10.1111/nuf.12015>
- Stephens, T. M., & Layne, D. (2023). A National Survey of Nursing Faculty Resilience, Moral Courage, and Purpose. *Journal of Nursing Education*, 62(7), 381-386. <https://doi.org/10.3928/01484834-20230509-01>
- Streiner, & Norman, G. R. (2008). *Health measurements scales: A practical guide to their development and use* (4<sup>a</sup> ed.). Oxford University Press.
- Stucky, B. D., Thissen, D., & Orlando Edelen, M. (2013). Using Logistic Approximations of Marginal Trace Lines to Develop Short Assessments. *Applied Psychological Measurement*, 37(1), 41-57. <https://doi.org/10.1177/0146621612462759>
- Sulmasy, D. P. (2002). A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life. *The Gerontologist*, 42(suppl\_3), 24-33. [https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl\\_3.24](https://doi.org/10.1093/geront/42.suppl_3.24)
- Sulmasy Daniel P. (2024). Physicians, Spirituality, and Compassionate Patient Care. *New England Journal of Medicine*, 390(12), 1061-1063. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2310498>
- Suquet, T., Martínez-Gimeno, M. L., Jódar, R., Mc Sherry, W., Ribeiro, A. S., & Zulueta-Egea, M. (2025). Validation of the Spanish version of the EPICC spiritual care competency self-assessment tool for student nurses. *Nurse Education in Practice*, 86, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2025.104395>
- Swinton, J., & Narayanasamy, A. (2002). Response to: «A critical view of spirituality and spiritual assessment» by P. Draper and W. McSherry (2002) *Journal of Advanced Nursing* 39, 1-2. *Journal of Advanced Nursing*, 40(2), 158-160. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02401.x>
- Tang, W., Cui, Y., & Babenko, O. (2014). Internal consistency: Do we really know what it is and how to assess it? *Journal of Psychology and Behavioral Science*, 2, 205-220.

## Referencias

- Taylor, E. J., Pariñas, S., Mamier, I., Atarhim, M. A., Angeles, L., Aslan, H., Aktürk, Ü., Erci, B., Soriano, G., Sinaga, J., Chen, Y.-H., Merati-Fashi, F., Odonel, G., Neathery, M., Permatasari, W., Ricci-Allegra, P., Foith, J., Caldeira, S., & Dehom, S. (2023). Frequency of nurse-provided spiritual care: An international comparison. *Journal of Clinical Nursing*, 32(3-4), 597-609. <https://doi.org/10.1111/jocn.16497>
- Taylor, E. J., Park, C. G., & Pfeiffer, J. B. (2014). Nurse religiosity and spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2612-2621. <https://doi.org/10.1111/jan.12446>
- Terceno Lopez, C., Ferre Grau, C., Jurado Campos, J., & Jimenez Herrera, M. F. (2017). A Systematic Review about Spirituality in Nursing Care: Avoiding a Specific Illness Care Environment. *Advanced Practices in Nursing*, 02(02). <https://doi.org/10.4172/2573-0347.1000135>
- Tiew, L. H., & Creedy, D. K. (2012). Development and preliminary validation of a composite Spiritual Care-Giving Scale. *International Journal of Nursing Studies*, 49(6), 682-690. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.014>
- Timmins, F., Attard, J., Dobrowolska, B., Connolly, M., Caldeira, S., Parissopoulos, S., De Luca, E., & Whelan, J. (2025). Trends in Spirituality and Spiritual Care in Nursing—A Discursive Paper. *Journal of Advanced Nursing*, jan.70231. <https://doi.org/10.1111/jan.70231>
- Timmins, F., Murphy, M., Neill, F., Begley, T., & Sheaf, G. (2015). An exploration of the extent of inclusion of spirituality and spiritual care concepts in core nursing textbooks. *Nurse Education Today*, 35(1), 277-282. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.05.008>
- Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2005). Construction and Validation of the Death Anxiety Inventory (DAI). *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 108-114. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.21.2.108>
- Tomás-Sabado, J., Gómez-Benito, J., & Limonero, J. T. (2005). *The Death Anxiety Inventory: A Revision*. <https://doi.org/10.2466/pr0.97.3.793-796>
- Tomsovic, E., Bond, L., & Wyant, D. (2022). Spiritual Well-Being and Use of Spiritual Care Interventions of Undergraduate Nursing Students. *Journal of Christian Nursing*, 39(1), E15-E21. <https://doi.org/10.1097/CNJ.0000000000000890>

## Referencias

- Toscanelli, C., Shino, E., Robinson, S. L., & Thalmayer, A. G. (2022). Religiousness worldwide: Translation of the Duke University Religion Index into 20 languages and validation across 27 nations. *Measurement Instruments for the Social Sciences*, 4(1), 1-24. <https://doi.org/10.1186/s42409-022-00041-2>
- Türkben Polat, H., & Özdemir, A. A. (2022). Relationship between Compassion and Spiritual Care among Nurses in Turkey. *Journal of Religion and Health*, 61(3), 1894-1905. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01287-6>
- Tüzer, H., Kırca, K., & Özveren, H. (2020). Investigation of Nursing Students' Attitudes Towards Death and Their Perceptions of Spirituality and Spiritual Care. *Journal of Religion and Health*, 59(4), 2177-2190. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01004-9>
- Uçar, Ö., Çelik, S., Karahan, E., Altıntaş, S., & Yücel, M. (2024). Exploring the relationship between spiritual care and patient advocacy of nurses from generations X, Y and Z working in intensive care clinics: A cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 84, 103754. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103754>
- Vallurupalli, M., Lauderdale, K., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Block, S. D., Ng, A. K., Kachnic, L. A., VanderWeele, T. J., & Balboni, T. A. (2012). The Role of Spirituality and Religious Coping in the Quality of Life of Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Radiation Therapy. *The Journal of Supportive Oncology*, 10(2), 81-87. <https://doi.org/10.1016/j.suponc.2011.09.003>
- van Leeuwen, R., Attard, J., Ross, L., Boughey, A., Giske, T., Kleiven, T., & McSherry, W. (2021). The development of a consensus-based spiritual care education standard for undergraduate nursing and midwifery students: An educational mixed methods study. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 973-986. <https://doi.org/10.1111/jan.14613>
- Van Leeuwen, R., & Cusveller, B. (2004). Nursing competences in spiritual care. *Journal of Advanced Nursing*, 13.
- van Leeuwen, R., Haugan, G., Rogers, M., Roxberg, Å., Zolnierz, J., & Čartolovni, A. (2021). Competence 1: Intrapersonal Spirituality and Its Impact on Person-Centred Spiritual Care. En W. McSherry, A. Boughey, & J. Attard (Eds.), *Enhancing Nurses' and Midwives' Competence in Providing Spiritual Care: Through Innovative Education and Compassionate Care* (pp. 77-93). Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-65888-5\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-030-65888-5_5)

## Referencias

- Van Leeuwen, R., & Schep-Akkerman, A. E. (2024). Dissemination of the Spiritual Care Competence Scale (SCCS). *Journal for the Study of Spirituality*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/20440243.2024.2329560>
- Van Leeuwen, R., Tiesinga, L. J., Middel, B., Post, D., & Jochemsen, H. (2009). The validity and reliability of an instrument to assess nursing competencies in spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 18(20), 2857-2869. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02594.x>
- Vargas Escobar, L. M. (2015). *Evaluación de una intervención educativa para fortalecer el cuidado espiritual en el personal de enfermería que trabaja con personas con enfermedad crónica* [Tesis Doctoral].
- Wagner, C. M., Butcher, H. K., & Clarke, M. F. (Eds.). (2024). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (Eighth edition). Elsevier.
- Wang, Z., Liang, Y., Zhao, H., Zhu, Y., Liu, M., Zhang, Y., Xiao, L., Piao, J., Zhao, X., Liu, Z., Liu, L., Pang, X., & Peng, L. (2022). Spiritual care perceptions and empathy of Chinese nursing students: The mediating roles of spiritual well-being. *Palliative & Supportive Care*, 20(5), 701-710. <https://doi.org/10.1017/S1478951522001134>
- Wang, Z., Zhao, H., Zhang, S., Wang, Y., Zhang, Y., Wang, Z., Li, X., Xiao, L., Zhu, Y., Han, G., Yan, Y., Wang, J., Zhang, Y., & Pang, X. (2022). Correlations among spiritual care competence, spiritual care perceptions and spiritual health of Chinese nurses: A cross-sectional correlational study. *Palliative & Supportive Care*, 20(2), 243-254. <https://doi.org/10.1017/S1478951521001966>
- Wattis, J., Curran, S., & Rogers, M. (Eds.). (2017). *Spiritually Competent Practice in Health Care*. CRC Press. <https://doi.org/10.1201/9781315188638>
- WHO Expert Committee on Cancer Pain Relief and Active Supportive Care & World Health Organization. (1990). *Cancer Pain Relief and Palliative Care. Report of a WHO Expert Committee*. Technical Report Series. Geneva: WHO.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health*, 8(2), 94-104. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>

## Referencias

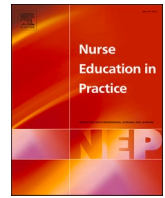
Yıldırım, M., Kızılgöçer, M., Seçer, İ., Karabulut, F., Angın, Y., Dağcı, A., Vural, M. E., Bayram, N. N., & Çinici, M. (2021). Meaning in Life, Religious Coping, and Loneliness During the Coronavirus Health Crisis in Turkey. *Journal of Religion and Health, 60*(4), 2371-2385. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01173-7>

Zhao, Z., Mei, Y., Wang, X., Jiang, H., Wang, W., Lin, B., & Zhang, Z. (2023). Meaning in life among nursing students: A latent profile analysis. *BMC Nursing, 22*(1), Article 1. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01425-3>

Zulueta, M. del M. (2018). *El buen cuidado en la proximidad de la muerte. Impacto del bienestar y la vinculación laboral en los profesionales de enfermería*. [Tesis Doctoral]. Pontificia de Comillas.

## **ANEXOS**

**ANEXO I. Artículo publicado del estudio I**



## Validation of the Spanish version of the EPICC spiritual care competency self-assessment tool for student nurses

Tamara Suquet García-Inés<sup>a,b,\*</sup>, M. Lara Martínez-Gimeno<sup>a,b</sup>, Rafael Jódar<sup>c</sup>, Wilfred Mc Sherry<sup>d</sup>, Ana SF Ribeiro<sup>e</sup>, Mar Zulueta-Egea<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> San Juan de Dios Foundation, Madrid, Spain

<sup>b</sup> Comillas Pontifical University, Health Sciences, Department, San Juan de Dios School of Nursing and Physical Therapy, Madrid, Spain

<sup>c</sup> Clinical Psychology Unit (UNINPSD), Psychology Department, Comillas Pontifical University, Madrid, Spain

<sup>d</sup> Department of Nursing, School of Health, Science and Wellbeing, Staffordshire University, Staffordshire, UK

<sup>e</sup> Nursing Department, Faculty of Nursing, Physical Therapy, and Podiatry, Complutense University of Madrid, Spain

### ARTICLE INFO

#### Keywords:

Instrument development  
Nursing competencies  
Nursing students  
Psychometric testing  
Spiritual care  
Spiritual care competence  
Spirituality

### ABSTRACT

**Aim:** To cross-culturally adapt and psychometrically test the Spanish version of the EPICC Spiritual Care Competency Tool for student nurses and midwives (EPICC\_spa)

**Background:** Spiritual care is an essential component of holistic nursing and specific training on its competencies and their evaluation should be mandatory in nursing degree studies. However, assessment instruments of spiritual care competencies among student nurses in Spanish contexts are presently insufficient.

**Design:** This was a multicentre, descriptive, cross-sectional study in two phases.

**Method:** Phase 1 involved the translation and linguistic adaptation of the scale through a panel of experts and a pilot test. Phase 2 involved the evaluation of structural content, internal reliability and construct validity. Data were collected between January and June 2024.

**Results:** Twelve of thirteen nursing schools in Madrid, Spain participated, with 642 first- or fourth-year nursing students as the final sample population. In the content validity analysis based on an expert panel, 28 items showed good or excellent validity indices. Exploratory and confirmatory factor analyses revealed a bifactor model of the EPICC\_spa, with two dimensions and 16 items: attitudes towards spiritual care (ten items) and knowledge and skills to provide spiritual care (six items). Very good reliability and evidence of construct validity (convergent and differentiation in known groups) were also shown.

**Conclusions:** The EPICC\_spa can be a reliable and valid self-assessment tool for spiritual-care competence among nursing students in Spain and Spanish-speaking countries.

### 1. Introduction

The nursing profession exerts a unique and crucial influence in maintaining the integrity of patient care, given the privileged position of nurses regarding their time spent on direct interactions with patients. Therefore, nursing care must consider the ‘whole’ person in a multi-dimensional perspective, including biological, psychological, social and spiritual (International Council of Nurses, 2021). Accordingly, spiritual care is now considered an unequivocal part of the nursing profession as stated in the American Association for Nursing Diagnosis

Manual (Herdman and Kamitsuru, 2024). In recent decades, there has been considerable debate regarding the meaning of spirituality and spiritual care.

Spirituality is considered ‘a dynamic and intrinsic aspect of humanity through which people search for ultimate meaning, purpose and transcendence and experience relationships with the self, family, others, community, society, nature and the meaningful or sacred. Spirituality is expressed through beliefs, values, traditions and practices’ (Puchalski et al., 2014, p. 646). On the other hand, spiritual care can be defined as ‘a type of care that addresses and seeks to meet existential and spiritual

\* Correspondence to: Comillas Pontifical University, Health Sciences, Department. San Juan de Dios School of Nursing and Physical Therapy, Paseo de La Habana, 70 Bis, Madrid 28036, Spain.

E-mail addresses: [tsuquet@comillas.edu](mailto:tsuquet@comillas.edu) (T. Suquet García-Inés), [mlmartinez@comillas.edu](mailto:mlmartinez@comillas.edu) (M.L. Martínez-Gimeno), [rafajodar@comillas.edu](mailto:rafajodar@comillas.edu) (R. Jódar), [W.McSherry@staffs.ac.uk](mailto:W.McSherry@staffs.ac.uk) (W. Mc Sherry), [anasofer@ucm.es](mailto:anasofer@ucm.es) (A.S. Ribeiro), [mmzulueta@comillas.edu](mailto:mmzulueta@comillas.edu) (M. Zulueta-Egea).

<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2025.104395>

Received 26 February 2025; Received in revised form 2 May 2025; Accepted 6 May 2025

Available online 13 May 2025

1471-5953/© 2025 The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

needs and challenges in connection to illness and crisis' (Hvidt et al., 2020, p. 2). Similarly, Ramezani et al. (2014) defined it as a subjective and constantly changing concept, as well as a unique dimension of nursing care that can enhance a patient's spiritual well-being. The essence of spiritual care is *being* rather than just *doing* (Baldacchino, 2015), which can be transformative for both patients and practitioners.

In this regard, the Report of the Consensus Conference on Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care argued that spiritual care should be an integral part of any patient-centred healthcare model and that spiritual care models should be interdisciplinary (Puchalski et al., 2009). Moreover, receiving competent spiritual care is a right of patients and their families and a duty of professionals. Although no single discipline can or should appropriate the spiritual dimension of care, health professionals recognise and situate it in different contexts and perspectives of nursing practice (Mcsherry and Wright, 2024).

Spiritual care competency is understood as 'the nurse's ability to assess and provide interventions to care for the spiritual needs of the patient, as well as the set of knowledge, attitudes and skills required to provide it' (Green et al., 2020, p. 42). General standards for nurses concerning Spiritual Care Competencies should include, at a minimum, the assessment of patients' spiritual needs, planning, intervention and subsequent evaluations (van Leeuwen et al., 2021).

## 2. Background

The relationship between nursing and spiritual care has been studied over the last three decades (Baldacchino, 2008; Ross et al., 2021) and its impact on the quality of patient care as well as on their health and well-being is well-known (Koenig et al., 2023).

However, while most nurses believe that addressing patients' spiritual needs is necessary for the provision of 'core' nursing care, spiritual care appears to be underestimated and under-recorded by nurses (Taylor et al., 2023). The factors that are most often related to these circumstances are, on the one hand, the misperception of the meaning of spirituality and the benefits that spiritual care can provide to patients and, on the other hand, insufficient training in this aspect (Costa et al., 2023). As a result, the literature suggests that spiritual care is a part of the phenomenon called *lost care*, understood as 'postponed, partially completed, or outright incomplete care', or also as 'care that has not been provided' (Chaboyer et al., 2021, p. 82).

To provide adequate spiritual care, nurses must receive specific training (Costeira et al., 2024; Rykkje et al., 2022). However, recent studies have suggested that spiritual care is not sufficiently relevant to the training of future nursing professionals (Ross et al., 2018). Although the need to train nursing students in spiritual care is widely recognized in the literature, given the positive impact of such training, the lack of consensus on a model for spiritual care training in clinical practice has led to a multitude of approaches internationally. In a scoping review by Rykkje et al. (2022), 36 training experiences or strategies in spirituality and/or spiritual care were identified in 15 countries between 2010 and 2020, showing a great variety in terms of content, duration and tools to evaluate the results obtained.

Student nurses should be offered opportunities for self-assessment of their competences, given its crucial contribution to the development of metacognitive skills and the improvement of their confidence (Adib-Hajbaghery et al., 2017). Furthermore, an enhanced self-awareness in healthcare professionals has been shown to aid them in effectively addressing the pressing needs of patients and their families (Costeira et al., 2024). Implementing strategies that contribute to developing students' spiritual awareness would improve their spiritual intelligence and critical reflection. Hence, the availability of a tool capable of assessing these competencies in nursing students is of great importance.

A recent global review of the literature on different scales to assess competences for spiritual care highlighted various methodological and/

or conceptual limitations across the tools, such as the assessment of opinions, inclusion of aspects more related to psychosocial care than spiritual care, integration of concepts without a clear definition, or questions about nurses' spirituality rather than their willingness to provide spiritual care (Garssen et al., 2017). More recently, the 28-item 'EPICC Spiritual Care Competency Self-Assessment Tool for student nurses and midwives' was designed (Giske et al., 2022). It includes the evaluation of four competencies (subdimensions) considered essential for spiritual care: intrapersonal spirituality, interpersonal spirituality, spiritual assessment and care planning and spiritual care intervention and assessment. The instrument was validated in a sample of 323 nursing students from four countries (USA, UK, Ghana and Netherlands), simultaneously in three languages: English, Norwegian and Danish, showing evidence of construct and content validity, as well as high internal consistency, with a Cronbach's alpha of 0.9. In addition, students indicated that the questionnaire was useful and easy to answer, especially during the first years of their bachelor's degree.

The approach to the analysis of spirituality or spiritual care competences in nursing students in Spain is limited. This may be due to the absence of adapted and validated tools to assess these competences. Of the few studies found, students and professionals report little training in spiritual care, being assessed through a qualitative approach and/or self-designed instruments (de Diego-Cordero et al., 2023; Fernández-Pascual et al., 2020; Morillo Martín et al., 2017; Reig-Ferrer et al., 2019).

Considering the comprehensive view of spiritual care included in the EPICC tool and given its updated and multicultural validation, it is pertinent to conduct a study to translate, culturally adapt and validate it in the Spanish context, to provide the first instrument for the assessment of the competences for spiritual care among bachelor's degree nursing students in Spain.

Moreover, this tool allows the evaluation of differences in spiritual competences among students from various countries, which represents an advantage for standardizing spiritual care and a benefit for the international nursing community.

## 3. The study

### 3.1. Objective

To translate and culturally adapt the "EPICC Spiritual Care Self-Assessment Tool for student nurses and midwives" and to test its psychometric properties in Spanish nursing students.

### 3.2. Methodology

The study was conducted in two phases. In the first phase, the translation and cultural adaptation of the original EPICC tool was performed according to the procedure recommended by the EPICC steering group (Martins et al., 2015). In the second phase, an assessment of the structure and psychometric properties of the translated and adapted EPICC after Phase 1 was conducted, according to the guidelines published by Boateng et al. (2018) and revised by Koenig and Al Zaben (2021). Figs. 1 and 2 summarise the methodological steps of each phase.

### 3.3. Phase 1. Translation and cultural adaptation of the EPICC tool

After obtaining permission from the EPICC Network Steering Group (facilitated by Wilfred McSherry), two translations of the original version were carried out independently by two bilingual translators in English, whose first language was Spanish. Discrepancies were resolved and the versions were synthesised into a single version. Subsequently, back-translation into the original language was performed by two bilingual Spanish translators whose first language was British English. This back translation was sent to two members of the EPICC Steering Group to assess its concordance with the original version. After receiving inputs from the EPICC group, the research team developed a Spanish

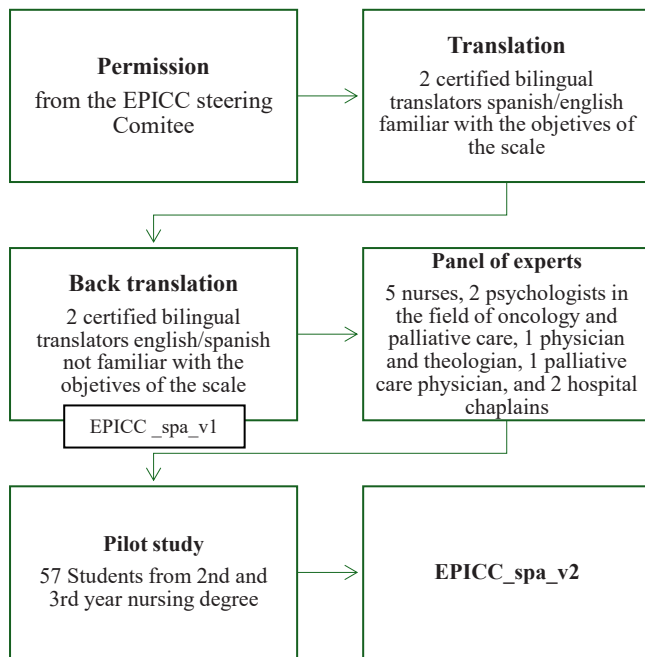


Fig. 1. Translation and cultural adaptation process of the EPICC.

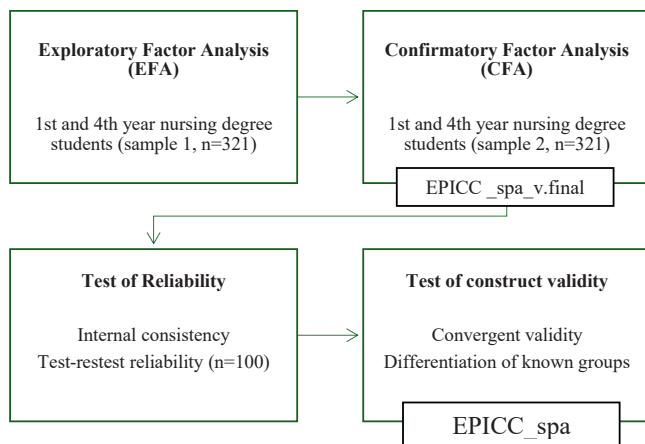


Fig. 2. Psychometric Evaluation process of the EPICC\_spa\_v2.

version of the scale (EPICC\_spa\_v1).

Subsequently, the content validity of the EPICC\_spa\_v1 was assessed by calculating the Content Validity Index (Polit et al., 2007), which was obtained from the consensus of a panel of experts, considering the following selection criteria: level of knowledge (master's degree or PhD), years of work experience (minimum 10), prestige in the field of palliative care (from national official registries in the field) and professional experience as a provider of spiritual care (hospital or outpatient, 5 years minimum). Eleven experts participated in the study: five nurses, two psychologists in the fields of oncology and palliative care, one physician and theologian, one palliative care physician and two hospital chaplains. Participants were asked to assess the relevance of the questionnaire items on a scale of 1–4 (1 = not relevant and 4 = very relevant). In addition, each item had a free-text response section where participants were asked to indicate their observations regarding the comprehension of the item itself and other appreciations, they considered relevant.

Finally, a pilot study was conducted to assess the functioning of the scale, using a small representative sample of the target population. Students from 2nd and 3rd year of a bachelor's degree in nursing in the Madrid Autonomous Region were selected for this study, (n = 57) to not

duplicate the same participants as in the sample of phase two (1st and 4th year students). The objectives of this pre-test were: (a) to collect "in situ" the reactions of the test takers; (b) to ensure that the items and instructions were correctly understood; (c) to record the time required to complete the questionnaire and (d) to correct possible errors of content or format before moving on to the operational phase.

As a result, a second version of the instrument (EPICC\_spa\_v2) was available for administration in the participants of phase 2, to evaluate the remaining psychometric properties and obtain the final version of the scale.

### 3.4. Phase 2. Assessment of the structure and psychometric properties of the translated and adapted version of the EPICC

#### 3.4.1. Design

This was a multicentre study with a cross-sectional design for validation in first- and fourth-year bachelor's degree nursing students across 13 nursing faculties in the Madrid Autonomous Region, Spain.

#### 3.4.2. Study scope and sampling

The study included 13 nursing faculty in the Madrid Autonomous Region (Spain) with a total population of approximately 4000 students. A formal invitation email was sent to the directors of the faculty and consecutive sampling was used to recruit participants. To analyse construct validity using factor analysis, it is recommended that the sample size be at least to 5–10 times the number of items on the scale (DeVellis, 2016). Given that the analysed instrument comprised 28 items, the estimated sample size was 280–350 students. The final sample consisted of 642 first- and fourth-year students from 12 of 13 nursing faculty members, with a response rate of 16%. Specifically, 39.7% (n = 255) of the students came from private non-Catholic faculties, 39.7% (n = 255) from private Catholic faculties and 20.6% (n = 142) from public non-Catholic faculties.

#### 3.4.3. Inclusion and/or exclusion criteria

The inclusion criteria required participants to be first- or fourth-year bachelor's degree nursing students to analyse differences in entry and exit competency levels between both courses. The exclusion criterion was Erasmus students from another country.

#### 3.4.4. Instruments

**EPICC Spiritual Care Competency Self-Assessment Tool for student nurses and midwives** (Giske et al., 2022), in its translated and adapted version after Phase 1 (EPICC\_spa\_v2), is composed of 28 items with responses scored on a Likert-type scale from 1 to 5 (1 = strongly disagree and 5 = strongly agree) and distributed across four dimensions (Supplementary Material Table S1). The total scale score is obtained by adding the scores of all items and dividing by the number of items, and ranges from 1 to 5; the higher the score, the higher the competence.

**Additional Variables:** To assess convergent validity and based on previous studies that found positive and significant association between perceived spiritual care competency and meaning in life (Ross et al., 2018; Nassehi et al., 2025; Yang et al., 2024) and resilience (Limonero et al., 2014; Stephens and Layne, 2023), students completed two further questionnaires, selected due to their availability in Spanish and their good reliability: the Meaning in Life Questionnaire (MLQ) (Steger et al., 2006) and the Brief Resilient Coping Scale (BRCS) (Sinclair and Wallston, 2004). The MLQ assesses the degree to which people feel their lives are meaningful (MLQ-Presence), as well as the strength of people's search for meaning in life (MLQ-Search); its Spanish version (Steger et al., 2008) demonstrated good reliability and structural validity (Cronbach's alpha of 0.81 and 0.90 for MLQ-Presence and MLQ-Search, respectively). Similarly, the Spanish version of the BRCS, adapted and validated in nursing students by Limonero et al. (2010), showed an internal consistency (Cronbach's alpha) of 0.68 and test-retest reliability of 0.71.

Finally, to assess the validity of the scale in differentiating between known groups, other academic variables were collected, such as year of study (first or fourth) and previous training in spiritual care.

### 3.4.5. Data collection

The EPICC\_spa\_v2 and the other questionnaires were developed through the online survey software (REDCap®) and distributed via email to all participating universities, including a QR code and a link to the online survey. Participants were required to complete all responses to submit the questionnaire, thereby preventing missing values.

### 3.5. Data analysis

For the analysis of the **content validity** of the EPICC\_spa\_v1, the Content Validity Index of each item (I-CVI) and of the scale (S-CVI) was calculated with the responses obtained in the expert committee, considering an acceptable value of  $S-CVI \geq .90$  (Polit et al., 2007).

To analyse the factor structure of the EPICC\_spa\_v2, confirmatory factor analysis with the full sample was performed, showing that the original four-factor model did not reach adequate levels of fit. Subsequently, sequential exploratory factor analyses with Oblimin rotation were performed in the first half of the sample to reduce the number of items, selecting those that best represented each dimension, considering acceptable saturations above 0.40 in the factor and below 0.30 in the remaining factors. The measures of fit chosen were: the  $\chi^2$  statistic, the chi-square ratio ( $\chi^2/df$ ), the comparative fit index (CFI), the Tucker-Lewis index (TLI), the root mean square error approximation (RMSEA) and the standardised root mean square residual (SRMR). The cut-off criterion were:  $\chi^2/df$  ratio  $\leq 3$ ; CFI and TLI  $\geq .95$ ; RMSEA  $\leq .05$ ; and SRMR  $< .8$ .

While Exploratory Factor Analyses were performed with the first half of the sample, the factor structure derived from this solution was tested through Confirmatory Factor Analysis using the second half (both subsamples were randomly formed from the full dataset). Three models were tested: a correlated factors structure, a second-order global factor structure and a bifactor model. The bifactor model offers an advantage over the second-order or correlated factors models, as it allows for the distinction between a general factor and the specific contributions of individual factors (Chen et al., 2012). Indices calculated were hierarchical omega and explained common variance ( $\geq .8$  for unidimensionality), factor determinacy and Factor H (FD  $> .90$  and FH  $\geq .70$  to determine the stability and definiteness of latent variables) and the explained common variance for each item (I-ECV) (cut-off point of .80 or .85 to select items that measure the overall factor).

Exploratory and confirmatory factor analysis were performed with Mplus version 8.4 and R (R Core Team, 2020), with the package "BifactorIndicesCalculator" (Dueber, 2019), was used to calculate the indices of the bifactor model.

Following the analysis of the factor structure of the EPICC\_spa\_v2, a third version was constructed comprising 16 items organised into two dimensions, the EPICC\_spa\_v.final (hereafter, EPICC\_spa), for which the remaining psychometric properties were assessed. Descriptive analysis of the variables and non-parametric tests were performed using IBM SPSS Statistics (version 28.0, IBM Corp. Armonk, NY, USA).

**Internal consistency** was assessed by calculating Cronbach's alpha and McDonald's omega coefficient (recommended values  $\geq .90$ ). Item-total correlation was analysed considering that items with a correlation value lower than .3 are inconsistent with the mean behaviour of the other items

To check for stability of response, a total of 642 students were asked to respond to the EPICC\_spa again, approximately one month after completing it for the first time and the intraclass correlation coefficient was assessed, where values above .70 were considered acceptable.

For construct validity analysis (convergence and differentiation of known groups), the defined variables and scale scores were compared and differences were assessed using non-parametric methods such as the

Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis and Chi-square tests. In all the cases, a confidence level of 95 % was established. Statistical significance was set at  $< .05$ .

**Ethical Considerations:** All study participants received information about the project as part of the digital questionnaire and an initial question was included with informed consent for its completion, including a retest, which had to be accepted prior to filling in the questionnaire. This project was approved by the Research Ethics Committee of the Comillas Pontifical University in Madrid, Spain, with internal code 48/22–23. All information related to the study was strictly confidential and treated according to the European Regulation and Organic Law 3/2018 on Personal Data Protection and the guarantee of digital rights.

## 4. Results

### 4.1. Phase 1

In the process of translation and back-translation of the original scale there were no major discrepancies in the resulting versions, hence minor changes were made to the wording of some items (i.e. "spiritual care" term in items 13, 15, 17 and 21, translated in Spanish as "spiritual attention") through majority consensus of the four members of the research team. The results of the Content Validity Index (CVI) obtained from the expert committee were good. The overall CVI was .92. The mean modified kappa coefficient for the entire scale was .92. Three of the items were rated as good ( $K^* = .61-.8$ ) and the rest were rated as excellent (25 items with  $K^* > .81$ ). Finally, for the pilot test, a total of  $n = 57$  second and third-year bachelor's degree nursing students participated and it confirmed the absence of difficulties in understanding the instructions and items as well as of errors in content or format in the online questionnaire. The response time for completing the questionnaire was approximately 10 minutes.

### 4.2. Phase 2

**Sample characteristics:** Of the  $n = 642$  nursing students who completed the questionnaire, 67.7 % ( $n = 434$ ) were in their first year of study, 85.8 % ( $n = 551$ ) were female and 90.3 % ( $n = 622$ ) were under 30 years of age, with a mean age of 22.16 years  $\pm 5.89$ . In addition, 66 % of them attended high school (baccalaureate) and 24.9 % ( $n = 160$ ) reported some training in spiritual care (Table 1).

**Factor structure:** Confirmatory factor analysis with the full sample showed that the original four-factor model did not reach adequate levels of fit ( $\chi^2$  (344) = 2527.3,  $p < .001$ ,  $\chi^2/df = 7.3$ , CFI = .681; TLI = .649; RMSEA = .100 95 % CI = (.096–.103), SRMR = .103), hence an exploratory factor analysis was performed with the first half of the sample and a confirmatory factor analysis with the second half.

**Exploratory factor analysis (n = 321, sample 1):** A parallel analysis initially indicated that extracting three factors was more appropriate than the four factors proposed in the original scale. Several items did not load strongly on a single factor. Therefore, items were gradually removed and parallel analyses and EFAs were repeatedly conducted, examining the factor loading matrix, applying the established saturation criteria and Cronbach's alpha rating. After several iterations (supplementary material tables S2-S8), a parsimonious 16-item solution was achieved in this first phase, converging around two factors, six and 10 items each (Table 2), with adequate internal consistency indices (.89 and .89, for Factor 1 and Factor 2, respectively).

By analysing the content of the items of both factors, it was concluded that Factor 1 included items related to attitudes or willingness to provide spiritual care (items 1–10), such as openness or preparedness to work with other professionals, while Factor 2 included items related to skills or knowledge to provide professional spiritual care (items 11–16).

**Confirmatory factor analysis (n = 321, sample 2):** The 1- and 2-

**Table 1**  
Socio-demographic and academic variables of the total sample (N = 642).

Variables		1st year (n = 434)		4th year (n = 208)		Total (n = 642)	
		N	%	N	%	N	%
Sex	Men	59	13.6	32	15.4	91	14.2
	Women	375	86.4	176	84.6	551	85.8
Age (years)	18–30	423	93	199	84.6	622	90.3
	31–40	19	1.6	23	11.1	42	6.5
	41–50	9	2.1	9	4.3	18	2.8
	≥ 51	2	0.4	0	0	2	0.4
Previous academic qualification	Age (mean ± SD)	20.84 ± 5.33		24.92 ± 6.05		22.16 ± 5.89	
	Baccalaureate	290	66.8	134	64.4	424	66.0
	Higher vocational training in health sciences	100	23	42	20.2	142	22.1
	Other (Higher vocational training in other sciences or Bachelors degree)	33	7.6	20	9.6	53	8.2
Training in spiritual care	No	367	84.6	115	55.3	482	75.1
	Yes	67	15.4	93	44.7	160	24.9
Religion	Catholic	237	56.8	128	64.0	365	59.2
	None	148	35.5	61	30.5	209	33.9
	Other	32	7.34	11	5.3	43	4.2

SD- standard deviation

**Table 2**  
Factor Loadings of the 16 items of the original EPICC questionnaire (n = 321).

Original item	Translated item	Factor 1	Factor 2
IntraAttid2	1	.567 *	-.032
InterKnow2	2	.593 *	.044
InterSkill1	3	.560 *	.009
InterAttid1	4	.639 *	.002
AssPlAttid1	5	.762 *	-.062
AssPlAttid2	6	.828 *	-.114 *
IntEvalKnow1	7	.602 *	.254 *
IntEvalAttid1	8	.735 *	.044
IntEvalAttid2	9	.666 *	.099 *
IntEvalAttid3	10	.769 *	.010
AssPlKnow2	11	-.068 *	.845 *
AssPlKnow3	12	.193 *	.560 *
AssPlSkill1	13	-.056	.822 *
IntEvalKnow2	14	.206 *	.671 *
IntEvalKnow3	15	-.067 *	.843 *
IntEvalSkill2	16	.098 *	.721 *

\* p < .05

factor model did not achieve adequate indicators, although the 2-factor model fitted better than the 1-factor ( $\Delta\chi^2(1) = 524.1, p < .001$ ), but without reaching entirely adequate levels. The bifactor model achieved sufficient fit, albeit with insufficient RMSEA values (Supplementary Material Table S9).

In the analysis of this bifactor model, the overall scale omega was .93 (Table 3) and the hierarchical omega was .74. Thus, 80 % (.74/.93) of the reliable variance can be attributed to an overall factor, which we termed *Spiritual Care Competence* (the remaining 20 % can be attributed to sub-factors). The ECV was .60, far from the usual cut-off of .80 to be considered unidimensional.

Concerning Factor 1 (attitudes), it was observed that the hierarchical omega was almost completely reduced (.05), which was the result of discounting the influence of the global factor. Ninety-five percent of the variance in the first factor was due to a global factor (competence in spiritual care). The residual covariances (after controlling for the global factor) of this attitudinal factor were considerably reduced (by 95 %). Congruently, the saturation of the items in Factor 1 (Attitudes) was higher in the global factor than in Factor 2 (Knowledge and Skill).

On the other hand, Factor 2 (Knowledge and Skills) had a high hierarchical omega (.73), 82 % of the reliable variance could be attributed to this factor.

Factor determinacy values were higher than .90 for the overall factor (Spiritual Care Competence) and Factor 2 (Knowledge and Skills) (.95 and .94, respectively). However, Factor 2 was not sufficiently

**Table 3**  
Completely standardized factor loadings of bifactor model.

Item	General factor	Factor 1	Factor 2	I-ECV
1	.60 (0.09)*	.24 (0.19)		.87
2	.51 (0.11)*	.52 (0.10)*		.48
3	.60 (0.12)*	.53 (0.16)*		.56
4	.62 (0.09)*	.32 (0.18)		.79
5	.72 (0.06)*	.04 (0.23)		1.00
6	.78 (0.05)*	.08 (0.22)		.99
7	.69 (0.05)*	.12 (0.09)		.97
8	.73 (0.05)*	.01 (0.10)		1.00
9	.73 (.05)*	-.09 (0.13)		.99
10	.78 (0.07)*	-.12 (0.14)		.98
11	.21 (0.06)*		.75(0.03)*	.07
12	.49 (0.06)*		.41(0.05)*	.59
13	.43 (0.06)*		.62(04)*	.32
14	.27 (0.06)*		.81(0.04)*	.10
15	.18 (0.06)*		.81(0.03)*	.04
16	.29 (0.07)*		.64(0.05)*	.18
Omega	.93	.91	.89	
OmegaH	.74	.05	.73	
%Reliable variance ( $\omega_H/\omega$ )	.80	.05	.82	
Determinacy Factor	.95	.76	.94	
H	.91	.49	.87	

Standard errors in brackets. \* p < .05

represented by item scores (.76). Factor H showed that the global factor and the knowledge and skill sub-dimensions (Factor 2) were well defined (.91 and .87, respectively), while the attitudinal sub-dimension (Factor 1) was not (H=.49 in this case).

The I-ECV results showed that Items 1, 5, 6, 7, 8, 9 and 10 explained the highest percentage of variance for the global measure (competence in spiritual care). This means that seven items (all comprising attitude factor 1) out of 16 items on the scale (43.8 % of the items) were most closely linked to the global factor.

**Descriptive analyses of items:** The overall mean EPICC\_spa score in the study group was 4.00 ( ± .526). The results were skewed to the left (skewness = -.645) and lacked a normal distribution (p < .05, Kolmogorov–Smirnov test). None of the items had a standard deviation equal to zero, nor an item-total correlation of less than .45 (supplementary material Table S10).

**Reliability:** Cronbach’s alpha values for the EPICC\_spa were .89 for the Attitudes factor and .88 for the Knowledge and Skills factor, while for the overall scale it was .89. McDonald’s omega matched Cronbach’s alpha for both factors, whereas for the overall scale, it was .86. Test-retest reliability was examined (n = 100 students), who completed the

EPICC\_spa questionnaire twice, separated by one month, with a resulting total ICC of .77 (95 % CI: .66–.85), being 0.75 (95 % CI: .63–.83) for the Attitudes factor and 0.75 (95 % CI: .63–.83), for the Knowledge and Skill factor, indicating good response stability.

**Construct validity**

- (1) **Convergent:** positive correlation was observed between the presence of meaning in life, meaning in life-seeking and the total scale score, as well as with its two sub-dimensions. A positive correlation was also found between resilience and the total scale score, especially with the Attitudes factor (Table 4).
- (2) **Differentiation between known groups:** Significant differences ( $p = .002$ ) were observed between 1st and 4th year and the total score on the scale. This difference was mainly due to the score obtained in the Knowledge and Skill dimension, being higher in 4th grade (mean of 3.48 +/- 0.84) than in 1st grade (mean of 3.24 +/- 0.78), with a  $p < .001$  in the latter case (Table 5).

Significant differences ( $p < .001$ ) were also observed in the total scale score for students with Training in Spiritual Care (mean 4.14 +/- .57) compared with those without (mean 3.95 +/- .50). As in the previous case, this difference is observed mainly in the knowledge dimension, being higher in students with previous training in spiritual care (mean 3.66 +/- .78) than in those without (mean 3.20 +/- .78), as well as an effect size of .59. (Table 5)

**5. Discussion**

This study aimed to validate the Spanish version of the EPICC Spiritual Care Competency Tool for student nurses and midwives in nursing students, following its translation and adaption from the original EPICC assessment tool. After a process of translation and back-translation, the resulting scale was subjected to expert consensus and a pilot test on a small sample of nursing students and, subsequently, subjected to a full psychometric analysis, through exploratory and confirmatory factor analyses, as well as to an evaluation of its reliability and construct validity.

The results of the exploratory and confirmatory factor analyses revealed a deviation from the original factor structure of the EPICC scale, which proposed a multidimensional structure with four factors, whereas the analysis conducted in this study yielded a bifactorial solution, with a global factor (competence for spiritual care, closely linked to attitudinal aspects) and a specific factor, independent of this general one, that captures knowledge or skills for spiritual care. This bifactor model revealed that the two components of competence were complementary. As Benito et al. (2016) state, spiritual care not only requires the accumulation of knowledge but also demands from practitioners increased self-awareness and empathy from the patient’s perspective (attitudes) and the ability to carry out personalised interventions (skills). If spiritual care is conceived as *being* rather than *doing* (Baldacchino, 2015), it makes sense that its attitudinal component is much more present than its knowledge or skill components.

According to the model developed in this study, attitudes towards spiritual care seem to be the basis for acquiring the knowledge and professional skills required to provide such care. Similarly, studies

conducted in different cultural contexts such as China (Guo et al., 2022), Taiwan (Hsieh et al., 2020), or Europe (Ross et al., 2018) also showed a positive correlation between attitudes towards spiritual care and spiritual care competence, finding that the more positive the students’ spiritual care attitude, the higher their perception of spiritual care competence. Students with positive spiritual care attitudes were willing to acquire more knowledge and skills to address the needs of patients and provide more effective care. But our results show also that this attitude, although central, does not guarantee the acquisition of knowledge and skills that must be promoted in a targeted manner.

In addition, the independent dimension associated with knowledge and skills includes items related to all phases of the nursing care process (e.g. assessment of spiritual needs, planning of care, evaluation of outcomes and recording of the process), thus providing students with a complete self-assessment of their knowledge regarding the nursing care process of spiritual care, as established in the conceptual framework of this competence (van Leeuwen et al., 2021).

These results are in line with those obtained in a systematic review carried out by Costeira et al. (2024), who concluded that competence in spiritual care includes the cognitive, affective and functional domains, which are interconnected and interact to encompass a single competence in spiritual care. The cognitive domain (knowledge) involves the assessment and planning of spiritual care; the affective domain (attitudes) includes self-assessment or self-examination, personal support and counselling of the patient and attitude towards the patient’s spirituality; and the functional or instrumental domain (skills) encompasses intervention and evaluation of spiritual care/communication strategies used to provide support to the patient. The EPICC\_spa assesses aspects related to these three dimensions and provides evidence that attitudinal aspects are more comprehensive, constituting the core of competence, although other aspects (skills and knowledge) are independent and necessary.

On the other hand, the potential of the EPICC\_spa to distinguish between different groups has also been demonstrated, differentiating between students who had training in spiritual care and those who did not, as well as between first- and fourth-year bachelor’s degree students. Thus, it seems that training plays an important role in the acquisition of competencies for spiritual care, especially in the dimension of knowledge and skills. In line with the above, the study by Ross et al. (2018) and even the original scale study (Giske et al., 2022), showed similar results, thus underscoring the importance of fostering appropriate education that promotes spiritual awareness, which in turn contributes to a better quality of spiritual care.

Finally, in terms of convergent validity, the results confirm the positive, albeit moderately low, correlation between meaning in life and spiritual care competencies, which is in line with other studies (Mesquita et al., 2014; Ross et al., 2018) that indicated the existence of a positive association between greater spiritual well-being (a broader construct, but closely related to meaning in life) and the importance given by the nursing team to the provision of spiritual care. Likewise, the positive correlation between resilience and competence in spiritual care is in line with the findings of Limonero et al. (2014), who found a positive and significant correlation ( $p < 0.01$ ;  $r 0.47$ ) between resilience and perceived personal competence in nursing students.

In summary, although the findings did not align with the factorial solution defined in the original version of the scale, it is important to highlight that the scale demonstrated good internal consistency and evidence of construct validity. These findings indicate that the EPICC\_spa is a reliable tool for assessing spiritual-care competences among nursing Students in Spain. The possibility of using this tool is the first step towards a better integration of this care dimension in the nursing degree curricula in Spain, allowing the planning of specific training activities to enhance this competency, as well as for the follow-up after the implementation of improvement strategies.

**Table 4**  
Spearman’s correlations between EPICC\_spa and other studied variables.

	MLQ-S	MLQ-P	BRCS
Knowledge/Skill	.240**	.207**	.215**
Attitudes	.245**	.203**	.329**
Total competence	.285**	.249**	.331**

\*\*  $p < .001$ . BRCS: Brief Resilient Coping Scale. MLQ-S: Meaning-in-life questionnaire search for meaning. MLQ-P: Meaning-in-Life Questionnaire on the Presence of Meaning.

**Table 5**  
EPICC\_spa scores and selected educational factors.

	N	Attitude			Knowledge/Skill			Effect size <sup>^</sup>	Total comp.			Effect size <sup>^</sup>
		Mean	SD	p *	Mean	SD	p *		Mean	SD	p *	
Training												
No	482	4.34	.50	.09	3.20	.78	< .001	.59	3.95	.50	< .001	.37
Yes	160	4.42	.60		3.66	.78			4.14	.57		
Year												
First	434	4.39	.48	.056	3.24	.78	< .001	.30	3.96	.48	.002	.21
Fourth	208	4.42	.61		3.48	.84			4.07	.60		
<b>Total</b>	<b>642</b>	<b>4.40</b>			<b>3.32</b>				<b>4.00</b>			

SD: Standard deviation. \* Mann–Whitney U test. <sup>^</sup>Hedges' g test

5.1. Strengths and limitations of the work

The main strengths of this study lie in the rigorous methodology used for the tool's cultural adaptation and psychometric evaluation, as well as in the large, regionwide sample and its response stability over time. However, several limitations should be acknowledged. The EPICC\_spa is a self-report instrument, meaning the competencies evaluated reflect student nurses' perceptions and aspirations, which may not completely reflect their actual attitudes or knowledge. Additionally, its representativeness could be limited by the sample used, since the findings may not apply to students from other regions or educational contexts where

cultural and formative perceptions differ from those of Madrid Autonomous Region. Finally, the cross-sectional design limits causal inferences about the effects of the training in spiritual care on competency. In this sense, although the two cohorts included in the study (1st and 4th year) differ only in terms of the spiritual care training received, there may be other unaccounted-for variables that distinguish the cohorts and explain the observed differences in spiritual care competence. Future longitudinal research could explore the role of training and its impact on spiritual care competencies.

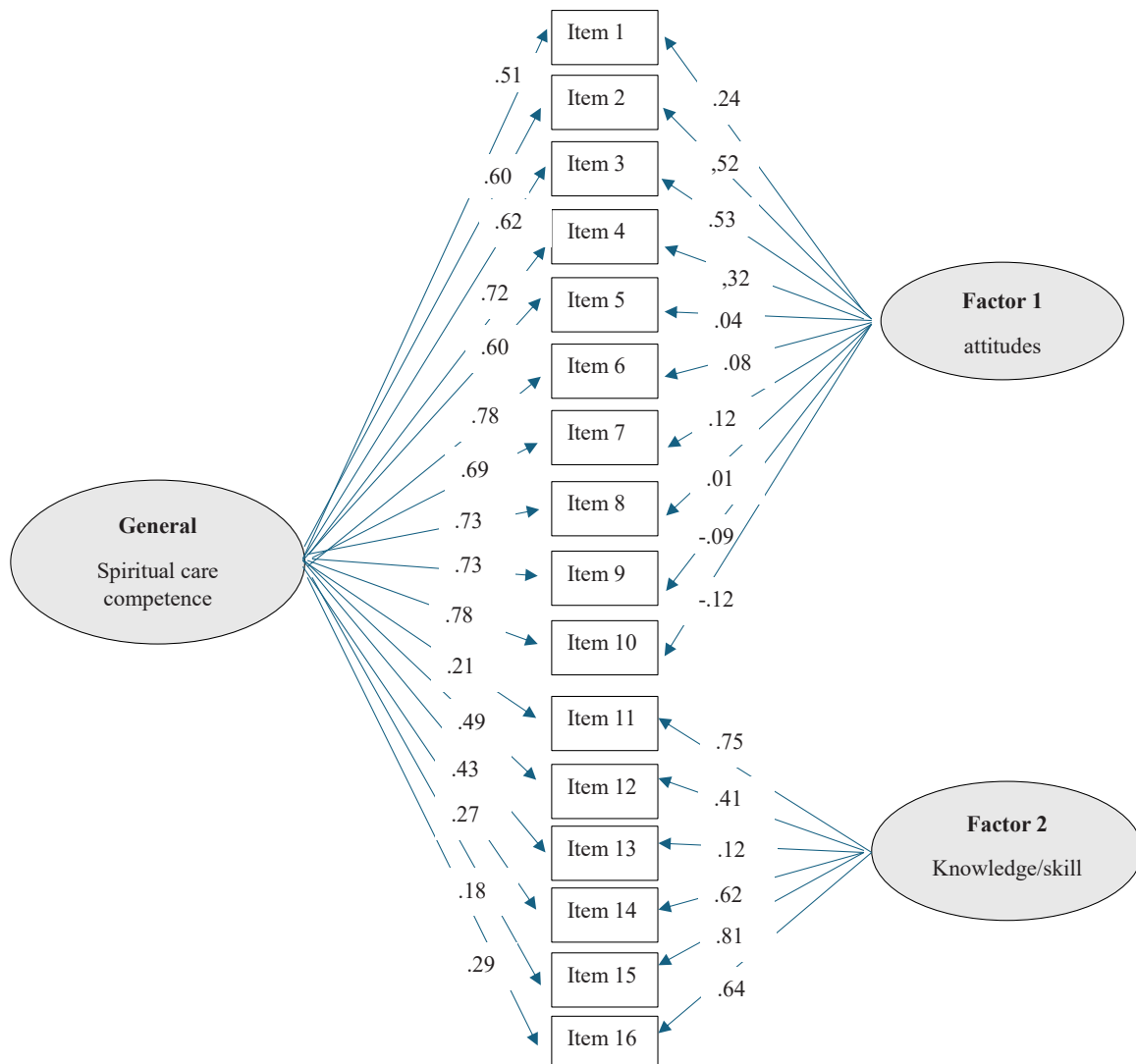


Fig. 3a. EPICC\_spa Confirmatory Factor Analysis.

5.2. Recommendations for further research

The results suggest the need to continue developing valid tools to assess nursing students' competencies regarding spiritual care. Incorporating qualitative methods such as interviews or focal group discussions could provide deeper insights into how participants perceive spirituality, thus providing further adaptation to EPICC\_spa. Given the significant deviation from the original findings regarding the structure of the scale and its number of items ( Fig. 3a and Fig. 3b), further research with more extensive and varied samples would be beneficial for exploring the underlying reasons for the deviating factorial structure. Furthermore, both translated versions of the tool were included (28 and 16 items, Supplementary Material Annexes 1 and 2, respectively). This will allow for comparison with other translations in the long term and for EPICC\_spa to be more rigorously tested in other Spanish nursing and midwifery student populations and even in other Spanish-speaking countries.

On the other hand, and given the cross-sectional nature of this study,

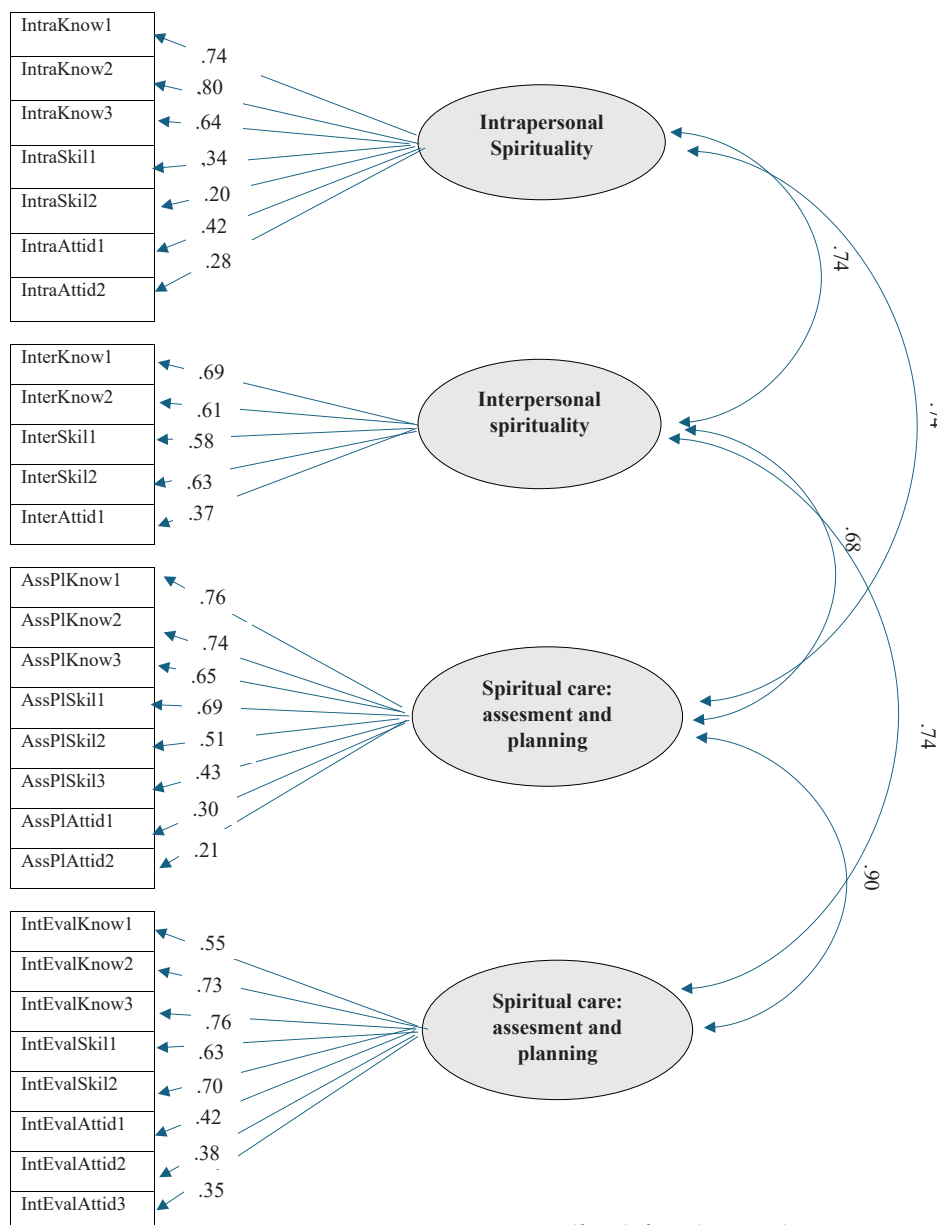
further research using longitudinal design would be desirable, to evaluate the intrasubject developmental process of this competence along the nursing studies degree, as well as to identify the impact of any intervention whose aim would be to enhance its development.

6. Conclusion

The validation of the translated and adapted version of the EPICC Spiritual Care Competency Tool scale in the Spanish context, represents a significant advance in the assessment of competences in spiritual care in nursing students. This tool provides a reliable, culturally adapted and valid instrument for the self-assessment of spiritual care competences of nursing students in Spain, thus supporting their training in this essential aspect of holistic patient care.

CRediT authorship contribution statement

Mc Sherry Wilfred: Writing – review & editing. Jódar Rafael:



Source: self-made from the original

Fig. 3b. EPICC original version Confirmatory Factor Analysis.

Software, Formal analysis. **Zulueta-Egea Mar:** Writing – review & editing, Supervision, Conceptualization. **Ribeiro Ana SF.:** Writing – review & editing, Supervision, Formal analysis. **Martínez-Gimeno M. Lara:** Writing – review & editing, Supervision, Data curation. **Suquet García-Inés Tamara:** Writing – review & editing, Writing – original draft, Project administration, Methodology, Formal analysis, Conceptualization.

## Funding

This study did not receive any specific grants from funding agencies in the public, commercial, or non-profit sectors.

## Declaration of Competing Interest

The authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could have appeared to influence the work reported in this paper.

## Acknowledgments

The authors are grateful to Verónica Mozo Alcalde for the translation of the original version of the scale, and all the nurses and experts who participated in the cultural adaptation and content validity process. Special thanks also to all the nursing faculties who have kindly collaborated in collecting the data. This project has been awarded with the first prize in the 43rd Nursing Contest of the University School of Nursing and Physiotherapy "San Juan de Dios", Madrid, Spain.

## Appendix A. Supporting information

Supplementary data associated with this article can be found in the online version at [doi:10.1016/j.nepr.2025.104395](https://doi.org/10.1016/j.nepr.2025.104395).

## References

- Adib-Hajbaghery, M., Zehtabchi, S., Fini, I.A., 2017. Iranian nurses' professional competence in spiritual care in 2014. *Nurs. Ethics* 24 (4), 462–473. <https://doi.org/10.1177/0969733015600910>.
- Baldacchino, D.R., 2008. Spiritual care: Is it the nurse's role? *Spiritual. Health Int.* 9 (4), 270–284. <https://doi.org/10.1002/shi.363>.
- Baldacchino, 2015. Spiritual care education of health care professionals. *Article 2. Religions* 6 (2). <https://doi.org/10.3390/rel6020594>.
- Benito, E., Dones, M., Barbero, J., 2016. Spiritual accompaniment in palliative care. *Psicooncología* 13 (2-3), 367–384. <https://doi.org/10.5209/PSIC.54442>.
- Boateng, G.O., Neilands, T.B., Frongillo, E.A., Melgar-Quinonez, H.R., Young, S.L., 2018. Best practices for developing and validating scales for health, social and behavioral research: a primer. *Front. Public Health* 6. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00149>.
- Chaboyer, W., Harbeck, E., Lee, B.-O., Grealish, L., 2021. Missed nursing care: an overview of reviews. *Kaohsiung J. Med. Sci.* 37 (2), 82–91. <https://doi.org/10.1002/kjm2.12308>.
- Chen, F.F., Hayes, A., Carver, C.S., Laurenceau, J.P., Zhang, Z., 2012. Modeling general and specific variance in multifaceted constructs: a comparison of the bifactor model to other approaches. *J. Personal.* 80 (1), 219–251.
- Costa, M.L., Araújo, J.N., de, M., Araújo, A.C., de, Dantas, A.C., Pérez, P.E., Vitor, A.F., 2023. Spiritual care and spirituality in academic nursing training: scoping review. *Av. En. Enfermería* 41 (2). <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v41n2.108680>.
- Costeira, C., Querido, A., Ventura, F., Loureiro, H., Coelho, J., Benito, E., Nabal, M., Dones, M., Specos, M., Laranjeira, C., 2024. Spiritual care [Givers] competence in palliative care: a scoping review. *Healthcare* 12, 1059. <https://doi.org/10.3390/healthcare12111059>.
- DeVellis, R.F., 2016. *Scale Development: Theory and Applications*. SAGE Publications.
- de Diego-Cordero, R., López-Tarrida, Á.C., Linero-Narváez, C., Galán González-Serna, J. M., 2023. More spiritual health professionals provide different care": a qualitative study in the field of mental health. *Healthcare* 11 (3), 303. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030303>.
- Dueber, D. (2019). *BifactorIndicesCalculator: Bifactor Indices Calculator* (p. 0.2.2) [Dataset]. <https://doi.org/10.32614/CRAN.package.BifactorIndicesCalculator>.
- Fernández-Pascual, M.D., Reig-Ferrer, A., Santos-Ruiz, A., 2020. Effectiveness of an educational intervention to teach spiritual care to Spanish nursing students. *Religions* 11 (11), 596. <https://doi.org/10.3390/rel11110596>.
- Garssen, B., Ebenau, A.F., Visser, A., Umland, N., Groot, M., 2017. A critical analysis of scales to measure the attitude of nurses toward spiritual care and the frequency of spiritual nursing care activities. *Nurs. Inq.* 24 (3), e12178. <https://doi.org/10.1111/nin.12178>.
- Giske, T., Schep-Akkerman, A., Bø, B., Cone, P.H., Moene Kuven, B., Mcsherry, W., Owusu, B., Ueland, V., Lassche-Scheffer, J., Leeuwen, R., Ross, L., 2022. Developing and testing the EPICC spiritual care competency self-assessment tool for student nurses and midwives. *J. Clin. Nurs., jcn.* 16261. <https://doi.org/10.1111/jcn.16261>.
- Green, A., Kim-Godwin, Y.S., Jones, C.W., 2020. Perceptions of spiritual care education, competence and barriers in providing spiritual care among registered nurses. *J. Holist. Nurs.* 38 (1), 41–51. <https://doi.org/10.1177/0898010119885266>.
- Guo, Z., Zhang, Y., Li, P., Zhang, Q., Shi, C., 2022. Student nurses' spiritual care competence and attitude: an online survey, 00(n/a). *Nurs. Open* 1–10. <https://doi.org/10.1002/nop2.1441>.
- Herdman, T.H., & Kamitsuru, S., 2024. *Nursing Diagnoses: Definitions and classification 2024-2026* (13th ed.). Thieme Publishers, cop.
- Hsieh, S.-I., Hsu, L.-L., Kao, C.-Y., Breckenridge-Sproat, S., Lin, H.-L., Tai, H.-C., Huang, T.-H., Chu, T.-L., 2020. Factors associated with spiritual care competencies in Taiwan's clinical nurses: A descriptive correlational study. *J. Clin. Nurs.* 29 (9-10), 1599–1613. <https://doi.org/10.1111/jcn.15141>.
- Hvidt, N.C., Nielsen, K.T., Kørup, A.K., Prinds, C., Hansen, D.G., Viftrup, D.T., Assing Hvidt, E., 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., 0, 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>.
- International Council of Nurses, 2021. *The ICN Code of Ethics for Nurses*. International Council of Nurses: Geneva, Switzerland.
- Koenig, H.G., Al Zaben, F., 2021. Psychometric validation and translation of religious and spiritual measures. *J. Relig. Health* 60 (5), 3467–3483. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01373-9>.
- Koenig, H.G., Vanderweele, T., Peteet, J.R., 2023. *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press.
- van Leeuwen, R., Attard, J., Ross, L., Boughey, A., Giske, T., Kleiven, T., McSherry, W., 2021. The development of a consensus-based spiritual care education standard for undergraduate nursing and midwifery students: an educational mixed methods study. *J. Adv. Nurs.* 77 (2), 973–986. <https://doi.org/10.1111/jan.14613>.
- Limero, J., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Aradilla, A.V.J., Gómez-Romero, M., Sinclair, V., Wallston, K., 2010. Spanish adaptation of the brief resilient coping scale: preliminary analysis. *Med. Paliativa* 17, 65.
- Limero, J.T., Tomás-Sábado, J., Gómez-Romero, M.J., Maté-Méndez, J., Sinclair, V.G., Wallston, K.A., Gómez-Benito, J., 2014. Evidence for validity of the brief resilient coping scale in a young Spanish sample. *Span. J. Psychol.* 17, E34. <https://doi.org/10.1017/sjp.2014.35>.
- Martins, A., Pinto, S., Caldeira, S., Pimentel, F., 2015. Translation and adaptation of the spirituality and spiritual care rating scale in Portuguese palliative care nurses. *Rev. Enferm. Ref. IV Série* (4), 89–97. <https://doi.org/10.12707/RUIII3129>.
- Mcsherry, W., Wright, C., 2024. *The Role of the Nurse in Spiritual Care*. *Spiritual Care in Palliative Care*. Springer International Publishing, pp. 455–470. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-50864-6\\_31](https://doi.org/10.1007/978-3-031-50864-6_31).
- Mesquita, A.C., Costa Valcanti Avelino, C., Neves Barreto, M., Alves Nogueira, D., Souza Terra, F. de, Cássia Lopes Chaves, É. de, 2014. Spiritual well-being and the provision of spiritual care in a nursing team. *Index Enfermia* 23 (4), 219–223. <https://doi.org/10.4321/S1132-12962014000300006>.
- Morillo Martín, M.S., Galán González-Serna, J.M., Llanos Peña, F. de, 2017. *Actitudes de las Enfermeras ante los Cuidados Espirituales y Religiosos en un Hospital General*. *Index De. Enfermería* 26 (3), 152–156.
- Nassehi, A., Jafari, J., Arbabisarjou, A., Sadeghi, H., Jafari, M., Saberi, N., 2025. Spiritual well-being and attitudes toward caring for dying patients: A cross-sectional study in Iranian nursing students. *BMC Palliative Care* 24 (1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12904-025-01688-4>.
- Polit, D.F., Beck, C.T., Owen, S.V., 2007. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res. Nurs. Health* 30 (4), 459–467. <https://doi.org/10.1002/nur.20199>.
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paul, M., Pugliese, K., Sulmasy, D., 2009. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the consensus conference. *J. Palliat. Med.* 12 (10), 885–904. <https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0142>.
- Puchalski, C.M., Vitillo, R., Hull, S.K., Reller, N., 2014. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching National and International Consensus. *J. Palliat. Med.* 17 (6), 642–656. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427>.
- R Core Team, 2020. *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.r-project.org/>.
- Ramezani, M., Ahmadi, F., Mohammadi, E., Kazemnejad, A., 2014. Spiritual care in nursing: a concept analysis. *Int. Nurs. Rev.* 61 (2), 211–219. <https://doi.org/10.1111/inr.12099>.
- Reig-Ferrer, A., de la Cuesta-Benjumea, C., Fernández-Pascual, M., Santos-Ruiz, A., 2019. A view of spirituality and spiritual care in a sample of Spanish nurses. *Religions* 10 (2), 129. <https://doi.org/10.3390/rel10020129>.
- Ross, L., Holt, J., Kuven, B.M., Ørskov, B., Paal, P., 2021. Educational Context, Evidence and Exploration of Professional Fields of Nursing and Midwifery. In: McSherry, W., Boughey, A., Attard, J. (Eds.), *Enhancing Nurses' and Midwives' Competence in Providing Spiritual Care: Through Innovative Education and Compassionate Care*. Springer International Publishing, pp. 39–56. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-65888-5\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-030-65888-5_3).

- Ross, L., McSherry, W., Giske, T., van Leeuwen, R., Schep-Akkerman, A., Koslander, T., Hall, J., Steinfeldt, V.Ø., Jarvis, P., 2018. Nursing and midwifery students' perceptions of spirituality, spiritual care and spiritual care competency: a prospective, longitudinal, correlational European study. *Nurse Educ. Today* 67, 64–71. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.002>.
- Rykkje, L., Søvik, M.B., Ross, L., McSherry, W., Cone, P., Giske, T., 2022. Educational interventions and strategies for spiritual care in nursing and healthcare students and staff: a scoping review. *J. Clin. Nurs.* 31 (11-12), 1440–1464. <https://doi.org/10.1111/jocn.16067>.
- Sinclair, V.G., Wallston, K.A., 2004. The development and psychometric evaluation of the brief resilient coping scale. *Assessment* 11, 94–101.
- Steger, M.F., Frazier, P.A., Zacchanini, J.L., 2008. Terrorism in two cultures: stress and growth following september 11 and the madrid train bombings. *J. Loss Trauma* 13 (6), 511–527. <https://doi.org/10.1080/15325020802173660>.
- Steger, M.F., Frazier, P., Oishi, S., Kaler, M., 2006. The meaning in life questionnaire: assessing the presence of and search for meaning in life. *J. Couns. Psychol.* 53 (1), 80–93. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.1.80>.
- Stephens, T.M., Layne, D., 2023. A National survey of nursing faculty resilience, moral courage and purpose. *J. Nurs. Educ.* 62 (7), 381–386. <https://doi.org/10.3928/01484834-20230509-01>.
- Taylor, E.J., Pariñas, S., Mamier, I., Atarhim, M.A., Angeles, L., Aslan, H., Aktürk, Ü., Erci, B., Soriano, G., Sinaga, J., Chen, Y.-H., Merati-Fashi, F., Odonel, G., Neathery, M., Permatasari, W., Ricci-Allegra, P., Foith, J., Caldeira, S., Dehom, S., 2023. Frequency of nurse-provided spiritual care: an international comparison. *J. Clin. Nurs.* 32 (3-4), 597–609. <https://doi.org/10.1111/jocn.16497>.
- Yang, S.-H., Tsan, Y.-T., Hsu, W.-T., Liu, C.-F., Ho, W.-C., Wu, L.-F., Lin, C.-F., Chu, W.-M., 2024. Association between self-efficacy, spiritual well-being and the willingness to provide spiritual care among nursing staff in Taiwan: A cross-sectional study. *BMC Nursing* 23 (1), 299. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01978-x>.

## ANEXO II. Versiones del cuestionario EPICC tras traducción y validación de contenido

Versión Original	EPICC_spa_v1	EPICC_spa_v2
<b>Competency 1. INTRApersonal (within you) spirituality</b>	<b>Competencia 1. Espiritualidad INTRApersonal (con uno/a mismo/a)</b>	<b>Competencia 1. Espiritualidad INTRApersonal (con uno/a mismo/a)</b>
<b>Knowledge</b>		
<b>1</b> I understand the concept of spirituality	Entiendo el concepto de espiritualidad	Entiendo el concepto de espiritualidad
<b>2</b> I can explain the impact of spirituality on a person's health and well-being across the lifespan for myself and others	Puedo explicar, a los/as demás y a mí mismo/a, el impacto de la espiritualidad en la salud y el bienestar de la persona a lo largo de su vida.	Puedo explicar el impacto de la espiritualidad en la salud y el bienestar de la persona a lo largo de su vida.
<b>3</b> I understand the impact of my own values and beliefs in providing spiritual care	Entiendo el impacto de mis propios valores y creencias al proporcionar cuidados espirituales	<b>Reconozco</b> el impacto de mis propios valores y creencias al proporcionar cuidados espirituales
<b>Skills</b>		
<b>4</b> I reflect meaningfully upon my own values and beliefs and recognise that these may be different from other people's values and beliefs	Reflexiono profundamente sobre mis propios valores y creencias y reconozco que pueden ser diferentes de los de otras personas	Reflexiono sobre mis propios valores y creencias y reconozco que pueden ser diferentes de los de otras personas
<b>5</b> I take care of my own well-being	Cuido de mi propio bienestar	Cuido de mi propio bienestar <b>espiritual</b>
<b>Attitude</b>		
<b>6</b> I am willing to explore my own personal, religious, and spiritual beliefs	Estoy dispuesta/o a explorar mis propias creencias personales, espirituales y religiosas.	Estoy dispuesta/o a explorar mis propias creencias personales, espirituales y religiosas.
<b>7</b> I am open and respectful to people's diverse expressions of spirituality	Estoy abierta/o y respeto las diversas expresiones de espiritualidad de las personas.	Estoy abierta/o a las diversas expresiones de espiritualidad de las personas y <b>las respeto</b>
<b>Competency 2. INTERpersonal (related to others) spirituality</b>	<b>Competencia 2. Espiritualidad INTERpersonal (en relación con otros/as)</b>	<b>Competencia 2. Espiritualidad INTERpersonal (en relación con otros/as)</b>
<b>Knowledge</b>		
<b>8</b> I understand the ways that people express their spirituality	Entiendo las diferentes formas en las que las personas expresan su espiritualidad	Entiendo las diferentes formas en las que las personas expresan su espiritualidad
<b>9</b> I am aware of the different world/religious views and how these may impact upon people's responses to key life events	Soy consciente de las diferentes visiones/concepciones del mundo y de la religión, y de cómo éstas pueden influir en las respuestas de la persona ante acontecimientos vitales clave.	Soy consciente de las diferentes visiones/concepciones del mundo y de <b>lo trascendente</b> , y de cómo éstas pueden influir en las respuestas de la persona ante acontecimientos vitales clave.
<b>Skills</b>		
<b>10</b> I recognise the uniqueness of people's spirituality	Reconozco que la espiritualidad de cada persona es única	Reconozco que <b>la vivencia de la dimensión espiritual</b> de cada persona es única

ANEXOS

Versión Original	EPICC_spa_v1	EPICC_spa_v2
11 I interact with, and respond sensitively to people's spirituality	Interactúo y respondo con sensibilidad a la espiritualidad de las personas.	Interactúo y respondo <b>con respeto</b> a la espiritualidad de las personas.
<b>Attitude</b>		
12 I am trustworthy, approachable, and respectful of people's expressions of spirituality and different world/religious views	Soy una persona de confianza, accesible, cercana y respetuosa con las expresiones de la espiritualidad de las personas y sus diferentes visiones del mundo y de la religión	Me considero una persona de confianza, accesible, cercana y respetuosa con las expresiones de la espiritualidad de las personas y sus diferentes visiones del mundo y de <b>lo trascendente</b>
<b>Competency 3. Spiritual care: assessment and planning</b>		
<b>Competencia 3. Cuidado espiritual: valoración y planificación</b>		
<b>Competencia 3. Cuidado espiritual: valoración y planificación</b>		
<b>Knowledge</b>		
13 I understand the concept of spiritual care	Entiendo el concepto de cuidados espirituales.	Entiendo el concepto de cuidados espirituales.
14 I am aware of different approaches to spiritual assessment	Soy consciente de que existen diferentes enfoques para llevar a cabo una evaluación espiritual.	<b>Conozco</b> los diferentes enfoques que existen para llevar a cabo una evaluación espiritual
15 I understand other professionals' roles in providing spiritual care	Entiendo el papel de otros/as profesionales en el cuidado espiritual.	Entiendo el papel de otro/as profesionales en el cuidado espiritual.
<b>Skills</b>		
16 I can conduct and document a spiritual assessment to identify spiritual needs and resources	Puedo realizar y documentar una evaluación espiritual para identificar necesidades y recursos espirituales	<b>Sé utilizar las herramientas de evaluación espiritual</b> para identificar las necesidades y recursos espirituales <b>de la persona</b>
17 I can collaborate with other professionals in the provision of spiritual care	Soy capaz de colaborar con otros/as profesionales en los cuidados espirituales.	Soy capaz de colaborar con otros/as profesionales en los cuidados espirituales.
18 I can appropriately contain and deal with emotions	Soy capaz de controlar y de lidiar con las emociones adecuadamente.	Soy capaz de controlar y de <b>gestionar adecuadamente</b> las emociones <b>de las personas a las que atiendo</b>
<b>Attitude</b>		
19 I am open, approachable, and non-judgmental	Me muestro abierto/a, cercano/a y sin prejuicios.	Me muestro <b>próximo/a</b> , cercano/a y sin prejuicios.
20 I am willing to deal with emotions	Estoy dispuesto/a lidiar con las emociones	Estoy dispuesto/a a trabajar con las emociones <b>de las personas a las que atiendo</b>
<b>Competency 4. Spiritual care: intervention and evaluation</b>		
<b>Competencia 4. Cuidado espiritual: intervención y evaluación</b>		
<b>Competencia 4. Cuidado espiritual: intervención y evaluación</b>		
<b>Knowledge</b>		
21 I understand the concept of compassion and presence and its importance in spiritual care	Entiendo el concepto de compasión y presencia, así como su importancia en el cuidado espiritual.	<b>Comprendo</b> el concepto de compasión y presencia, así como su importancia en el cuidado espiritual.
22 I know how to respond appropriately to identified spiritual needs and resources	Sé cómo dar una respuesta apropiada a las necesidades y recursos espirituales identificados.	Sé cómo <b>responder adecuadamente</b> a las necesidades y recursos espirituales identificados.

ANEXOS

	Versión Original	EPICC_spa_v1	EPICC_spa_v2
23	I know how to evaluate whether spiritual needs have been met	Sé cómo evaluar si se han cubierto las necesidades espirituales.	<b>Conozco</b> cómo evaluar si se han cubierto las necesidades espirituales.
	<b>Skills</b>		
24	I recognise my personal limitations in spiritual care giving and refer to others as appropriate	Reconozco mis limitaciones personales en cuanto a la práctica del cuidado espiritual y recorro a otros/as profesionales según sea necesario.	Reconozco mis limitaciones personales en cuanto a la práctica del cuidado espiritual y recorro a otros/as profesionales según sea necesario.
25	I evaluate and document personal, professional, and organisational aspects of spiritual care, and reassess appropriately	Evalúo y registro los aspectos personales, profesionales y organizativos del cuidado espiritual, y los reevalúo adecuadamente.	Evalúo y registro los aspectos personales, profesionales y organizativos del cuidado espiritual, y los reevalúo adecuadamente.
	<b>Attitude</b>		
26	I show compassion and presence	Muestro compasión y presencia.	<b>Soy capaz de mostrar presencia y compasión ante las necesidades de las personas</b>
27	I am willing to collaborate with and refer to others (professional/non-professional) in providing spiritual care	Estoy dispuesto/a a colaborar con y derivar a otros/as (profesionales o no) el cuidado espiritual.	Estoy dispuesto/a a colaborar con y derivar a otros/as profesionales ( <b>sanitarios o no</b> ) el cuidado espiritual.
28	I am welcoming and accepting and show empathy, openness, professional humility, and trustworthiness in seeking additional spiritual support	Soy acogedor/a y tolerante, muestro empatía, apertura, humildad profesional y confianza para buscar apoyo espiritual adicional.	Soy acogedor/a y tolerante, muestro empatía, apertura, humildad profesional y confianza para buscar apoyo espiritual adicional

Nota: **en rojo**, los cambios realizados en los términos del cuestionario en cada una de las fases de traducción

**ANEXO III. Instrucciones comité de expertos**

Estimado/a experto/a:

Desde la Escuela de Enfermería del Centro Universitario San Rafael se tiene interés en validar la versión española de la *EPICC Spiritual Care Competency Self-Assessment Tool* ©. Para ello, se necesita de su colaboración como profesional dentro de algún campo de las Ciencias de la Salud para valorar si los ítems de la prueba son relevantes para medir las competencias que se pretende.

El único requisito para participar es que tenga experiencia dentro de su campo profesional relacionada con la competencia de cuidado espiritual y/o en el desarrollo de pruebas psicométricas. Su participación es totalmente voluntaria y puede finalizarla en cualquier momento.

Si acepta participar, deberá acceder al enlace que aparece más abajo y valorar si cada ítem de la prueba es relevante para medir la dimensión teórica que pretende utilizando las siguientes alternativas de respuesta:

<b>1</b> <b>Nada relevante</b>	<b>2</b> <b>Algo relevante</b>	<b>3</b> <b>Muy relevante</b>	<b>4</b> <b>Completamente relevante</b>
-----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------------

Además, encontrará un espacio para poder trasladar cualquier observación adicional sobre el contenido del ítem que considere de utilidad. **Por favor, utilice este espacio para trasladar las aclaraciones que considere oportunas siempre que valore un ítem con la categoría 1 o 2, o siempre que haya algún matiz que dificulte la comprensión del ítem con independencia de la puntuación otorgada.**

A la hora de responder, deberá tener en cuenta la definición de cada dimensión, la cual se presenta más abajo.

Si tiene alguna duda durante la realización de la tarea o si quiere más información sobre el estudio, se puede poner en contacto con la profesora **Tamara Suquet García-Inés** escribiendo a la dirección de correo electrónico [tsuquet@comillas.edu](mailto:tsuquet@comillas.edu).

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

## **EPICC Spiritual Care Competency Self-Assessment Tool**

La *EPICC Spiritual Care Competency Self-Assessment Tool* le permite evaluar su nivel de conocimientos, habilidades y actitudes en cuatro competencias clave para el cuidado espiritual. Para poder definir y comprender estas competencias, antes se presenta la definición de espiritualidad y cuidado espiritual.

### **Espiritualidad:**

*Es la dimensión dinámica de la vida humana relacionada con la forma en la que las personas (individuo y comunidad) experimentan, expresan y/o buscan significado, propósito y trascendencia, así como con la forma en la que (se) conectan con el momento, con uno mismo, con los otros, con la naturaleza y con lo significativo o sagrado.*

*El ámbito espiritual consta de las siguientes dimensiones a su vez:*

- 1. Desafíos existenciales (p. ej., cuestiones relativas a la propia identidad, al significado, al sufrimiento y la muerte, a la culpa y la vergüenza, al perdón y la reconciliación, a la libertad y la responsabilidad, a la esperanza y la desesperanza, al amor y la alegría).*
- 2. Consideraciones y actitudes basadas en valores (p.ej., lo que es más importante para cada persona, como son las relaciones con uno mismo, con la familia, los amigos, el trabajo, aspectos de la naturaleza, el arte, la cultura, la ética y la moral, y con la propia vida)*
- 3. Consideraciones y fundamentos religiosos (p. ej., fe, creencias y prácticas, relación con Dios o con lo supremo)"*

### **Cuidado Espiritual:**

*Es el cuidado que reconoce y responde al espíritu humano cuando se enfrenta a cambios vitales significativos (como el nacimiento, trauma, enfermedad o deterioro de la salud, pérdida) o a la tristeza, y que puede incluir la necesidad/búsqueda de sentido, de autoestima, de expresarse, de apoyo/soporte en la fe, quizá de ritos u oraciones o sacramentos, o simplemente de alguien que esté dispuesto a escuchar. El cuidado espiritual comienza favoreciendo el contacto humano dentro de una relación compasiva y se va orientando según sean las necesidades.*

## **Competencias del Cuidado Espiritual:**

*Dentro del cuidado espiritual, se distinguen cuatro competencias:*

- **Competencia 1. Espiritualidad INTRApersonal (con uno/a mismo/a):**  
*Se refiere a ser consciente de la importancia de la espiritualidad en la salud y en el bienestar propios.*
- **Competencia 2. Espiritualidad INTERpersonal (en relación con otros/as):**  
*Hace referencia a comprometerse con la espiritualidad de las personas, reconociendo sus visiones del mundo, creencias y prácticas espirituales y culturales únicas.*
- **Competencia 3. Cuidado espiritual: valoración y planificación:**  
*Se refiere a evaluar las necesidades y recursos espirituales utilizando enfoques formales o informales apropiados y planificar el cuidado espiritual, manteniendo la confidencialidad y obteniendo el consentimiento informado.*
- **Competencia 4. Cuidado espiritual: intervención y evaluación:**  
*Se refiere a dar respuesta a las necesidades y recursos espirituales en el marco de una relación de cuidado y compasiva.*

### **ENLACE PARA PARTICIPAR:**

*Por favor, antes de valorar la relevancia de los ítems, asegúrese de que entiende las definiciones de las distintas competencias del cuidado espiritual.*

<https://forms.office.com/e/3h9aW9R5vv>

**ANEXO IV. Aprobación Comité ético Pontificia Comillas**

Madrid, 28 de agosto de 2023

Dictamen 48/22-23

Para: Excmo. Vicerrector de Investigación y Profesorado

Asunto: Juicio del Comité de Ética acerca del proyecto titulado: "COMPETENCIAS PARA EL CUIDADO ESPIRITUAL DE LOS PACIENTES EN ESTUDIANTES DE GRADO EN ENFERMERÍA DE LA COMUNIDAD DE MADRID", presentado por la Prof. D<sup>a</sup>. TAMARA SUQUET GARCÍA-INÉS de la Escuela de Enfermería y Fisioterapia.

---

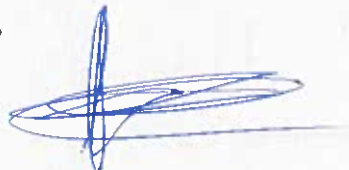
El Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Pontificia Comillas, conforme al procedimiento establecido, siendo valorado el caso por sus miembros, emite el siguiente DICTAMEN:

El proyecto salvaguarda la dignidad de las personas participantes en la investigación. Estos son alumnos mayores edad del Grado en Enfermería de las Escuelas de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Los participantes en el estudio adquirirán competencias para proporcionar cuidado espiritual a sus futuros pacientes. La investigación no conlleva riesgos, y todas las preguntas que se formularán a los participantes resultan pertinentes. Por tanto, el proyecto de investigación es conforme con los principios de la Declaración de Helsinki, en cuanto resultan mayores sus beneficios que sus riesgos.

Los participantes en el proyecto gozan de autonomía para determinar si intervienen o no en el mismo, siendo también informados, tanto en el estudio descriptivo como en los estudios piloto iniciales, de que en cualquier momento pueden retirar su consentimiento para participar sin necesidad de dar ninguna explicación. La investigadora se compromete a guardar confidencialidad y anonimidad en la recogida de datos del estudio, de forma que la identificación de los participantes no resulte posible. Los estudiantes participantes serán informados del proyecto por un investigador ajeno a sus cursos de formación académica para no condicionar su voluntad de participar en el estudio. La investigadora aporta la autorización del Director del Centro en el que se llevará a cabo el proyecto. La investigación es, pues, conforme con la Ley 3/2018 de Protección de Datos Personales y demás legislación concordante.

*El proyecto merece un juicio de conformidad ética para una investigación de sus características, y cuenta con la aprobación de este Comité.*

Atentamente,



Dr. Miguel Grande Yáñez

Presidente



Dr. Raúl González Fabre

Secretario

**ANEXO V. Hoja de Consentimiento informado participantes**

# HOJA DE INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

**Nº PROTOCOLO: P\_2023\_001**

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** Competencias para el cuidado espiritual de los pacientes en estudiantes de grado en enfermería de la Comunidad de Madrid.

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Tamara Suquet García-Inés. [tsuquet@comillas.edu](mailto:tsuquet@comillas.edu)

**CENTRO:** ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA SAN JUAN DE DIOS\_CAMPUS SAN RAFAEL

## INTRODUCCIÓN

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por la Comisión de Investigación de la Fundación San Juan de Dios y el comité de ética.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

## PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento (comunicando por escrito la decisión al investigador principal, según RD 1090/2015 de 4 de diciembre).

## DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

El presente proyecto pretende evaluar las competencias para el cuidado espiritual de los pacientes en estudiantes de primer y cuarto año de grado de enfermería de las 13 escuelas de la Comunidad de Madrid, en el curso 2023/2024.

Para ello, se le facilitarán unos cuestionarios en formato digital, con una serie de preguntas de respuesta múltiple, que usted debe cumplimentar y enviar de manera automática tras su finalización.

Tras el análisis de sus respuestas se facilitará los resultados a la persona

colaboradora de su centro.

## **BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO**

La participación en el presente estudio no comporta ningún riesgo para usted, y el beneficio de su realización redundará en la futura formación de los estudiantes de grado de enfermería, en cuanto a la adquisición de las competencias necesarias para proporcionar un cuidado espiritual de calidad a los pacientes.

## **CONFIDENCIALIDAD**

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 07 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a la investigadora principal del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código, asociado al correo electrónico que usted facilite para la cumplimentación del cuestionario, al ser en formato online, y son recogidos de forma completamente anónima. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna.

El acceso a su información personal (correo electrónico) quedará restringido al investigador de estudio/colaboradores y personal autorizado por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

## **COMPENSACIÓN ECONÓMICA**

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto, ni tampoco percibirá ninguna remuneración.

## **OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE**

Cualquier nueva información referente al estudio y que pueda afectar a su disposición para participar en el estudio, que se descubra durante su participación, le será comunicada lo antes posible.

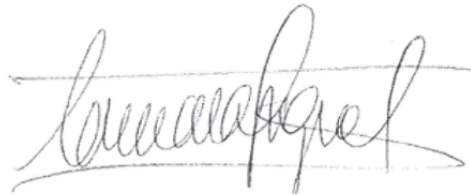
Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos y, puede exigir la destrucción de toda la

información que le pertenece.

También debe saber que puede ser excluido del estudio si el promotor o los investigadores del estudio lo consideran oportuno, ya sea por motivos de seguridad, o porque consideren que no está cumpliendo con los procedimientos establecidos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio.

Al firmar la hoja de consentimiento adjunta, se compromete a cumplir con los procedimientos del estudio que se le han expuesto.

Firma del Investigador

A handwritten signature in black ink, written over a horizontal line. The signature is cursive and appears to read 'Luisa María'.

Fecha: enero 2024

## ANEXO VI. EPICC\_spa

Esta herramienta de auto-evaluación permite evaluar tu nivel de conocimientos, habilidades y actitudes en las cuatro áreas clave de competencias para el cuidado espiritual. Se adjunta una breve definición de los conceptos de espiritualidad y cuidado espiritual.

**Espiritualidad:** *“la dimensión dinámica de la vida humana relacionada con la forma en la que las personas (individuo y comunidad) experimentan, expresan y/o buscan significado, propósito y trascendencia, así como con la forma en la que (se) conectan con el momento, con uno mismo, con los otros, con la naturaleza y con lo significativo o sagrado.*

*El ámbito espiritual es multi dimensional:*

- 1. Desafíos existenciales (p. ej: cuestiones relativas a la propia identidad, al significado, al sufrimiento y la muerte, a la culpa y la vergüenza, al perdón y la reconciliación, a la libertad y la responsabilidad, a la esperanza y la desesperanza, al amor y la alegría).*
- 2. Consideraciones y actitudes basadas en valores (p.ej: lo que es más importante para cada persona, como son las relaciones con uno mismo, con la familia, los amigos, el trabajo, aspectos de la naturaleza, el arte, la cultura, la ética y la moral, y con la propia vida)*
- 3. Consideraciones y fundamentos religiosos (p. ej: fe, creencias y prácticas, relación con Dios o con lo supremo)".*

EAPC (n.d.). *EAPC Task Force on Spiritual Care in Palliative Care* (Grupo de trabajo EAPC de Atención Espiritual en Cuidados Paliativos). Consultado en: <https://eapenet.eu/eapc-groups/spiritual-care/> . Último acceso 05/10/23.

**Cuidado Espiritual:** *cuidado que reconoce y responde al espíritu humano cuando se enfrenta a cambios vitales significativos (como el nacimiento, trauma, enfermedad o deterioro de la salud, pérdida) o a la tristeza, y que puede incluir la necesidad/búsqueda de sentido, de autoestima, de expresarse, de apoyo/soporte en la fe, quizá de ritos u oraciones o sacramentos, o simplemente de alguien que esté dispuesto a escuchar. El cuidado espiritual comienza favoreciendo el contacto humano dentro de una relación compasiva y se va orientando según sean las necesidades.*

van Leeuwen, R., Attard, J., Ross, L., Boughey, A., Giske, T., Kleiven, T., & McSherry, W. (2020). The development of a consensus-based spiritual care education standard for undergraduate nursing and midwifery students: An educational mixed methods study. *Journal of Advanced Nursing*, 00, 1-14. <https://doi.org/10.1111/jan.14613>

## ANEXOS

**A continuación, lee con detenimiento las 16 preguntas siguientes, e indica para cada afirmación tu grado de conformidad con las mismas, según la siguiente escala:**

**Totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, de acuerdo, totalmente de acuerdo.**

Ítem	
<b>1</b>	Estoy abierta/o a las diversas expresiones de espiritualidad de las personas y las respeto
<b>2</b>	Soy consciente de las diferentes visiones/concepciones del mundo y de lo trascendente, y de cómo pueden influir en las respuestas de la persona ante acontecimientos vitales clave.
<b>3</b>	Reconozco que la vivencia de la dimensión espiritual de cada persona es única
<b>4</b>	Me considero una persona de confianza, accesible, cercana y respetuosa con las expresiones de la espiritualidad de las personas y sus diferentes visiones del mundo y de lo trascendente
<b>5</b>	Me muestro próximo/a, cercano/a y sin prejuicios
<b>6</b>	Estoy dispuesto/a a trabajar con las emociones de las personas a las que atiendo
<b>7</b>	Comprendo el concepto de compasión y presencia, así como su importancia en el cuidado espiritual
<b>8</b>	Soy capaz de mostrar presencia y compasión ante las necesidades de las personas
<b>9</b>	Estoy dispuesto/a a colaborar con y derivar a otros profesionales (sanitarios o no sanitarios) el cuidado espiritual
<b>10</b>	Soy acogedor/a y tolerante, muestro empatía, apertura, humildad profesional y confianza para buscar apoyo espiritual adicional
<b>11</b>	Conozco los diferentes enfoques que existen para llevar a cabo una evaluación espiritual
<b>12</b>	Comprendo el papel de otros profesionales en el cuidado espiritual
<b>13</b>	Sé utilizar las herramientas de evaluación espiritual para identificar las necesidades y recursos espirituales de la persona
<b>14</b>	Sé cómo responder adecuadamente a las necesidades y recursos espirituales identificados
<b>15</b>	Conozco cómo evaluar si se han cubierto las necesidades espirituales
<b>16</b>	Evalúo y registro los aspectos personales, profesionales y organizativos del cuidado espiritual, y reevalúo adecuadamente

**ANEXO VII. Análisis Factorial Exploratorio EPICC\_spa\_v2**

Tabla 1. AFE con tres factores indicados por análisis paralelo (28 ítems)

Item	F1	F2	F3
1. Entiendo el concepto de espiritualidad	.745	.011	.047
2. Puedo explicar el impacto de la espiritualidad en la salud y el bienestar de la persona a lo largo de su vida, tanto en los demás como en mí mismo	.659	-.062	.196
3. Reconozco el impacto de mis valores y creencias al proporcionar cuidados espirituales	.593	.218	-.027
4. Reflexiono sobre mis valores y creencias y reconozco que pueden ser diferentes a los de los demás	.373	.363	-.173
5. Cuido de mi propio bienestar espiritual	.338	.155	.148
6. Estoy dispuesta/o a explorar mis creencias personales, espirituales y religiosas	.321	.256	-.051
7. Estoy abierta/o a las diversas expresiones de espiritualidad de las personas y las respeto	.312	.497*	-.169
8. Comprendo las diferentes formas en las que las personas expresan su espiritualidad	.254	.438*	.059
9. Soy consciente de las diferentes visiones/concepciones del mundo y de lo trascendente, y de cómo pueden influir en las respuestas de la persona ante acontecimientos vitales clave.	.252	.529*	-.054
10. Reconozco que la vivencia de la dimensión espiritual de cada persona es única	.218	.520*	-.079
11. Interactúo y respondo con respeto a la espiritualidad de las personas	.172	.473*	.068
12. Me considero/ demuestro ser una persona de confianza, accesible, cercana y respetuosa con las expresiones de la espiritualidad de las personas y sus diferentes visiones del mundo y de lo trascendente	.022	.632*	.008
13. Entiendo el concepto de cuidados espirituales	.55	.009	.357
14. Conozco los diferentes enfoques que existen para llevar a cabo una evaluación espiritual	.234	-.133	.751*
15. Comprendo el papel de otros profesionales en el cuidado espiritual	.236	.114	.477*
16. Sé utilizar las herramientas de evaluación espiritual para identificar las necesidades y recursos espirituales de la persona	.062	-.047	.790*
17. Soy capaz de colaborar con otros profesionales en los cuidados espirituales	.143	.288	.489*
18. Soy capaz de controlar y de gestionar adecuadamente las emociones de las personas a las que atiendo	-.056	.377	.440*
19. Me muestro próximo/a, cercano/a y sin prejuicios	-.152	.792*	.029
20. Estoy dispuesto/a a trabajar con las emociones de las personas a las que atiendo	-.02	.814*	-.07
21. Comprendo el concepto de compasión y presencia, así como su importancia en el cuidado espiritual	.124	.552*	.226
22. Sé cómo responder adecuadamente a las necesidades y recursos espirituales identificados	-.049	.234	.701*

## ANEXOS

23. Conozco cómo evaluar si se han cubierto las necesidades espirituales	-.101	-.024	.876*
24. Reconozco mis limitaciones personales en cuanto a la práctica del cuidado espiritual y recorro a otros profesionales cuando sea necesario	.074	.295	.333
25. Evaluó y registro los aspectos personales, profesionales y organizativos del cuidado espiritual, y reevalúo adecuadamente	.065	.079	.703*
26. Soy capaz de mostrar presencia y compasión ante las necesidades de las personas	.025	.710*	.057
27. Estoy dispuesto/a a colaborar con y derivar a otros profesionales (sanitarios o no sanitarios) el cuidado espiritual	.015	.644*	.119
28. Soy acogedor/a y tolerante, muestro empatía, apertura, humildad profesional y confianza para buscar apoyo espiritual adicional	-.043	.774*	.054

**Tabla 2. AFE con tres factores indicados por análisis paralelo (24 ítems)**

Item	F1	F2	F3
1. Entiendo el concepto de espiritualidad	.814	.042	-.040
2. Puedo explicar el impacto de la espiritualidad en la salud y el bienestar de la persona a lo largo de su vida, tanto en los demás como en mí mismo	.710	-.037	.129*
3. Reconozco el impacto de mis valores y creencias al proporcionar cuidados espirituales	.527	.259*	-.025
7. Estoy abierta/o a las diversas expresiones de espiritualidad de las personas y las respeto	.258*	.519*	-.160*
8. Comprendo las diferentes formas en las que las personas expresan su espiritualidad	.225*	.460*	.056
9. Soy consciente de las diferentes visiones/concepciones del mundo y de lo trascendente, y de cómo pueden influir en las respuestas de la persona ante acontecimientos vitales clave.	.222*	.550*	-.058
10. Reconozco que la vivencia de la dimensión espiritual de cada persona es única	.154	.546*	-.060
11. Interactúo y respondo con respeto a la espiritualidad de las personas	.141	.492*	.068
12. Me considero/ demuestro ser una persona de confianza, accesible, cercana y respetuosa con las expresiones de la espiritualidad de las personas y sus diferentes visiones del mundo y de lo trascendente	-.016	.645*	.020
13. Entiendo el concepto de cuidados espirituales	.591*	.032	.298*
14. Conozco los diferentes enfoques que existen para llevar a cabo una evaluación espiritual	.252*	-.126*	.731*
15. Comprendo el papel de otros profesionales en el cuidado espiritual	.279*	.123*	.434*
16. Sé utilizar las herramientas de evaluación espiritual para identificar las necesidades y recursos espirituales de la persona	.038	-.045	.807*
17. Soy capaz de colaborar con otros profesionales en los cuidados espirituales	.130	.297*	.485*
18. Soy capaz de controlar y de gestionar adecuadamente las emociones de las personas a las que atiendo	-.074	.378*	.453*
19. Me muestro próximo/a, cercano/a y sin prejuicios	-.121*	.788*	.005
20. Estoy dispuesto/a a trabajar con las emociones de las personas a las que atiendo	-.015	.822*	-.088*
21. Comprendo el concepto de compasión y presencia, así como su importancia en el cuidado espiritual	.120	.563*	.210*
22. Sé cómo responder adecuadamente a las necesidades y recursos espirituales identificados	-.042	.224*	.701*
23. Conozco cómo evaluar si se han cubierto las necesidades espirituales	-.091	-.042	.882*
25. Evaluó y registro los aspectos personales, profesionales y organizativos del cuidado espiritual, y reevaluó adecuadamente	.087	.072	.684*
26. Soy capaz de mostrar presencia y compasión ante las necesidades de las personas	.021	.713*	.046
27. Estoy dispuesto/a a colaborar con y derivar a otros profesionales (sanitarios o no sanitarios) el cuidado espiritual	.022	.644*	.101
28. Soy acogedor/a y tolerante, muestro empatía, apertura, humildad profesional y confianza para buscar apoyo espiritual adicional	-.048	.774*	.047

**Tabla 3. AFE con tres factores indicados por análisis paralelo (23 ítems)**

Item	F1	F2	F3
1. Entiendo el concepto de espiritualidad	.821*	.030	-.037
2. Puedo explicar el impacto de la espiritualidad en la salud y el bienestar de la persona a lo largo de su vida, tanto en los demás como en mí mismo	.705*	-.042	.138*
3. Reconozco el impacto de mis valores y creencias al proporcionar cuidados espirituales	.530*	.252*	-.022
7. Estoy abierta/o a las diversas expresiones de espiritualidad de las personas y las respeto	.259*	.515*	-.157*
8. Comprendo las diferentes formas en las que las personas expresan su espiritualidad	.237*	.451*	.046
9. Soy consciente de las diferentes visiones/concepciones del mundo y de lo trascendente, y de cómo pueden influir en las respuestas de la persona ante acontecimientos vitales clave.	.224*	.544*	-.058
10. Reconozco que la vivencia de la dimensión espiritual de cada persona es única	.164	.539*	-.067
11. Interactúo y respondo con respeto a la espiritualidad de las personas	.144	.490*	.065
12. Me considero/ demuestro ser una persona de confianza, accesible, cercana y respetuosa con las expresiones de la espiritualidad de las personas y sus diferentes visiones del mundo y de lo trascendente	-.019	.647*	.021
13. Entiendo el concepto de cuidados espirituales	.570*	.039	.317*
14. Conozco los diferentes enfoques que existen para llevar a cabo una evaluación espiritual	.238*	-.118*	.737*
15. Comprendo el papel de otros profesionales en el cuidado espiritual	.260*	.132*	.448*
16. Sé utilizar las herramientas de evaluación espiritual para identificar las necesidades y recursos espirituales de la persona	.037	-.038	.797*
17. Soy capaz de colaborar con otros profesionales en los cuidados espirituales	.119	.304*	.489*
19. Me muestro próximo/a, cercano/a y sin prejuicios	-.126*	.791*	.007
20. Estoy dispuesto/a a trabajar con las emociones de las personas a las que atiendo	-.019	.823*	-.086
21. Comprendo el concepto de compasión y presencia, así como su importancia en el cuidado espiritual	.108	.569*	.217*
22. Sé cómo responder adecuadamente a las necesidades y recursos espirituales identificados	-.039	.227*	.689*
23. Conozco cómo evaluar si se han cubierto las necesidades espirituales	-.113*	-.026	.892*
25. Evaluó y registro los aspectos personales, profesionales y organizativos del cuidado espiritual, y reevaluó adecuadamente	.068	.084	.694*
26. Soy capaz de mostrar presencia y compasión ante las necesidades de las personas	.016	.713*	.048
27. Estoy dispuesto/a a colaborar con y derivar a otros profesionales (sanitarios o no sanitarios) el cuidado espiritual	.002	.654*	.115*
28. Soy acogedor/a y tolerante, muestro empatía, apertura, humildad profesional y confianza para buscar apoyo espiritual adicional	-.055	.778*	.051

**Tabla 4. AFE con tres factores indicados por análisis paralelo (21 ítems)**

Item	F1	F2
1. Entiendo el concepto de espiritualidad	.273*	.376*
2. Puedo explicar el impacto de la espiritualidad en la salud y el bienestar de la persona a lo largo de su vida, tanto en los demás como en mí mismo	.169*	.490*
3. Reconozco el impacto de mis valores y creencias al proporcionar cuidados espirituales	.406*	.242*
7. Estoy abierta/o a las diversas expresiones de espiritualidad de las personas y las respeto	.602*	-.035
8. Comprendo las diferentes formas en las que las personas expresan su espiritualidad	.526*	.156*
9. Soy consciente de las diferentes visiones/concepciones del mundo y de lo trascendente, y de cómo pueden influir en las respuestas de la persona ante acontecimientos vitales clave.	.622*	.039
10. Reconozco que la vivencia de la dimensión espiritual de cada persona es única	.596*	-.002
11. Interactúo y respondo con respeto a la espiritualidad de las personas	.536*	.129*
12. Me considero/ demuestro ser una persona de confianza, accesible, cercana y respetuosa con las expresiones de la espiritualidad de las personas y sus diferentes visiones del mundo y de lo trascendente	.645*	-.018
14. Conozco los diferentes enfoques que existen para llevar a cabo una evaluación espiritual	-.074*	.869*
15. Comprendo el papel de otros profesionales en el cuidado espiritual	.196*	.570*
16. Sé utilizar las herramientas de evaluación espiritual para identificar las necesidades y recursos espirituales de la persona	-.055	.816*
19. Me muestro próximo/a, cercano/a y sin prejuicios	.755*	-.087*
20. Estoy dispuesto/a a trabajar con las emociones de las personas a las que atiendo	.825*	-.133*
21. Comprendo el concepto de compasión y presencia, así como su importancia en el cuidado espiritual	.600*	.245*
22. Sé cómo responder adecuadamente a las necesidades y recursos espirituales identificados	.195*	.656*
23. Conozco cómo evaluar si se han cubierto las necesidades espirituales	-.084*	.826*
25. Evaluó y registro los aspectos personales, profesionales y organizativos del cuidado espiritual, y reevalúo adecuadamente	.084*	.715*
26. Soy capaz de mostrar presencia y compasión ante las necesidades de las personas	.725*	.032
27. Estoy dispuesto/a a colaborar con y derivar a otros profesionales (sanitarios o no sanitarios) el cuidado espiritual	.658*	.084*
28. Soy acogedor/a y tolerante, muestro empatía, apertura, humildad profesional y confianza para buscar apoyo espiritual adicional	.763*	-.009

**Tabla 5. AFE con tres factores indicados por análisis paralelo (20 ítems)**

	F1	F2
2. Puedo explicar el impacto de la espiritualidad en la salud y el bienestar de la persona a lo largo de su vida, tanto en los demás como en mí mismo	.167*	.467*
3. Reconozco el impacto de mis valores y creencias al proporcionar cuidados espirituales	.405*	.226*
7. Estoy abierta/o a las diversas expresiones de espiritualidad de las personas y las respeto	.599*	-.042
8. Comprendo las diferentes formas en las que las personas expresan su espiritualidad	.527*	.152*
9. Soy consciente de las diferentes visiones/concepciones del mundo y de lo trascendente, y de cómo pueden influir en las respuestas de la persona ante acontecimientos vitales clave.	.623*	.036
10. Reconozco que la vivencia de la dimensión espiritual de cada persona es única	.597*	-.003
11. Interactúo y respondo con respeto a la espiritualidad de las personas	.538*	.127*
12. Me considero/ demuestro ser una persona de confianza, accesible, cercana y respetuosa con las expresiones de la espiritualidad de las personas y sus diferentes visiones del mundo y de lo trascendente	.646*	-.017
14. Conozco los diferentes enfoques que existen para llevar a cabo una evaluación espiritual	-.066*	.860*
15. Comprendo el papel de otros profesionales en el cuidado espiritual	.200*	.561*
16. Sé utilizar las herramientas de evaluación espiritual para identificar las necesidades y recursos espirituales de la persona	-.049	.820*
19. Me muestro próximo/a, cercano/a y sin prejuicios	.755*	-.083*
20. Estoy dispuesto/a a trabajar con las emociones de las personas a las que atiendo	.825*	-.132*
21. Comprendo el concepto de compasión y presencia, así como su importancia en el cuidado espiritual	.603*	.245*
22. Sé cómo responder adecuadamente a las necesidades y recursos espirituales identificados	.199*	.662*
23. Conozco cómo evaluar si se han cubierto las necesidades espirituales	-.079*	.837*
25. Evaluó y registro los aspectos personales, profesionales y organizativos del cuidado espiritual, y reevalúo adecuadamente	.087*	.715*
26. Soy capaz de mostrar presencia y compasión ante las necesidades de las personas	.726*	.032
27. Estoy dispuesto/a a colaborar con y derivar a otros profesionales (sanitarios o no sanitarios) el cuidado espiritual	.660*	.087*
28. Soy acogedor/a y tolerante, muestro empatía, apertura, humildad profesional y confianza para buscar apoyo espiritual adicional	.764*	-.007

**Tabla 6. AFE con dos factores indicados por análisis paralelo (18 ítems)**

	F1	F2
7. Estoy abierta/o a las diversas expresiones de espiritualidad de las personas y las respeto	.593*	0.045
8. Comprendo las diferentes formas en las que las personas expresan su espiritualidad	.526*	.147*
9. Soy consciente de las diferentes visiones/concepciones del mundo y de lo trascendente, y de cómo pueden influir en las respuestas de la persona ante acontecimientos vitales clave.	.618*	.030
10. Reconozco que la vivencia de la dimensión espiritual de cada persona es única	.591*	-.006
11. Interactúo y respondo con respeto a la espiritualidad de las personas	.536*	.122*
12. Me considero/ demuestro ser una persona de confianza, accesible, cercana y respetuosa con las expresiones de la espiritualidad de las personas y sus diferentes visiones del mundo y de lo trascendente	.645*	-.009
14. Conozco los diferentes enfoques que existen para llevar a cabo una evaluación espiritual	-.060*	.846*
15. Comprendo el papel de otros profesionales en el cuidado espiritual	.203*	.555*
16. Sé utilizar las herramientas de evaluación espiritual para identificar las necesidades y recursos espirituales de la persona	-.046	.822*
19. Me muestro próximo/a, cercano/a y sin prejuicios	.760*	-.073
20. Estoy dispuesto/a a trabajar con las emociones de las personas a las que atiendo	.823*	-.125*
21. Comprendo el concepto de compasión y presencia, así como su importancia en el cuidado espiritual	.602*	.244*
22. Sé cómo responder adecuadamente a las necesidades y recursos espirituales identificados	.205*	.667*
23. Conozco cómo evaluar si se han cubierto las necesidades espirituales	-.074*	.843*
25. Evaluó y registro los aspectos personales, profesionales y organizativos del cuidado espiritual, y reevaluó adecuadamente	.092*	.719*
26. Soy capaz de mostrar presencia y compasión ante las necesidades de las personas	.728*	.034
27. Estoy dispuesto/a a colaborar con y derivar a otros profesionales (sanitarios o no sanitarios) el cuidado espiritual	.661*	.088*
28. Soy acogedor/a y tolerante, muestro empatía, apertura, humildad profesional y confianza para buscar apoyo espiritual adicional	.766*	-.002

**Table 7. AFE con dos factores indicados por análisis paralelo (16 ítems)**

	F1	F2
7. Estoy abierta/o a las diversas expresiones de espiritualidad de las personas y las respeto	.567*	-.032
9. Soy consciente de las diferentes visiones/concepciones del mundo y de lo trascendente, y de cómo pueden influir en las respuestas de la persona ante acontecimientos vitales clave.	.593*	.044
10. Reconozco que la vivencia de la dimensión espiritual de cada persona es única	.560*	.009
12. Me considero/ demuestro ser una persona de confianza, accesible, cercana y respetuosa con las expresiones de la espiritualidad de las personas y sus diferentes visiones del mundo y de lo trascendente	.639*	.002
14. Conozco los diferentes enfoques que existen para llevar a cabo una evaluación espiritual	-.068*	.845*
15. Comprendo el papel de otros profesionales en el cuidado espiritual	.193*	.560*
16. Sé utilizar las herramientas de evaluación espiritual para identificar las necesidades y recursos espirituales de la persona	-.056	.822*
19. Me muestro próximo/a, cercano/a y sin prejuicios	.762*	-.062
20. Estoy dispuesto/a a trabajar con las emociones de las personas a las que atiendo	.828*	-.114*
21. Comprendo el concepto de compasión y presencia, así como su importancia en el cuidado espiritual	.602*	.254*
22. Sé cómo responder adecuadamente a las necesidades y recursos espirituales identificados	.206*	.671*
23. Conozco cómo evaluar si se han cubierto las necesidades espirituales	-.067*	.843*
25. Evaluó y registro los aspectos personales, profesionales y organizativos del cuidado espiritual, y reevalúo adecuadamente	.098*	.721*
26. Soy capaz de mostrar presencia y compasión ante las necesidades de las personas	.735*	.044
27. Estoy dispuesto/a a colaborar con y derivar a otros profesionales (sanitarios o no sanitarios) el cuidado espiritual	.666*	.099*
28. Soy acogedor/a y tolerante, muestro empatía, apertura, humildad profesional y confianza para buscar apoyo espiritual adicional	.769*	.010

## ANEXO VIII. Relación de variables estudiadas y herramientas de medida

<b>Estudiantes</b>		
<b>VARIABLE</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>HERRAMIENTA</b>
<b>PRINCIPAL</b>		
1 COMPETENCIAS PARA EL CUIDADO ESPIRITUAL	Espiritualidad INTRApersonal	Cuestionario EPICC versión española (v. preliminar II)
	Espiritualidad INTERpersonal	
	Cuidado espiritual: valoración y planificación	
	Cuidado espiritual: intervención y evaluación	
<b>SECUNDARIAS</b>		
2 EDAD	18 a 99	Cuestionario ad-hoc
3 SEXO	hombre	Cuestionario ad-hoc
	mujer	
4 ESTADO FAMILIAR	Casado/Con pareja	Cuestionario ad-hoc
	Soltero pero vivo en familia	
	Soltero vivo solo	
	Viudo	
5 CURSO	1º	Cuestionario ad-hoc
	4º	
6 FACULTAD/ESCUELA	Escuela Universitaria de Enfermería de la Fundación Jiménez Díaz (UAM)	Cuestionario ad-hoc
	Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Camilo José Cela (UCJC)	
	Universidad Europea de Madrid (UEM)	
	Facultad de Ciencias de la Salud (URJC)	
	Departamento de Enfermería – Facultad de Medicina – UAM	
	Facultad de Enfermería y Fisioterapia Salus Infirmorum (UPSA)	
	Departamento de Enfermería y Fisioterapia – Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud – UAH	
	Universidad Alfonso X El Sabio (UAX)	
	Escuela de Enfermería de la Cruz Roja (UAM)	
	Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología (UCM)	
	Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios (Comillas)	
Escuela Enfermería Universidad Francisco de Vitoria		
Universidad San Pablo-CEU		

ANEXOS

<b>Estudiantes</b>		
<b>VARIABLE</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>HERRAMIENTA</b>
<b>7 FORMACIÓN ACADÉMICA PREVIA</b>	Bachillerato	Cuestionario ad-hoc
	Formación profesional grado medio sanidad o servicios socioculturales	
	Formación profesional grado medio (otros)	
	Formación profesional grado superior sanidad o servicios socioculturales	
	Formación profesional grado superior otros	
	Grado Universitario en Ciencias de la Salud. (Medicina, fisioterapia, podología)	
	Otro grado (no sanitario)	
	Máster universitario en el ámbito sanitario	
Máster en el ámbito no sanitario		
<b>8 EXPERIENCIA EN EL CUIDADO DE ENFERMOS (excluyendo las prácticas clínicas)</b>	Sí, de un familiar	Cuestionario ad-hoc
	Sí, como profesional del ámbito de la salud	
	No	
Se puede elegir mas de una opción		
<b>8b SI EXPERIENCIA, DURACIÓN</b>	Menos de un año	Cuestionario ad-hoc
	1 a 3 años	
	Más de 3 años	
<b>9 FORMACIÓN EN EL CUIDADO ESPIRITUAL DEL ENFERMO.</b>	Si	Cuestionario ad-hoc
	No	
<b>9b SI FORMACIÓN, DURACIÓN</b>	Menos de 5 horas	Cuestionario ad-hoc
	De 5 a 10 horas	
	Más de 10 horas	
<b>10 ACONTECIMIENTOS VITALES EN EL ÚLTIMO AÑO</b>	Muerte de un cónyuge	Cuestionario ad-hoc
	Divorcio/separación matrimonial	
	Muerte de un familiar/amigo/ser querido cercano	
	Enfermedad de un miembro de la familia	
	Lesión o enfermedad personal	
	Matrimonio	
	Maternidad/Paternidad	
	Despido laboral	
<b>11 RELIGIÓN/ESPIRITUALIDAD</b>	1. Católica	Cuestionario ad-hoc
	2. Evangélica	

<b>Estudiantes</b>		
<b>VARIABLE</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>HERRAMIENTA</b>
	3. Budista	
	4. Musulmana	
	5. Otra	
	6. Ninguna	
<b>12 RELIGIOSIDAD</b>	<p><b>Actividades religiosas organizadas (ORA):</b></p> <p>1. ¿Con cuanta frecuencia atiende usted a la iglesia u otros encuentros religiosos?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca</li> <li>2. Una vez al año o menos</li> <li>3. Unas pocas veces al año</li> <li>4. Unas pocas veces al mes</li> <li>5. Una vez a la semana</li> <li>6. Más de una vez a la semana</li> </ol>	Cuestionario DUREL (Koenig et al., 1997)
	<p><b>Actividades religiosas no organizadas (NORA):</b></p> <p>2. ¿Con cuanta frecuencia dedica usted tiempo a actividades religiosas privadas, como por ejemplo rezar, meditar, o estudiar la Biblia?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mas de una vez al dia</li> <li>2. Diariamente</li> <li>3. Dos o mas de dos veces al día</li> <li>4. Una vez a la semana</li> <li>5. Unas pocas veces al mes</li> <li>6. Raras veces o nunca</li> </ol>	Cuestionario DUREL (Koenig et al., 1997)
	<p><b>Religiosidad intrínseca:</b></p> <p>3. En mi vida, yo siento la presencia de lo Divino (ej: Dios)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definitivamente no es cierto</li> <li>2. Tiende a no ser cierto</li> <li>3. No estoy segura</li> <li>4. Tiende a ser cierto</li> <li>5. Definitivamente cierto para mi</li> </ol> <p>4. Mis creencias religiosas son lo que realmente está detrás de mi enfoque hacia la vida</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definitivamente no es cierto</li> <li>2. Tiende a no ser cierto</li> <li>3. No estoy segura</li> <li>4. Tiende a ser cierto</li> <li>5. Definitivamente cierto para mi</li> </ol> <p>5. Trato de llevar mis fundamentos religiosos a todos los demás aspectos de mi vida</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Definitivamente no es cierto</li> <li>2. Tiende a no ser cierto</li> <li>3. No estoy segura</li> <li>4. Tiende a ser cierto</li> <li>5. Definitivamente cierto para mi</li> </ol>	Cuestionario DUREL (Koenig et al., 1997)

<b>Estudiantes</b>		
<b>VARIABLE</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>HERRAMIENTA</b>
<b>13 SENTIDO DE LA VIDA</b>	1. Comprendo el significado de mi vida.	Meaning in life Questionnaire (Steger et al. 2006 )
	2. Busco algo que me haga sentir que mi vida tiene sentido.	
	3. Siempre estoy buscando el sentido de mi vida.	
	4. Mi vida tiene un significado muy claro.	
	5. Tengo algunas buenas intuiciones acerca de lo que le da sentido a mi vida.	
	6. He descubierto un significado de mi vida satisfactorio.	
	7. Estoy siempre buscando algo que haga que mi vida tenga sentido.	
	8. Estoy buscando un objetivo o misión en la vida.	
	9. Mi vida no tiene un propósito claro.	
	10. Estoy buscando el sentido de mi vida.	
<b>14 ANSIEDAD O MIEDO ANTE LA MUERTE</b>	1. Me angustia entrar en un cementerio.	Inventario de ansiedad ante la muerte (Tomás-Sábado & Gómez Benito, 2005)
	2. La certeza de la muerte quita significado a la vida.	
	3. Me molesta oír hablar de temas relacionados con la muerte.	
	4. Siempre me ha preocupado la posibilidad de morir joven.	
	5. Me cuesta aceptar la idea de que todo se acabe con la muerte.	
	6. Pienso que sería más feliz si ignorase que he de morir.	
	7. Creo que tengo más miedo a la muerte que la mayoría de las personas.	
	8. Me preocupa envejecer.	
	9. Me cuesta mucho aceptar que he de morir.	
	10. Nunca aceptaría trabajar en una empresa funeraria.	
	11. Me asusta la idea de la nada después de la muerte.	
	12. La idea de la muerte me provoca inquietud.	
	13. Muchas veces me pregunto cuál será la causa de mi muerte.	
	14. Me gustaría vivir hasta una edad muy avanzada.	
	15. Los ataúdes me ponen nervioso.	
	16. Me preocupa lo que haya después de la muerte.	

<b>Estudiantes</b>		
<b>VARIABLE</b>	<b>CATEGORIAS</b>	<b>HERRAMIENTA</b>
	17. A menudo pienso que puedo tener una enfermedad grave.	
	18. La muerte es lo peor que puede sucederme.	
	19. Me impresiona mucho la visión de un cadáver.	
	20. Frecuentemente pienso en mi propia muerte.	
<b>15 RESILIENCIA</b>	1. Busco formas creativas para cambiar las situaciones difíciles.	Brief Resilient Coping Scale (Limonero et al., 2014).
	2. Independientemente de lo que me suceda, creo que puedo controlar mis reacciones	
	3. Busco activamente formas de superar las pérdidas que tengo en la vida	
	4. Creo que puedo crecer positivamente haciendo frente a las situaciones difíciles	