



ORIGINAL

Adaptación transcultural al español del cuestionario NERSH para la exploración de los valores profesionales, la espiritualidad y la religión en la práctica clínica (*Questionnaire of the Network for Research in Spirituality and Health - NERSH*)

Ángeles del Carmen López-Tarrida¹, José María Galán González-Serna^{*2}
y Rocío de Diego-Cordero³

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

Recibido el 11 de agosto de 2022

Aceptado el 27 de julio de 2023

PALABRAS CLAVE

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

Resumen

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

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

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

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

*Autor para correspondencia:

José María Galán González-Serna
Centro de Enfermería San Juan de Dios, Universidad de Sevilla. Campus de docencia e investigación en ciencias de la salud San Juan de Dios.
Avda. San Juan de Dios. 41930, Bormujos, Sevilla, España
Correo electrónico: jgalan2@us.es

<http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2023.1390/2022>

e-ISSN: 2340-3292/© 2023 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

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

Transcultural adaptation into spanish of the NERSH questionnaire for the exploration of professional values, spirituality and religion in clinical practice (*questionnaire of the network for research in spirituality and health - NERSH*)

KEYWORDS

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

Abstract

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

Aim: The aim of our study was to describe the cross-cultural adaptation to the Spanish context of the NERSH questionnaire, which explores the values, spirituality, and religiosity of professionals in their approach to these aspects in clinical practice.

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

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

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

López-Tarrida AC, Galán González-Serna JM, de Diego-Cordero R. Adaptación transcultural al español del cuestionario NERSH para la exploración de los valores profesionales, la espiritualidad y la religión en la práctica clínica (*questionnaire of the network for research in spirituality and health - NERSH*). *Med Paliat.* 2023;30:134-145.

INTRODUCCIÓN

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

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

Para considerar realmente la dimensión espiritual en los entornos clínicos es importante el uso de instrumentos que la midan, lo cual redundará en una asistencia de calidad^{8,9}. De hecho, existen herramientas para valorar la dimensión espiritual en los pacientes en la práctica clínica, muy utilizadas en diferentes ámbitos asistenciales y que han demostrado ser significativas para la relación clínica^{10,11}.

En medicina, las escalas son un recurso preciso para investigación. La adaptación transcultural de instrumentos de medición validados en otros contextos es una actuación rele-

vante para comprobar su legitimidad en un ambiente social y cultural diferente^{12,13}.

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

El cuestionario de la *Network for Research in Spirituality and Health* (NERSH) ha sido diseñado específicamente para contemplar los valores, la espiritualidad y la religiosidad del profesional a la hora de abordar estas dimensiones en sus pacientes y ha sido validado para su uso en diferentes contextos culturales como demuestra la literatura existente¹⁵⁻¹⁷. Su origen se encuentra en el cuestionario "*Religion and Spirituality in Medicine: Physicians' Perspectives*" o RSMPP¹⁸,

siendo posteriormente optimizado por un grupo de investigación interdisciplinaria de todo el mundo denominado NERSH (nersh.org), cuya pretensión es conectar a investigadores interesados en la interacción de la espiritualidad en la salud y el sufrimiento. La versión definitiva del cuestionario se logra en 2016, siendo utilizada en la actualidad por múltiples equipos de investigación y contextos culturales¹⁹⁻²⁵.

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

MATERIAL Y MÉTODOS

Cuestionario NERSH

Está formado por 45 cuestiones divididas en 3 secciones:

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

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

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

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

Traducción del cuestionario NERSH

Se procedió a la traducción por dos traductores bilingües independientes cuya lengua materna era el castellano, conocedores del propósito del cuestionario, profesionales de las ciencias de la salud. Se contrastaron ambas versiones, resolviendo las diferencias un nuevo traductor nativo inglés también bilingüe y profesional de la salud, obteniéndose un único documento traducido. De esta forma se buscó obtener el mismo significado en cada uno de los ítems analizados (*equivalencia semántica*).

Para la *equivalencia conceptual* se procuró que el cuestionario midiera el mismo constructo teórico en ambas culturas y con la *equivalencia de contenido*, que cada ítem tuviera el

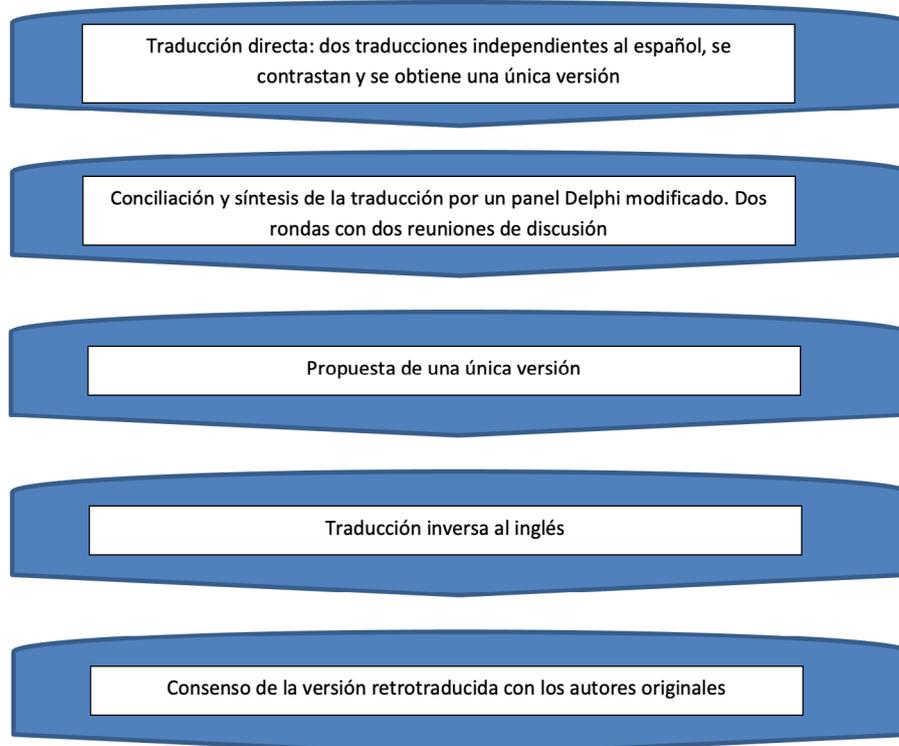


Figura 1. Etapas de la adaptación transcultural.

mismo valor para las dos culturas. En sendas cuestiones se aplicó la metodología panel Delphi modificado.

Panel Delphi modificado

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

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

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

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

Criterios de evaluación, consenso y estabilidad

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

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

Para valorar los resultados, se consideraron⁴¹:

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

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

El RIC se utilizó para calcular la fuerza del consenso. Se estableció consenso en un ítem cuando el valor del RIC en la medida de la primera y la segunda ronda fuera de 0,00.

Si fuera de 1,00, si además cumplía que la proporción de respuestas asignadas al valor 4 tuviera un punto de corte de al menos el 60 %, considerando idóneo al menos el 75 %.

Cumplido el criterio sobre el RIC, el "nivel de acuerdo o desacuerdo" alcanzado se midió según los siguientes criterios: el consenso sobre un ítem se consideró "*fuerte*" cuando al menos el 75 % de los encuestados llegó a un acuerdo, el consenso "*moderado*" cuando estuvo entre el 60 % y el 74 %, y "*débil*" consenso cuando menos del 60 % estuvo de acuerdo.

El RICR, definido como el rango intercuartílico dividido por la mediana, se utilizó para determinar la estabilidad del proceso. Su variación (VRIR) equivalía al rango intercuartílico de la primera ronda (R1) menos el rango intercuartílico de la segunda ronda (R2).

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

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

Selección de expertos panel Delphi

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

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

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

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

Aceptaron 27 profesionales (Tabla I).

Rondas de consulta y reuniones online

Se les envió la documentación precisa para el análisis:

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

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

Tabla I. Características de los expertos.

Código	Formación académica	Género	Área de experiencia profesional	Organismo o Institución a la que pertenece	Lugar de trabajo	Ocupación
6636	Doctor	Mujer	Investigación y docencia	Público	Hospital	Medicina
8635	Doctor	Mujer	Investigación y docencia	Concertado	Universidad	Antropología
4273	Licenciatura	Mujer	Asistencial	Público	Hospital	Psicología
0748	Licenciatura	Mujer	Asistencial	Público	Hospital	Psicología
2807	Licenciatura	Mujer	Asistencial	Público	Hospital	Psicología
9440	Doctor	Mujer	Investigación	Público	Universidad	Enfermería
5074	Diplomatura	Mujer	Asistencial	Público	Hospital	Enfermería
1082	Diplomatura	Hombre	Asistencial	Público	Hospital	Enfermería
1117	Diplomatura	Hombre	Asistencial	Público	Hospital	Enfermería
8780	Licenciatura	Mujer	Investigación y docencia	Público	Universidad	Medicina
4289	Doctor	Mujer	Investigación y docencia	Público	Universidad	Enfermería
7559	Doctor	Mujer	Asistencial, investigación y docencia	Público	Universidad, hospital	Enfermería
3264	Diplomatura	Hombre	Asistencial	Público	Hospital	Enfermería
4763	Doctor	Hombre	Asistencial, investigación y docencia	Público	Hospital	Medicina
7383	Licenciatura	Mujer	Asistencial	Público	Hospital	Medicina
2185	Doctor	Mujer	Asistencial	Público	Hospital	Medicina
9842	Doctor	Mujer	Asistencial	Público	Hospital	Medicina
3654	Licenciatura	Mujer	Asistencia y docencia	Público	Hospital	Medicina
4527	Licenciatura	Mujer	Asistencial	Público	Hospital	Medicina
8331	Licenciatura	Hombre	Asistencial	Concertado	Hospital	Medicina
4380	Licenciatura	Hombre	Asistencial	Concertado	Hospital	Medicina
4923	Licenciatura	Hombre	Asistencial	Público	Hospital	Medicina
4302	Licenciatura	Hombre	Asistencial y docencia	Público	Atención Primaria	Medicina
0314	Doctor	Hombre	Asistencial y docencia	Concertado	Hospital	Medicina
1824	Licenciatura	Hombre	Asistencial	Público	Hospital	Medicina
2207	Diplomatura	Hombre	Asistencial	Público	Hospital	Ciencias religiosas
0885	Diplomatura	Mujer	Asistencial	Público	Hospital	Educación social

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

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

En una segunda reunión *síncrona online* se discutieron dichos ítems para alcanzar el acuerdo necesario. En esta fase, cuatro expertos revocaron su continuidad en el proceso.

Se obtuvo un documento final para su aplicabilidad clínica implementándose todas aquellas sugerencias orientadas a mejorar la claridad, comprensión y orden de los ítems del cuestionario.

Retrotraducción

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

Conclusión y aplicabilidad clínica

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

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

RESULTADOS

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

- **Suficiencia:**
 - Consenso:
 - El valor del RI en la segunda ronda del panel Delphi fue de 0,00 en 126 ítems (95,5 %).
 - El valor del RI en la segunda ronda del panel Delphi fue de 1,00 en 6 ítems (4,5 %). Consenso moderado en 5 ítems (3,8 %): 3-17-23-26-28d; y consenso débil en 1 ítem (0,7 %): 4.
 - Estabilidad:
 - La VRIR se encontró entre -0,25 y 0,25 en los 132 ítems (100 %), un nivel satisfactorio de estabilidad en la respuesta del grupo.
 - El porcentaje de respuestas situadas en el intervalo definido por la mediana ± 1 fue del 100 %.
- **Claridad**
 - Consenso:
 - El valor del RI en la segunda ronda del panel Delphi fue de 0,00 en 109 ítems (82,6 %).
 - El valor del RI en la segunda ronda del panel Delphi fue de 1,00 en 24 ítems (18,1 %). Consenso moderado en 23 ítems (17,4 %): 7-16-20e-20d-20i-21-23-26-29-22c-27.3-28a-28b-28d-28f-29b'-41S10 41S11-41S16-41S25*-41S38; y consenso débil en 1 ítem (0,7 %): 17.
 - Estabilidad:
 - La VRIR se encontró entre -0,25 y 0,25 en 112 de los ítems (92,4 %), un nivel bastante satisfactorio de estabilidad en la respuesta del grupo.
 - El porcentaje de respuestas situadas en el intervalo definido por la mediana ± 1 fue del 100 %.
- **Coherencia:**
 - Consenso:
 - El valor del RI en la segunda ronda del panel Delphi fue de 0,00 en 108 ítems (81,8 %).
 - El valor del RI en la segunda ronda del panel Delphi fue de 1,00 en 24 ítems (18,2 %). Consenso moderado en todos ellos: 4-6-7-10-17-29-45-28a-28b-28d-28f-29b-29c-45G1-45G3-45G4-45H2-45H4-45H6-45H8.
 - Estabilidad:
 - La VRIR se encontró entre -0,25 y 0,25 en 130 de los ítems (98,5 %), nivel satisfactorio de estabilidad en la respuesta del grupo.
 - El porcentaje de respuestas situadas en el intervalo definido por la mediana ± 1 fue del 100 %.

- **Relevancia:**

- Consenso:
 - El valor del RI en la segunda ronda del panel Delphi fue de 0,00 en 119 ítems (90,2 %).
 - El valor del RI en la segunda ronda del panel Delphi fue de 1,00 en 13 ítems (9,8 %). Consenso moderado en 12 ítems (9,1 %): 2-3-10-17-28a-28b-28d-28f-41S25*-45H4-45H6-45H8; consenso débil en 1 ítem (0,7 %): 4.
- Estabilidad:
 - La VRIR se encontró entre -0,25 y 0,25 en 132 de los ítems (100 %), un nivel satisfactorio de estabilidad en la respuesta del grupo.
 - El porcentaje de respuestas situadas en el intervalo definido por la mediana ± 1 fue del 100 %.

DISCUSIÓN

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

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

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

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

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

Tabla II. Resultados, consenso, estabilidad.

Indicadores	Consenso			Estabilidad	
	RI en Delphi 2 = 0	RI en Delphi 2 = 1		VRIR entre -0,25 y 0,25	% Respuesta intervalo mediana ± 1
		Consenso moderado	Consenso débil		
Suficiencia	126 (95,5 %)	5 (3,8 %)	1 (0,7 %)	132 (100 %)	132 (100 %)
Claridad	109 (82,6 %)	23 (17,4 %)	1 (0,7 %)	122 (92,4 %)	132 (100 %)
Coherencia	108 (81,8 %)	24 (18,2 %)	0 (0,0 %)	130 (98,5 %)	132 (100 %)
Relevancia	119 (90,2 %)	12 (9,1 %)	1 (0,7 %)	132 (100 %)	132 (100 %)

tico, basado en medidas descriptivas simples, hace que los resultados sean comprensibles para un mayor número de personas³⁴⁻³⁸.

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

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

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

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

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

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

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

LIMITACIONES

Una de las principales limitaciones de las adaptaciones transculturales es que no existe una guía única de cómo

debe realizarse en el ámbito sanitario y tampoco hay literatura suficiente al respecto, cuando la existencia de una versión universalmente adaptada a un idioma en particular es de gran importancia para contrastar y comparar resultados^{33,48}.

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

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

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

CONCLUSIONES

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

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

Futuros estudios deberán comprobar su fiabilidad y validez.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean expresar su agradecimiento al grupo de expertos multidisciplinar (medicina, enfermería, psicología, antropología, agentes de pastoral) que ha participado en esta adaptación transcultural por su generosidad y profesionalidad.

ANEXO 1

PLANTILLA DE EVALUACIÓN

FECHA:

EVALUACIÓN

De acuerdo con los siguientes indicadores, **califique cada uno de los ítems**, según corresponda. Se valorará cada ítem en función de estos cuatro aspectos principales, puntuados de 1 a 4.

Si quiere realizar alguna observación de algún ítem, hay un espacio reservado al final de la tabla para ello. Especifique, por favor, de cuál se trata al realizar el comentario.

CATEGORÍA	CALIFICACIÓN	INDICADOR
SUFICIENCIA Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta	1. No cumple con el criterio 2. Bajo nivel 3. Moderado nivel 4. Alto nivel	1. Los ítems no son suficientes para medir la dimensión 2. Los ítems miden algún aspecto de la dimensión, pero no corresponden con la dimensión total 3. Se deben incrementar algunos ítems para poder evaluar la dimensión completamente 4. Los ítems son suficientes
CLARIDAD El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas	1. No cumple con el criterio 2. Bajo nivel 3. Moderado nivel 4. Alto nivel	1. El ítem no es claro 2. El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas 3. Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem 4. El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada
COHERENCIA El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo	1. No cumple con el criterio 2. Bajo nivel 3. Moderado nivel 4. Alto nivel	1. El ítem no tiene relación lógica con la dimensión 2. El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión 3. El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo 4. El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo
RELEVANCIA El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido	1. No cumple con el criterio 2. Bajo nivel 3. Moderado nivel 4. Alto nivel	1. El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión 2. El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este 3. El ítem es relativamente importante 4. El ítem es muy relevante y debe ser incluido

SUFICIENCIA	CLARIDAD	COHERENCIA	RELEVANCIA
SECCIÓN A			
1			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
SECCIÓN B			
11			
12			

13

13a

13b

13c

13d

13e

14

15

16

17

18

19

19.1

19.2

20

20a

20b

20c

20d

20e

20f

20g

20h

20i

21

21a

21b

21c

21d

21e

21f

22

22a

22b

22c

22d

22e

23

24

25

25.1

26

27

27.1

27.2

27.3

28

28a

28b

28c

28d

28e

28f

28g

29

29a

29b

29c

29a'

29b'

SECCIÓN C

41

41 S3

41 S4

41 S5

41 S6

41 S8

41 S10

41 S11

41 S12

41 S13

41 S14

41 S15

41 S16

41 S19

41 S21

41 S22

41 S23

41 S25*

41 S26

41 S28

41 S33

41 S34*

41 S35

41 S36

41 S37

41 S38

41 S39

41 S40

42

42a

42b

42c

42d

42e

42f

44
44 F4.2
44 F4.3
44 F4.7
44 F5.1
44 F5.2
45
45 H1
45 H2
45 H3
45 H4
45 H5
45 H6
45 H7
45 H8
45 G1
45 G2
45 G3

OBSERVACIONES:

REFERENCIAS

- de Diego Cordero R, Lucchetti G, Fernández-Vazquez A, Badanta-Romero B. Opinions, knowledge and attitudes concerning "spirituality, religiosity and health" among health graduates in a Spanish university. *J Relig Health*. 2019;58:1592-604.
- Choi PJ, Curlin FA, Cox CE. Addressing religion and spirituality in the intensive care unit: A survey of clinicians. *Palliat Support Care*. 2019;17:159-64.
- López-Tarrida ÁDC, de Diego-Cordero R, Lima-Rodríguez JS. Spirituality in a doctor's practice: What are the issues? *J Clin Med*. 2021;10:5612.
- Best M, Butow P, Olver I. Why do we find it so hard to discuss spirituality? A qualitative exploration of attitudinal barriers. *J Clin Med*. 2016;5:77.
- Cordero R de D, Romero BB, Matos FA, Costa E, Espinha DCM, Tomasso C de S, et al. Opinions and attitudes on the relationship between spirituality, religiosity and health: A comparison between nursing students from Brazil and Portugal. *J Clin Nurs* 2018;27:2804-13.
- Palmer Kelly E, Paredes AZ, Hyer M, Tsilimigras DI, Pawlik TM. The beliefs of cancer care providers regarding the role of religion and spirituality within the clinical encounter. *Support Care Cancer*. 2021;29:909-15.
- López-Tarrida ÁC, Ruiz-Romero V, González-Martín T. Cuidando con sentido: la atención de lo espiritual en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional. *Rev Esp Salud Publica*. 2020;94:202001002.
- Monod S, Brennan M, Rochat E, Martin E, Rochat S, Büla CJ. Instruments measuring spirituality in clinical research: a systematic review. *J Gen Intern Med*. 2011;26:1345-57.
- Koenig HG, Al Zaben F. Psychometric validation and translation of religious and spiritual measures. *J Relig Health*. 2021;60:3467-83.
- Choi KJ, Tak HJ, Dwyer R, Mousa P, Barreras N, Dawahir W, et al. Moral controversy and working with colleagues with a shared ethical/moral outlook: A national survey of US primary care physicians. *South Med J*. 2019;112:457-61.
- Ho JQ, Nguyen CD, Lopes R, Ezeji-Okoye SC, Kuschner WG. Spiritual care in the intensive care unit: A narrative review. *J Intensive Care Med*. 2018;33:279-87.
- Keszei AP, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. *J Psychosom Res*. 2010;68:319-23.
- Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? *An Sist Sanit Navar*. 2011;34(1):63-72.
- Cardoso Ribeiro C, Gómez-Conesa A, Hidalgo Montesinos MD. Metodología para la adaptación de instrumentos de evaluación. *Fisioter (Madr, Ed, Impresa)*. 2010;32:264-70.
- Hvidt NC, Curlin F, Büssing A, Baumann K, Frick E, Søndergaard J, et al. The NERSH questionnaire and pool of data from 12 countries: Development and description. *J Relig Health*. 2022;61):2605-30.

16. Kørup AK, Søndergaard J, Christensen RD, Nielsen CT, Lucchetti G, Ramakrishnan P, et al. Religious values in clinical practice are here to stay. *J Relig Health*. 2020;59:188-94.
17. Kørup AK, Søndergaard J, Alyousefi NA, Lucchetti G, Baumann K, Lee E, et al. The international NERSH data pool of health professionals' attitudes toward religiosity and spirituality in 12 countries. *J Relig Health*. 2021;60:596-619.
18. Curlin FA, Lantos JD, Roach CJ, Sellergren SA, Chin MH. Religious characteristics of U.S. physicians: a national survey: A national survey. *J Gen Intern Med*. 2005;20:629-34.
19. Tomasso C de S, Beltrame IL, Lucchetti G. Knowledge and attitudes of nursing professors and students concerning the interface between spirituality, religiosity and health. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19:1205-13.
20. Lee E, Zahn A, Baumann K. "religion in psychiatry and psychotherapy?" A pilot study: The meaning of religiosity/spirituality from staff's perspective in psychiatry and psychotherapy. *Religions (Basel)*. 2011;2(4):525-35.
21. Al-Yousefi NA. Observations of muslim physicians regarding the influence of religion on health and their clinical approach. *J Relig Health*. 2012;51(2):269-80.
22. Lee E, Baumann K. German psychiatrists' observation and interpretation of religiosity/spirituality. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2013;2013:280168.
23. Ramakrishnan P, Dias A, Rane A, Shukla A, Lakshmi S, Ansari BKM, et al. Perspectives of Indian traditional and allopathic professionals on religion/spirituality and its role in medicine: basis for developing an integrative medicine program. *J Relig Health*. 2014;53:1161-75.
24. Lee E, Zahn A, Baumann K. Religiosity/spirituality and mental health: Psychiatric staff's attitudes and behaviors. *Open J Soc Sci*. 2014;02:7-13.
25. Schouten E. Viewpoints and motives on religion and spirituality of professionals in perinatal medicine. Ludwig-Maximilians-Universität München; 2016.
26. Koenig H, Parkerson GR Jr, Meador KG. Religion index for psychiatric research. *Am J Psychiatry*. 1997;154:885-6.
27. Büssing A. Spirituality as a resource to rely on in chronic illness: The SpREUK questionnaire. *Religions (Basel)*. 2010;1:9-17.
28. Büssing A, Rodrigues Recchia D, Surzykiewicz J, Baumann K. Ausdrucksformen der Spiritualität bei Schülern und jungen Erwachsenen: Aspects of spirituality among students and young adults. *Spirit Care*. 2016;5:261-72.
29. Büssing A, Koenig HG. The BENEFIT through spirituality/religiosity scale--a 6-item measure for use in health outcome studies. *Int J Psychiatry Med*. 2008;38:493-506.
30. Büssing A, Fischer J, Haller A, Heusser P, Ostermann T, Matthiessen PF. Validation of the brief multidimensional life satisfaction scale in patients with chronic diseases. *Eur J Med Res*. 2009;14:171-7.
31. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the translation and Cultural Adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR task force for translation and Cultural Adaptation. *Value Health*. 2005;8:94-104.
32. Varela-Ruiz Margarita, Díaz-Bravo Laura, García-Durán Rocío. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investigación educ. médica*. 2012;1(2):90-5.
33. Lira MT, Caballero E. Adaptación transcultural de instrumentos de evaluación en salud: historia y reflexiones del por qué, cómo y cuándo. *Rev médica Clín Las Condes*. 2020;31:85-94.
34. Shinnors L, Aggar C, Grace S, Smith S. Exploring healthcare professionals' perceptions of artificial intelligence: Validating a questionnaire using the e-Delphi method. *Digit Health*. 2021;7:20552076211003430.
35. Nasa P, Jain R, Juneja D. Delphi methodology in healthcare research: How to decide its appropriateness. *World J Methodol*. 2021;11:116-29.
36. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD. The rand/UCLA appropriateness method user's manual. Santa Monica, CA: RAND; 1999.
37. Steurer J. The Delphi method: an efficient procedure to generate knowledge. *Skeletal Radiol*. 2011;40:959-61.
38. Donohoe H, Stollefson M, Tennant B. Advantages and limitations of the e-Delphi technique: Implications for health education researchers. *Am J Health Educ*. 2012;43:38-46.
39. Escobar-Pérez J, Cuervo Martínez A, Cuervo-Martínez Á. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Scalated.com*. Disponible en: https://gc.scalated.com/recursos/files/r161r/w25645w/Juicio_de_expertos_u4.pdf
40. Batterton KA, Hale KN. The likert scale what it is and how to use it. *Phalanx*. 2017;50:32-9.
41. von der Gracht HA. Consensus measurement in Delphi studies. *Technol Forecast Soc Change*. 2012;79:1525-36.
42. Hyrkäs K, Appelqvist-Schmidlechner K, Oksa L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *Int J Nurs Stud*. 2003;40:619-25.
43. Dalkey N, Helmer O. An experimental application of the DELPHI method to the use of experts. *Manage Sci*. 1963;9:458-67.
44. Piñeiro EM. La Técnica Delphi como estrategia de consulta a los implicados en la evaluación de programas. *Rev Investig Educ*. 2003;21:449-63.
45. Boulkedid R, Abdoul H, Loustau M, Sibony O, Albetri C. Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. *PLoS One*. 2011;6:e20476.
46. Almenara JC, del Carmen Llorente Cejudo M. La aplicación del juicio de experto como técnica de evaluación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC). *Eduweb*. 2013;7:11-22.
47. Garrote PR, del Carmen Rojas M. La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. *Revista Nebrija LA*. 2015;18:124-39.
48. Yao M, Wang Q, Li Z, Yang L, Huang P-X, Sun Y-L, et al. A systematic review of cross-cultural Adaptation of the Oswestry Disability Index. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2016;4:E1470-8.
49. Lucchetti G, Ramakrishnan P, Karimah A, Oliveira GR, Dias A, Rane A, et al. Spirituality, religiosity, and health: A comparison of physicians' attitudes in Brazil, India, and Indonesia. *Int J Behav Med*. 2016;23:63-70.
50. Osório IHS, Gonçalves LM, Pozzobon PM, Gaspar Júnior JJ, Miranda FM, Lucchetti ALG, et al. Effect of an educational intervention in "spirituality and health" on knowledge, attitudes, and skills of students in health-related areas: A controlled randomized trial. *Med Teach*. 2017;39:1057-64.
51. Guillemin F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scand J Rheumatol*. 1995;24:61-3.