

---

# Investigación e Innovación Educativa en Docencia Universitaria. Retos, Propuestas y Acciones

Edición de.

Rosabel Roig-Vila  
Josefa Eugenia Blasco Mira  
Asunción Lledó Carreres  
Neus Pellín Buades

Prólogo de.

José Francisco Torres Alfosea  
Vicerrector de Calidad e Innovación Educativa  
Universidad de Alicante

---

Edición de:

Rosabel Roig-Vila  
Josefa Eugenia Blasco Mira  
Asunción Lledó Carreres  
Neus Pellín Buades

© Del texto: los autores (2016)

© De esta edición:

Universidad de Alicante  
Vicerrectorado de Calidad e Innovación educativa  
Instituto de Ciencias de la Educación (ICE) (2016)

ISBN: 978-84-617-5129-7

Revisión y maquetación: Neus Pellín Buades

# **Investigación e innovación educativa en espiritualidad y cuidados de enfermería**

Abilio Reig-Ferrer<sup>1</sup>; M<sup>a</sup> Dolores Fernández-Pascual<sup>1</sup>; Ana María Santos-Ruiz<sup>1</sup>; Claudia Patricia Arredondo- González<sup>1</sup>; M<sup>a</sup> José Cabañero-Martínez<sup>2</sup>; Julio Cabrero-García<sup>2</sup> y Juan Diego Ramos-Pichardo<sup>2</sup>

*<sup>1</sup>Departamento de Psicología de la Salud. <sup>2</sup>Departamento de Enfermería.  
Universidad de Alicante*

## **RESUMEN**

La presente memoria recoge los resultados del estudio “Integración de los cuidados espirituales en estudiantes de enfermería: una propuesta de intervención educativa” llevado a cabo por personal docente e investigador integrante de la Red de innovación educativa en espiritualidad y cuidados de enfermería. La Red se constituyó a principios del curso académico 2015-16 en el marco del Programa Redes impulsado por el Instituto de Ciencias de la Educación de la Universidad de Alicante. La Red planteó un doble objetivo, por un lado, mejorar la percepción del estudiante de enfermería sobre el cuidado espiritual y, por otro, valorar sus recursos y competencias para detectar, explorar y atender las necesidades espirituales del paciente. La metodología de trabajo se fundamentó en la participación activa en red del personal docente e investigador de las asignaturas vinculadas. Se diseñó y aplicó una actividad docente (grupo de discusión y cuestionamiento abierto) sobre la atención espiritual en la práctica de enfermería utilizando una muestra disponible de 185 estudiantes matriculados en las asignaturas vinculadas al proyecto. La efectividad de la actividad docente se valoró mediante un cuestionario autoadministrado de 25 ítems. Los resultados encontrados han puesto de manifiesto un cambio positivo y significativo en los conocimientos y actitudes de los estudiantes participantes en el estudio como resultado de la intervención educativa en espiritualidad.

**Palabras clave:** Espiritualidad; Enfermería; Cuidado espiritual; Formación

## 1. INTRODUCCIÓN

Los integrantes de la Red hemos valorado, discutido y acordado una serie de consideraciones previas en relación al concepto de espiritualidad.

### 1.1. La dimensión espiritual de la naturaleza humana

Un aspecto intrínseco de la condición humana es su naturaleza espiritual o trascendente (Benito, Barbero, Dones y Gómez, 2014). Si bien todavía existe un amplio debate en relación al significado *espiritual* o a la definición de *espiritualidad en la atención sanitaria*, hay una serie de elementos comunes que subyacen a todas las propuestas: (1) que la espiritualidad es única para cada persona; (2) que la espiritualidad es un constructo más amplio que las creencias o afiliaciones religiosas; (3) que existe una dimensión trascendente en la condición humana; (4) que la espiritualidad implica una conexión con uno mismo, con los demás, con la naturaleza y/o con un poder superior; y (5) que la espiritualidad se asocia a la necesidad de encontrar sentido a la vida (Best, Butow y Olver, 2016).

A veces, espiritualidad y trascendencia se funden en las propuestas conceptuales, de modo que aparecen conceptos como el de *inteligencia trascendente, existencial o espiritual*, aquella capacidad para afrontar y trascender el sufrimiento, el dolor, encontrar sentido a nuestros actos, situarse a sí mismo en relación con el cosmos, etc. Según Robert Emmons (2000), las personas con inteligencia espiritual o trascendente son capaces de trascendencia, de experimentar estados elevados de conciencia, de encontrar el sentido de lo sagrado en las actividades cotidianas, de usar los recursos de la espiritualidad para resolver problemas prácticos de la vida, o de comprometerse en llevar una vida virtuosa expresada en la capacidad de perdonar, la gratitud, la humildad, la compasión y la sabiduría. Frente a la consideración tradicional de valorar la virtud como aquella disposición habitual y firme a hacer el bien, Seligman (2004) considera que se trata más bien de un proceso psicológico que consistentemente permite pensar, sentir y actuar de manera beneficiosa para sí mismo y para la sociedad. Este autor establece un total de 6 importantes virtudes: Sabiduría y conocimiento; Valentía o coraje; Humanidad; Justicia; Templanza o moderación; Trascendencia. En este sentido, la trascendencia sería una fortaleza psicológica de conexión universal y de sentido de vida favorecida por valores tales como la belleza, la gratitud, la esperanza, el sentido del humor, o la religiosidad.

Otra cuestión a resolver ha consistido en intentar consensuar qué se puede entender por *bienestar espiritual* (BE), cómo se puede evaluar adecuadamente, y cómo diferenciarlo de conceptos afines como, por ejemplo, *bienestar psicológico* (BP). Si retomamos, de nuevo, la cuestión de una definición útil de espiritualidad, se puede decir que se dispone ya de una serie de propuestas producto de conferencias de consenso o de expertos (Puchalski et al. 2009; Nolan, Saltmarsch y Leget, 2011; Puchalski, Vitulo, Hull y Reller, 2014). En esta última conferencia de expertos de Ginebra de 2013, se ha propuesto la siguiente definición de trabajo que asumimos también como nuestra: <<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>> (Puchalski, Vitulo, Hull y Reller, 2014).

Por lo tanto, común a todas estas definiciones es que, seamos o no conscientes de ello, somos seres de naturaleza espiritual y que podemos experimentar esa dimensión a distintos niveles: transracional, transpersonal y transconfesional. Se acepta que cada uno de nosotros somos *únicos* (no hay dos personas exactamente iguales), *complejos* (dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual), *dinámicos* (somos en el tiempo y en la historia), *seres relacionados* (con nosotros mismos, con los demás, y transpersonalmente), y con acendrado *anhelo de plenitud* (búsqueda permanente de sentido y felicidad).

## 1.2. La espiritualidad en la salud y en la enfermedad

Tradicionalmente, el modelo de capacitación profesional en salud ha estado dominado por el denominado *modelo biomédico*. A pesar de los beneficios y ventajas que ha conllevado este modelo, se le ha acusado de responder a una visión demasiado simplista, reduccionista y materialista de la realidad en la medida de que limita lo real al ámbito de lo objetivo y a lo que se puede medir. Se ha propuesto, en esta línea, un nuevo paradigma (*modelo de atención centrado en la persona; modelo biopsicosocial y espiritual*, etc.) que permita entender y cuidar de forma holística a los pacientes.

Pese a que Cicely Saunders reclamara una atención profesional que abordara lo que ella denominaba el *dolor total* (reconociendo los aspectos biológicos, psicológicos,

sociales y espirituales del sufrimiento) (Saunders, 2011), la gran mayoría de profesionales sanitarios están mucho más capacitados para abordar la atención a la sintomatología y el manejo de fármacos que el control y gestión de la desesperanza, la reconciliación de la propia biografía del paciente, o promover la búsqueda de sentido o en facilitar la aceptación de la muerte. Habitualmente, aunque se reconoce la gran importancia de estos aspectos, la falta de atención de los mismos es clara y manifiesta. La falta de recursos personales para su atención, o la consideración de que estos aspectos no son de la competencia del profesional sanitario, suelen ser las principales motivaciones de su desatención en el ámbito de la salud y de la enfermedad.

En un estudio reciente llevado a cabo por nosotros con una muestra de 522 profesionales sanitarios del Hospital General Universitario de Alicante, un 65% de ellos consideraron importante una formación en espiritualidad (Reig-Ferrer, Fernández-Pascual, y Peydró, 2016, en preparación). En otro estudio (Dones, Collette, Barbero et al., 2016), aunque el 94,2% de los profesionales sanitarios de cuidados paliativos encuestados consideró que el acompañamiento espiritual se encontraba dentro de las tareas propias de su profesión, alrededor del 67% de ellos señalaba la falta de preparación para ese acompañamiento espiritual. Como acertadamente se ha escrito, <<Cuidar a otros en su vulnerabilidad es un privilegio que puede tener un coste>> (Benito, Sansó, Pades y Barbero, 2014). Se trata de un privilegio porque en ese espacio sagrado de la relación de ayuda tanto el cuidador como el paciente pueden salir transformados. Como indican estos mismos autores, cuidar de las personas y acompañar en el sufrimiento son elementos clave donde los profesionales sanitarios encuentran sentido y la mayor fuente de satisfacción profesional. Junto a esta fuente de compromiso y satisfacción profesional, existe el riesgo de quemarse laboralmente (*burnout*, síndrome laboral caracterizado por un agotamiento emocional, despersonalización y una falta de realización personal en el trabajo), la presencia de la denominada fatiga de compasión (la pérdida de la capacidad de cuidar de forma compasiva), o el deterioro del cuidado y atención prestados al paciente.

Así como las personas manifiestan distintos grados de madurez espiritual, existe también un itinerario personal en el descubrimiento de la propia espiritualidad. En ese recorrido individual hay períodos o etapas especialmente fructíferos en crecimiento o en desesperación espiritual. El sufrimiento, la enfermedad o la proximidad de la muerte personal pueden ser oportunidades de despertar, de emergencia o de crecimiento

espirituales. La espiritualidad, en este sentido, sería un poderoso recurso para trascender el sufrimiento, superar obstáculos y limitaciones y encontrar paz, serenidad y gozo. En cualquier caso, se reconoce que el bienestar espiritual se relaciona con resultados positivos de salud (Koenig, King & Carson, 2012; Lin & Bauer-Wu, 2003), por lo que su análisis, evaluación e intervención resultan de extraordinario interés en el futuro.

### 1.3 Propósito

La Red planteó un doble objetivo; por una parte, diseñar y aplicar un paquete formativo estándar incorporando los conocimientos básicos y específicos relacionados con la espiritualidad y, por otra, evaluar la eficacia de la intervención educativa a través de un cuestionario autoadministrado de 25 ítems.

## 2. METODOLOGÍA

### 2.1. Descripción del contexto y de los participantes

El equipo investigador está compuesto por seis docentes de dos departamentos universitarios de la UA, el Departamento de Psicología de la Salud (con tres áreas: *Psicología Básica, Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Enfermería*) y el Departamento de Enfermería (área de *Enfermería*). Todo el equipo cuenta con amplia experiencia docente y participación en diversos proyectos de innovación.

La asignatura vinculada al proyecto, “*Psicología*”, corresponde al primer curso del Grado en Enfermería con contenidos vinculados a la adquisición de competencias para la aplicación práctica de la Psicología en el ámbito de la salud y desde un enfoque biopsicosocial y espiritual.

La actividad docente diseñada por los miembros de la Red, se llevó a cabo durante una sesión práctica de problemas siguiendo la propuesta metodológica detallada en el plan de aprendizaje de la asignatura.

### 2.2. Procedimiento

La metodología de trabajo a seguir fue fundamentalmente dinámica, colaborativa y creativa, con participación activa de todos los miembros de la Red. La coordinación del personal docente de la Red se llevó a cabo a través de reuniones presenciales, así como mediante comunicación asincrónica. Para ello nuestra Red dispuso del recurso ubicado en la plataforma digital institucional de la Universidad de

Alicante “UACloud”, “Grupos de Trabajo”, para informar sobre todas las actividades llevadas a cabo por los miembros de la Red, compartir documentos de trabajo, resolver dudas y realizar aportaciones.

La figura 1 muestra las etapas generales desarrolladas en el proyecto:

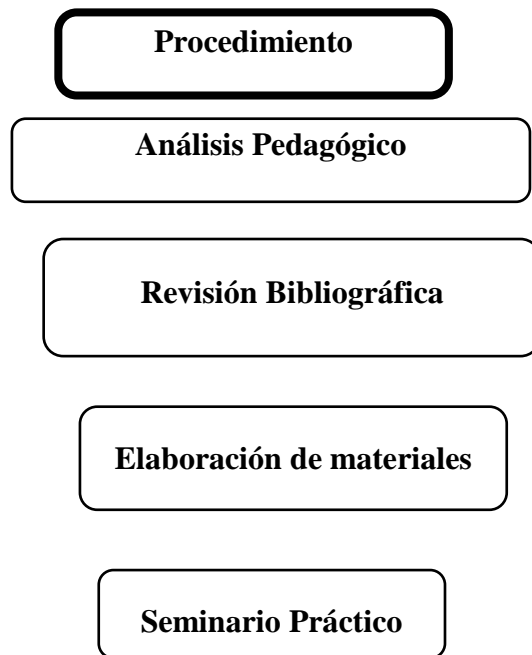


Fig. 1. Etapas del proyecto

### *1. Análisis Pedagógico:*

En reuniones presenciales iniciales con los miembros de la Red, se llevó a cabo, mediante reflexión y debate, un análisis pedagógico sobre cómo diseñar la actividad y los contenidos en la asignatura implicada en el proyecto desde un enfoque interdisciplinar.

Como fruto de estas sesiones se diseñó un plan de trabajo conjunto con el objetivo de elaborar un programa formativo para estudiantes de primer curso de enfermería que explorara y analizara tanto la propia espiritualidad del estudiante como aquellas actitudes y competencias personales para proporcionar posteriormente atención espiritual al paciente.

### *2. Revisión Bibliográfica:*

Para el diseño y elaboración del programa formativo se realizaron búsquedas bibliográficas en las principales bases de datos, PsycINFO, Proquest, Medline, EMBASE, CINAHL, ERIC e ISI Web of Knowledge, en relación a estudios basados en



intervenciones educativas de espiritualidad en estudiantes de enfermería. Se introdujo el periodo de 2008 hasta 2016 como restricción en los años de búsqueda.

### 3. *Elaboración de material didáctico:*

Tras la revisión realizada sobre la literatura científica al respecto se procedió a la selección de contenidos, diseño y elaboración del material docente.

El material se estructuró especificando los objetivos, conocimientos y competencias exigibles a los estudiantes.

Las tareas desarrolladas individualmente por parte de cada componente de la Red fueron sometidas a revisión y consenso por el equipo docente participante en el proyecto. La pertenencia a dos áreas de conocimiento distintas permitió que las propuestas se realizaran desde enfoques externos al de la propia área de referencia.

### 4. *Seminario práctico:*

La intervención educativa denominada “*Espiritualidad y Cuidados de Enfermería*” se llevó a cabo durante una sesión formativa práctica con una duración de cinco horas. La práctica fue guiada por dos miembros del equipo de investigación.

Para la realización de la práctica se creó, en la opción “Recursos de aprendizaje” de la plataforma institucional UACloud, una sesión con la guía docente, cuestionarios y material necesario para el desarrollo de la misma.

Al inicio de la sesión, los estudiantes cumplimentaron en línea y de manera individual, mediante la aplicación *Google Forms*, el *Cuestionario de Intervención Educativa en Espiritualidad para Estudiantes de Enfermería*, un instrumento de medida diseñado y acordado por los miembros de la Red.

Una vez administrado y enviado este cuestionario, se inició la sesión con la experiencia formativa de grupos focales. Cada uno de estos grupos (N=37) estuvo compuesto por un número máximo de 5 estudiantes. En base a los objetivos definidos para la presente investigación, se elaboró una guía de preguntas para el trabajo de los grupos focales (ver Tabla1). Las cuestiones planteadas abordaban una serie de categorías temáticas, desde la conceptualización de la espiritualidad, de la religiosidad o del cuidado espiritual, hasta la identificación de las actitudes y competencias específicas necesarias para la prestación de cuidado espiritual al paciente.

El trabajo de los grupos focales finalizaba con la presentación por parte de uno de sus miembros de los elementos más importantes o relevantes debatidos.

Seguidamente se discutía, comentaba, y se hacía una valoración guiada, por parte del profesor, en la que cualquier estudiante podía aportar su propuesta, formular preguntas o exponer aquello que considerara más pertinente. Al finalizar la sesión, se realizaba la segunda administración del *Cuestionario de Intervención Educativa en Espiritualidad para Estudiantes de Enfermería*.

Tabla 1. Guía de discusión del Grupo Focal

- 
1. ¿Cómo definirías la espiritualidad?
  2. ¿Crees que religión y espiritualidad son términos equivalentes?
  3. ¿En qué aspectos crees que se asemejan o diferencian?
  4. ¿Qué entiende por necesidades espirituales?
  5. ¿Qué es lo que tenemos que observar, qué nos tiene que decir, o qué tiene que hacer una persona para que podamos decir que tiene necesidades espirituales?
  6. ¿Qué entiende por necesidades espirituales?
  7. ¿Qué entiendes por bienestar espiritual?
  8. ¿Qué entiendes por sufrimiento espiritual?
  9. ¿Quién crees que es el responsable principal de proporcionar el cuidado espiritual del paciente?
  10. ¿Qué dificultades crees que existen para la provisión del cuidado espiritual por parte del personal sanitario?
  11. ¿Cómo crees que se pueden detectar las necesidades espirituales de los pacientes?
  12. ¿Cómo valorarías el sufrimiento espiritual del paciente?
  13. ¿Qué actitudes y aptitudes crees que son necesarias para realizar la atención espiritual?
  14. ¿Crees que es importante conocer las creencias espirituales y o religiosas del paciente?
- 

### **3. RESULTADOS**

A continuación presentamos los principales resultados obtenidos por la Red. La información se ha estructurado en dos grandes bloques que se corresponden a los objetivos de trabajo planteados por la Red. Por un lado el diseño de un paquete formativo estándar en espiritualidad y por otro la elaboración de un cuestionario de medida para evaluar la acción formativa.

#### **3.1 Seminario práctico “Espiritualidad y Cuidados de Enfermería”:**

Las acciones diseñadas por la Red, en relación a la asignatura de 1º curso “Psicología”, fueron dirigidas a la aplicación de un paquete formativo estándar que incluye los conocimientos básicos y específicos relacionados con la espiritualidad.

Como resultado de las sesiones conjuntas de trabajo se ha elaborado el siguiente material educativo:

- Una guía docente donde aparecen descritos los objetivos formativos, las competencias que se adquieren, los contenidos, la metodología y actividades a desarrollar durante la sesión.
- Una relación de seis textos vinculados a la temática de estudio que incluye el guion de discusión para los grupos focales.
- Una presentación en formato PowerPoint para apoyar la valoración y comentario de las respuestas a las cuestiones planteadas sobre los contenidos propuestos.

El material diseñado incluye los conocimientos básicos y específicos relacionados con la espiritualidad con la finalidad de que el alumnado sea capaz de:

- reconocer la dimensión espiritual en el cuidado de enfermería
- ser consciente de la propia espiritualidad
- entender el significado de lo espiritual y las posibilidades de trabajo en la práctica clínica
- tomar conciencia de situaciones y perspectivas en torno a la espiritualidad
- adquirir actitudes y competencias específicas necesarias para la prestación de cuidado espiritual

Así mismo permite explorar cuatro grandes categorías de análisis, estudio y consideración:

- 1) La relación entre los conceptos de Espiritualidad y Religiosidad.
- 2) La Atención, Reflexión y Cultivo de la Propia Espiritualidad Personal.
- 3) El Cuidado Espiritual como Competencia Profesional Fundamental en Enfermería.
- 4) La Disponibilidad Actual de Competencia Espiritual para con el Paciente.

### 3.2. Cuestionario de Formación Educativa en Espiritualidad para Estudiantes de Enfermería.

Otro de los resultados de interés en el estudio llevado a cabo por la Red ha sido poder disponer de un instrumento de medida breve, útil y con garantía métrica de calidad para poder valorar los efectos de futuras propuestas de intervención formativa en espiritualidad.

El cuestionario inicial diseñado específicamente para esta investigación, constaba de 25 cuestiones que pretenden cubrir el contenido de los cuatro grandes bloques de cuestionamiento y contenido formativo. Se responde a cada una de ellas señalando el grado de acuerdo o desacuerdo en base a siete categorías: desde 1 (*muy en desacuerdo*) a 7 (*muy de acuerdo*).

El análisis factorial exploratorio, con posterior solución varimax, extrajo un total de siete factores que explican casi el 60% de la varianza. Se decidió eliminar aquellos ítems con índices de discriminación o pesos factoriales inferiores a 0.30 y aquellos que presentaban duplicidad conceptual y racionalidad dudosa. Bajo este criterio se eliminaron 10 ítems, quedando el cuestionario definitivo constituido por los restantes 15 y conformados en cuatro factores o escalas (ver Tabla 2).

Tabla 2. Resultados del análisis factorial de componentes principales con posterior rotación varimax del cuestionario de espiritualidad

	Componente			
	1	2	3	4
2.La atención espiritual del paciente es un aspecto fundamental en la profesión de enfermería	.795			
11. Cuidar bien al paciente exige un compromiso del profesional de enfermería de atender también su espiritualidad	.757			
14. Es importante una formación en espiritualidad como parte de las competencias del profesional sanitario	.687			
17. El personal de enfermería es el responsable principal de proporcionar el cuidado espiritual del paciente	.584			
18. Las competencias necesarias para la prestación del cuidado espiritual se adquieren a través de la experiencia	.402			
25. La atención y escucha activa son actitudes necesarias para detectar las necesidades espirituales del paciente	.490			
7. Creo que religiosidad y espiritualidad viene a ser lo mismo		.877		
12. La espiritualidad está relacionada con la creencia y fe en Dios o en un ser superior		.755		
23. La atención espiritual del paciente es un asunto de responsabilidad del sacerdote u otro referente de su propia religión		.563		
19. Creo que soy capaz de identificar las necesidades del paciente			.695	
20. Soy capaz de mantener una comunicación eficaz con el paciente			.793	
21. En conjunto, me considero una persona sensata, discreta, con tacto, comunicativa y empática			.746	
9. La espiritualidad es importante para sentirse en paz con uno/a mismo/a				.344
16. Estoy convencido/a de que si no me cuido yo personalmente (tanto física como psicológica, social y espiritualmente), difícilmente podré cuidar adecuadamente al paciente				.816
22. Pienso que para poder dispensar el cuidado espiritual es necesario explorar la propia espiritualidad				.703

Nota: Se han eliminado los ítems con cargas factoriales inferiores a 0 .30 y los de duplicidad conceptual o racionalidad dudosa

En la siguiente Tabla 3 se presenta el análisis descriptivo y diferencial de los ítems agrupados en las escalas resultantes del análisis factorial del cuestionario, los valores de fiabilidad, y los datos relativos a la intervención educativa (véase Tabla 3).

Tabla 3. Análisis descriptivo antes y después de la intervención, diferencias de los ítems y consistencia interna de las escalas del Cuestionario de Formación Educativa en Espiritualidad para Estudiantes de Enfermería (CFEE)

	Pre M (DS)	Post M (DS)	t	$\alpha$
<i>Cuidado Espiritual como Competencia Específica Enfermera</i>	30.74 (4.67)	34.91(3.90)	-12.911**	.752
La atención espiritual del paciente es un aspecto fundamental en la profesión de enfermería.	5.05 (1.26)	5.98 (0.81)	-9.564**	
Cuidar bien al paciente exige un compromiso del profesional de enfermería de atender también su espiritualidad.	5.43 (1.02)	6.02 (0.79)	-7.166**	
Es importante una formación en espiritualidad como parte de las competencias del profesional sanitario.	4.68 (1.30)	5.91 (0.80)	-12.998**	
El personal de enfermería es el responsable principal de proporcionar el cuidado espiritual del paciente.	4.57 (1.40)	5.38 (1.23)	-6.442**	
Las competencias necesarias para la prestación del cuidado espiritual se adquieren a través de la experiencia.	5.05 (1.07)	5.66 (0.86)	-6.691**	
La atención y escucha activa son actitudes necesarias para detectar las necesidades espirituales del paciente.	5.97 (0.83)	6.18 (0.86)	-3.014*	
<i>Espiritualidad como distinto de Religiosidad</i>	9.61 (3.69)	6.48 (3.04)	11.043**	.711
Creo que religiosidad y espiritualidad viene a ser lo mismo.	2.89 (1.43)	1.69 (1.01)	10.371**	
La espiritualidad está relacionada con la creencia y fe en Dios o en un ser superior.	3.52 (1.67)	2.24 (1.53)	8.862**	
La atención espiritual del paciente es un asunto de responsabilidad del sacerdote u otro referente de su propia religión.	3.21 (1.52)	2.55 (1.41)	5.258**	
<i>Competencia Espiritual Personal para con el Paciente</i>	16.30 (2.03)	16.29 (2.27)	0.258	.708
Creo que soy capaz de identificar las necesidades del paciente.	5.15 (0.95)	5.14 (0.99)	0.727	
Soy capaz de mantener una comunicación eficaz con el paciente.	5.48 (0.77)	5.46 (0.81)	0.266	
En conjunto, me considero una persona sensata, discreta, con tacto, comunicativa y empática.	5.67 (0.82)	5.69 (0.84)	-0.654	
<i>Atención a la Propia Espiritualidad</i>	15.89 (2.27)	17.73 (2.21)	-9.270**	.610
La espiritualidad es importante para sentirse en paz con uno/a mismo/a.	4.83 (1.30)	5.94 (0.74)	-10.657**	
Estoy convencido/a de que si no me cuido yo personalmente (tanto física como psicológica, social y espiritualmente), difícilmente podré cuidar adecuadamente al paciente.	5.95 (1.03)	5.97 (0.93)	-0.161	
Pienso que para poder dispensar el cuidado espiritual es necesario explorar la propia espiritualidad.	5.12 (1.28)	5.82 (0.96)	-7.238**	

Nota. \*  $p < 0,01$ ; \*\*  $p < 0,001$

A continuación procedemos a detallar y discutir los principales resultados obtenidos en cada una de las escalas del cuestionario definitivo.

### 3.2. 1. Cuidado espiritual como competencia profesional específica de enfermería

Una cuestión relevante a abordar aquí es si las cuestiones que tienen que ver con la espiritualidad o con la religiosidad son de la competencia de los profesionales de la salud o de otro profesional (sacerdote o capellán, consejero espiritual, etc.). En esta misma línea cabe preguntarse acerca de si los pacientes desean hablar sobre cuestiones de espiritualidad con los profesionales de la salud o, por el contrario, consideran que forma parte de su vida estrictamente privada. Y en cualquier caso, ¿quién sería el profesional más conveniente o pertinente para abordar la cuestión espiritual? ¿El médico? ¿El profesional de enfermería? ¿Otro profesional? ¿Un buen amigo o consejero? Nuestros resultados sugieren que los estudiantes de enfermería consideran que las cuestiones de espiritualidad son de la incumbencia profesional de la labor de enfermería. Se puede ver en la Tabla 3 que la intervención educativa ha producido un cambio importante y significativo en esta dimensión ( $t=-12.9$ ;  $p>0,001$ ): el programa educativo ha reforzado la consideración de que el cuidado espiritual es una competencia profesional específica de enfermería. A resultas de las revisiones de la literatura científica de nuestro grupo, sabemos que las pesquisas, la investigación o la encuesta sobre la espiritualidad/religiosidad del paciente es infrecuente por parte del profesional sanitario, si bien se incrementa algo en situaciones de final de vida (Best, Butow & Olver, 2016). En este sentido, se han identificado algunas de las barreras más frecuentes para esta falta de comunicación: tiempo insuficiente, incomodidad personal, falta de conocimiento o preparación, entrenamiento nulo o insuficiente, falta de claridad sobre si eso es parte del papel laboral del profesional sanitario, o preocupación/inquietud de que el paciente se pueda molestar o tomárselo a mal. La revisión de la literatura concluye que si bien las necesidades espirituales en el contexto sanitario se reconocen como necesarias, en la actualidad tanto los médicos como las enfermeras no las satisfacen, no las reconocen, o no hacen frente a ellas.

### 3.2.2. Religiosidad como diferente de Espiritualidad

El programa educativo ha resultado eficaz también a la hora de considerar de manera diferencial espiritualidad de religiosidad ( $t=11$ ;  $p<0,001$ ). Tradicionalmente, los

conceptos espiritualidad y religiosidad se han utilizado intercambiamente, y no es infrecuente encontrar que espiritualidad y religiosidad se han utilizado sinónicamente tanto en investigación como en la práctica clínica en el ámbito de la enfermería (Ross, 2006). Se reconoce, asimismo, que es mucho más fácil y sencillo identificar y atender necesidades de tipo religioso que las oscuras y etéreas “necesidades espirituales” (Clarke, 2009). No obstante, hay que señalar que aunque la religiosidad es una posible vía de espiritualidad, ni es la única, ni necesariamente la más importante. Es verdad que hasta prácticamente los años 1950, el concepto espiritualidad no ha recibido prácticamente atención científica, a excepción de la teológica. Como ha comentado McIntosh (1998), este concepto se utilizaba en teología como un modo de describir las creencias fundamentadas en la religión a modo de proporcionar una dimensión empírica (*experiential*) de equilibrio frente a la sobre racionalización de la teología antes de su adopción por la sociedad en general. Hay que insistir también en que una de las razones que se ha aducido para la separación entre espiritualidad y religiosidad consiste en el miedo o peligro a hacer prosélitos, a ganar o convertir prosélitos: <<En relación al cuidado espiritual, las enfermeras necesitan proteger a los pacientes vulnerables de fanáticos y sectas que buscan la conversión de gente vulnerable>> (McSherry, 2000: 131). En definitiva, espiritualidad y religiosidad no son conceptos idénticos. Aunque en algunos casos hay pacientes que viven y sienten la espiritualidad únicamente a través de la dimensión de religiosidad, existen otros que se consideran espirituales sin ser religiosos. Insistimos en que la religión pueda ser una vía de espiritualidad, pero no necesariamente la única o la más importante. La espiritualidad es, en definitiva, un constructo más amplio que el de la religiosidad. Mientras que la religiosidad es certidumbre, la espiritualidad es compromiso con la incertidumbre. La espiritualidad es convivencia con las preguntas, mientras que la religiosidad es compromiso con las repuestas.

### 3.2.3. Competencia espiritual personal para con el paciente

Si bien nosotros no lo hemos podido comprobar, muy probablemente la impartición de la asignatura “*Relación de ayuda*” ha podido sedimentar toda una serie de conocimientos, destrezas y actitudes en el estudiante de enfermería de cara a considerar que dispone de recursos de ayuda suficientes a la hora de atender y mantener una buena comunicación con éste. En este sentido, nuestro programa formativo no ha



cambiado o modificado el grado de competencia espiritual personal que el estudiante de enfermería percibe para con el paciente ( $t=0.25$ ).

Se ha definido la relación de ayuda como <<aquella relación en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de éstos>> (Rogers, 1997). Este tipo de relación se ha materializado en el ámbito de la salud con la consideración y aprendizaje de tres actitudes psicológicas (Barbero Gutiérrez & Esperón Rodríguez, 2014): la empatía, la congruencia-autenticidad, y la aceptación incondicional. La actitud empática, la capacidad de ponerse en la piel del paciente y de percibir la realidad como él la percibe, consiste en captar el marco de referencia del paciente, su perspectiva o su modo peculiar de vivir la realidad, los hechos, las opiniones, los sentimientos y las creencias. La congruencia, la expresión de las cosas con autenticidad, se logra mediante la integración e interdependencia entre lo que se piensa, se siente y se expresa. En cuanto a la aceptación incondicional, se suele insistir en mantener un profundo respeto por el paciente y su consideración positiva como persona; no juzgarlo; cordialidad en el trato; mostrar interés por lo que le interesa al paciente, por aquello que es importante para él, independientemente de que coincida o no con nuestra valoración personal; saber que la aceptación del paciente no es lo mismo que la aceptación de su comportamiento (la aceptación de un comportamiento no requiere su consideración como deseable, sino como natural, normal o esperable dadas las circunstancias y percepciones del paciente), si bien la aceptación del comportamiento puede llevar a su comprensión, pero no a su justificación.

Estas tres actitudes comunicativas desarrolladas por Carl Rogers desde la psicología de la no directividad fundamentan las tres otras actitudes necesarias para el acompañamiento espiritual: la compasión; la hospitalidad/acogida; la presencia. La compasión es empatía en acción. Es un sentimiento humano de “sufrir juntos”, un deseo de aliviar y reducir el sufrimiento del paciente. La compasión conlleva intencionalidad y compromiso. Como dice Cicely Saunders (2011), <<debemos de aprender a sentir *con* los pacientes, sin sentir *como* ellos, si queremos darles la clase de escucha y el apoyo firme que necesitan para encontrar su propio camino>>. La presencia está relacionada con la congruencia y consiste en la capacidad de estar y saber estar ahí delante. La hospitalidad es la capacidad de acoger y agasajar con amabilidad a los invitados o a los extraños y enlaza con la aceptación incondicional. En definitiva: <<Acompañar nos

exige ser empáticos e ir más allá, siendo compasivos. Nos obliga a ser auténticos y a conjugar el verbo estar cuando ya nada se pide. Acompañar nos regala la satisfacción de un buen anfitrión cuando sus huéspedes se alejan, porque les has aceptado tal y como son y has construido con ellos un espacio de reconocimiento y crecimiento de la dignidad>> (Barbero Gutiérrez & Esperón Rodríguez, 2014: 127).

#### 3.2.4. Atención a la propia espiritualidad

Es muy posible que el profesional sanitario se cuestione poco su propia espiritualidad. Nuestro grupo considera que si el profesional sanitario no se cuida o se descuida espiritualmente es muy probable que descuide las necesidades y demandas espirituales de los pacientes. Pero, ¿en qué consiste cuidarse espiritualmente?

Si una forma consensuada de atención espiritual es encontrar un sentido a la propia vida, ¿qué dicen al respecto los profesionales sanitarios? ¿Encuentran sentido a sus vidas los profesionales sanitarios? Al menos nosotros hemos encontrado, en una reciente investigación, que la gran mayoría de profesionales sanitarios encuestados refiere haber encontrado un sentido a su vida (Reig-Ferrer, Fernández-Pascual, y Peydró, 2016, en preparación). En cualquier caso, nuestro programa formativo en espiritualidad para estudiantes de enfermería ha producido un efecto muy positivo en la consideración de la necesidad de atender la propia espiritualidad ( $t=-9.2$ ,  $p<0.001$ ).

## 4. CONCLUSIONES

Una vez realizada la presentación del análisis y discusión de los resultados alcanzados, pasamos a presentar las conclusiones y valoraciones finales.

Propuesta 1. Reflexionar sobre la práctica docente, desde una perspectiva interdisciplinar, para el desarrollo de un espacio curricular que integre adecuadamente los componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales del modelo de cuidados.

La reflexión centrada sobre estas cuestiones nos ha permitido modificar el enfoque metodológico de nuestra docencia, respetando en todo momento los contenidos y competencias incluidos en el desarrollo curricular de la asignatura. Podemos concluir que la incorporación de esta perspectiva interdisciplinar nos ha conducido a abrir una

vía de comunicación entre los miembros de la Red para articular contenidos, metodologías y objetivos comunes.

Propuesta 2. Diseñar metodologías de colaboración y planificación de actividades docentes para la adquisición de competencias específicas en los cuidados espirituales ante diferentes situaciones de salud.

Siguiendo las tendencias del sistema educativo universitario actual, nuestra Red ha logrado diseñar una metodología y actividades, para la adquisición de competencias específicas en los cuidados espirituales, mediante una integración de conocimientos desde la Psicología y la Enfermería. En síntesis, hemos coincidido en poder aportar una perspectiva de análisis sobre la espiritualidad, objeto común de estudio de ambas disciplinas.

Propuesta 3. Elaborar materiales didácticos que promuevan la integración de la espiritualidad en los contenidos interdisciplinarios de las asignaturas y faciliten el aprendizaje activo y significativo.

Para dar respuesta a este objetivo se desarrolló la intervención educativa “*Espiritualidad y Cuidados de Enfermería*”. Una estrategia formativa estándar, laica y aconfesional de la espiritualidad, de una sola sesión con una duración de 5 horas.

Los contenidos y actividades se diseñaron a partir del análisis de las distintas experiencias educativas y diferentes modelos formativos avalados por la literatura científica en torno a la atención espiritual.

A modo de conclusión podemos indicar que el diseño de la intervención, así como los propios contenidos formativos, han generado en los estudiantes una reestructuración conceptual en las siguientes categorías: la espiritualidad como dimensión distinta de la religiosidad; el cuidado espiritual como competencia enfermera indiscutible e imprescindible; o que la atención a, y el cultivo de, la propia espiritualidad resulta ser un requisito imprescindible para una atención espiritual de calidad de cara al futuro profesional.

Cabría añadir, como apunte final a esta sección, que el presente estudio aporta en primer lugar, una revisión estructurada del estado actual de la formación espiritual en los estudios del Grado en Enfermería, en segundo lugar una iniciativa educativa estándar para mejorar el conocimiento de la propia espiritualidad y del cuidado espiritual en la práctica clínica de enfermería y por último, un instrumento original de investigación con garantías de calidad métrica y de utilidad para la práctica docente de la dimensión espiritual en los cuidados de Enfermería: el *Cuestionario de Formación Educativa en Espiritualidad para Estudiantes de Enfermería*.

## **5. DIFICULTADES ENCONTRADAS**

Entre las dificultades encontradas por la Red destacaríamos en primer lugar, las referentes a la asistencia presencial de los miembros del equipo durante las sesiones de trabajo. Estas dificultades han sido superadas, en gran medida, por la organización de un plan de trabajo mediante la utilización de las TICs que ha permitido la comunicación y el intercambio de información de manera individualizada, organizada e inmediata.

Otra dificultad añadida ha sido que la sesión formativa se realizó durante la última práctica de la asignatura Psicología en el segundo cuatrimestre del año 2016 por lo que no se han podido llevar a cabo medidas adicionales de seguimiento.

Se han detectado también mínimas incidencias adicionales relacionadas con el desarrollo normal de un estudio de estas características que han sido resueltas de manera favorable.

## **6. PROPUESTAS DE MEJORA**

En próximas convocatorias, la Red seguirá tratando de mejorar e incluir nuevos recursos docentes y experiencias prácticas que complementen el trabajo desarrollado hasta la fecha. Además, la Red pretende aumentar la colaboración entre docentes, incluyendo nuevas asignaturas correspondientes a distintas áreas de conocimiento. Esta ampliación permitirá desarrollar una evaluación con carácter global de la eficacia del enfoque interdisciplinar, en los estudios del Grado en Enfermería.

## 7. PREVISIÓN DE CONTINUIDAD

La totalidad de los miembros de la Red han manifestado su deseo de continuidad. La propuesta de objetivos conjuntos entre asignaturas y áreas de conocimiento permitirá la adquisición de los objetivos generales del Grado en Enfermería. La continuidad de la Red permitirá seguir mejorando los recursos docentes preparados este curso, así como aumentar la variedad de experiencias prácticas planteadas, además de mantener las ya iniciadas.

Consideramos que el trabajo continuado de coordinación y cooperación entre los distintos departamentos y áreas de conocimiento que conforman el Grado en Enfermería potenciará la consecución de una educación de calidad en la formación de nuestros estudiantes.

Se plantea también la posibilidad de una colaboración interuniversitaria ya que uno de los miembros de nuestra Red pasa a formar parte, durante el próximo curso académico, del cuerpo docente de la Universidad de Huelva.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbero, J., Esperón, I. (2014). Las actitudes como herramientas claves para el acompañamiento. En: Benito, E., Barbero J., Dones, M. (eds.). *Espiritualidad en Clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos* (111-130). Monografías SECPAL nº 6. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos.
- Benito, E., Sansó, N., Pades, A., Barbero, J. (2014). El profesional como herramienta de acompañamiento. La autoconciencia como clave de autocuidado. En: Benito E, Barbero J., Dones, M. (eds.). *Espiritualidad en Clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos* (163-177). Monografías SECPAL nº 6. Madrid: Sociedad Española de Cuidados Paliativos.
- Best, M., Butow, P., & Olver, I. (2016). Palliative care specialists' beliefs about spiritual care. *Supportive Care in Cancer*, 1-12.
- Clarke, J. (2009). A critical view of how nursing has defined spirituality. *Journal of Clinical Nursing*, 18(12), 1666-1673.
- Dones, M., Collette, N., Barbero, J., Gomis, C., Balbuena, P., & Benito, E. (2016). ¿Cómo percibimos los profesionales el acompañamiento espiritual en los equipos de Cuidados Paliativos en España? *Medicina Paliativa*, 23(2), 63-71.

- Emmons, R. A. (2000). Is spirituality an intelligence? Motivation, cognition, and the psychology of ultimate concern. *The International Journal for the psychology of Religion*, 10(1), 3-26.
- Koenig, H., King, D., & Carson, V. B. (2012). *Handbook of religion and health*. Oup: Usa.
- Lin, H. R., & Bauer-Wu, S. M. (2003). Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 69-80.
- McIntosh, M.A. (1998). *Mystical Theology*. Blackwell: Oxford.
- McSherry, M. (2000). *Making Sense of Spirituality in Nursing Practice*. Churchill Livingstone: London.
- Nolan S., Saltmarsh P., Leget C. (2011). Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. *EJPC*, 18(2), 86–89.
- 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.
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J. & Pugliese, K. (2011). La mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos: el informe de la Conferencia de Consenso. *Medicina Paliativa*, 18(1), 20-40.
- Rogers, C. (1997). *Psicoterapia Centrada en el Cliente*. Barcelona: Ediciones Paidós. Ibérica.
- Ross, L. (2006). Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *Journal of clinical nursing*, 15(7), 852-862.
- Saunders, C. (2011). *Velad conmigo. Inspiración para una vida en cuidados paliativos*, IAHPC Press: Madrid.
- Seligman, M. (2004). *Authentic Happiness: Using new Positive Psychology to realize your potential fulfillment*. New York: Simon & Schuster, Ltd.