

Validación de la escala numérica para evaluar síntomas espirituales modificada para su aplicación a los profesionales de la salud en el Perú

Validation of the numerical scale to assess spiritual symptoms modified for its application to health professionals in Peru

William Aguilar-Rivera^{1,2,4,a}, Rafael Delgado-Arroyo^{1,3,4,b}, Wilmer L. Fuentes-Neira^{1,c}, Rafael Alarco-Herrera

¹ Facultad de Medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú

² Docente de la Facultad de Medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú

³ Docente de la Facultad de Medicina "Hipólito Unanue" Universidad Nacional Federico Villarreal

⁴ Hospital Nacional Hipólito Unanue, Perú

^a Médico - Psiquiatría, Doctorado en Neurociencias

^b Médico - Internista, Magister en Nutrición

^c Magister en Filosofía e Investigación

^d Estudiante de medicina de la Universidad de Piura

Correspondencia:

William Aguilar Rivera

e-Mail: waraguilar66@gmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la validación de la escala numérica para evaluar síntomas espirituales modificada para su aplicación a los profesionales de la salud en el Perú **Material y Métodos:** es tipo de estudio es descriptivo y de corte transversal, la muestra es de 134 profesionales de la salud en el Perú. **Resultado:** Del total de los profesionales de la salud, el 46,3% (n=62) varones y 53,7% (n=72) mujeres, tuvieron edades comprendidas entre los 23 a 68 años, con un promedio de edad de 42,1 años y una desviación estándar de 10,4 años. Respecto a la consistencia interna la prueba Alfa de Cronbach tuvo un valor de 0,96; para el análisis factorial, la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin, obtuvo un valor de 0,934; el valor P de la prueba de Bartlett fue inferior a 0,001, lo cual indica que el análisis factorial fue adecuado y solo se obtuvo un factor con autovalor mayor que 1 **Conclusiones:** la escala tiene un buen desempeño con una validez factorial adecuada y consistencia interna muy confiable.

Palabras clave: espiritualidad, validación de escala, trabajadores de salud, bienestar personal, salud.

ABSTRACT

Objective: To determine the validation of the numerical scale to evaluate spiritual symptoms modified for its application to health professionals in Peru **Material and Methods:** the type of study is descriptive and cross-sectional, population, sample, and sampling, will be 134 professionals of health in Peru. **Result:** Of the total number of health professionals, 46.3% (n=62) men and 53.7% (n=72) women were between the ages of 23 and 68, with an average age of 42.1 years and a standard deviation of 10.4 years. Regarding internal consistency, the Cronbach's Alpha test had a value of 0.96; for factorial analysis, the Kaiser-Meyer-Olkin test obtained a value of 0.934; the P value of the Bartlett test was less than 0.001, which indicates that the factorial analysis was adequate and only one factor with an eigenvalue

greater than 1 was obtained. Conclusions: the scale performs well with adequate factorial validity and very good internal consistency. trustworthy.

Keywords: spirituality, scale validation, health workers, personal well-being, health.

Introducción

La espiritualidad en la salud mental ha sido abordada por múltiples investigaciones, se ha demostrado la asociación positiva que hay entre la espiritualidad, y una mejor salud con un mayor bienestar personal (1) (2). Asimismo, se ha identificado a la espiritualidad como factor protector en el abuso de sustancias (3), intento de suicidio (4)(5), burnout (6)(7) y problemas de salud mental, así como una evolución favorable de estos últimos (8)(9).

En el campo de la salud, diversos estudios realizados en personal de salud (especialmente en médicos) evidencian una relación inversa entre la espiritualidad y el burnout, conductas desadaptativas, negligencia médica y depresión (2), lo cual incide significativamente en la atención y el éxito terapéutico en los pacientes. De igual forma, se ha reportado un interés por parte de los pacientes de conversar de aspectos espirituales con sus cuidadores, así como una mejor capacidad para empatizar con las dolencias del paciente por parte de médicos con prácticas de espiritualidad (10). Existe un creciente intento de reforzar el conocimiento de dicha dimensión desde la enseñanza universitaria, sin embargo, se encuentra una actitud ambigua por parte del personal de salud respecto a cómo abordar la espiritualidad en la práctica diaria a pesar de los potenciales beneficios a nivel personal y colectivo (8).

La evaluación de la “dimensión espiritualidad” en la práctica clínica ha sido un tema abordado por diversos autores empleando distintos instrumentos (7), los que están orientados hacia la espiritualidad/religión fundamentalmente, compuestos por preguntas abiertas que deben de ser evaluadas por un especialista. De la búsqueda realizada, la única escala válida a la realidad hispanoamericana y que ha podido ser adaptada a un cuestionario objetivo, conciso y aplicable al personal de salud, ha sido la Escala Numérica para Evaluar Síntomas Espirituales (ENESE), la cual en un inicio fue desarrollada para pacientes en cuidados paliativos. En nuestra revisión no hemos encontrado ningún estudio en el Perú que aborde el tema de la espiritualidad en el personal de salud. El presente es-

tudio, tiene como objetivo la validación de la Escala Numérica para Evaluar Síntomas Espirituales (ENESE) adaptada, al personal de salud de un establecimiento de salud en Lima, Perú.

Materiales y metodos

Diseño

Este es un estudio metodológico con diseño transversal. Según LoBiondo 2001 y Sidan 2010 Los estudios metodológicos se desarrollaron para la formulación de los instrumentos de recolección de datos y para medir constructos subjetivos. Los criterios de uso y valoración estadística, comprendieron las etapas de definir el constructo, la formulación de ítems, desarrollo de las instrucciones a los participantes en el estudio, evaluación de la confiabilidad y validez de la herramienta utilizada.(11) (12)

Proceso de adaptación cultural y validación

El proceso metodológico para adaptar cultural y semánticamente el instrumento ha seguido la siguiente secuencia, la versión original se adaptó a dos versiones y el comité de jueces evaluó la validez de contenido llegando a la primera versión de consenso, se realizó un análisis de corrección semántica llegando a una segunda versión de consenso, esta se empleó para la realización de una prueba piloto (pretest-post test y la versión final se muestra a continuación. En la evaluación semántica participaron 14 profesionales de la salud que realizaron pruebas psicométricas y de validación previa de la escala. En la etapa de pre-test se solicitó su colaboración a otros 24 profesionales de la salud. Para la fase de validación psicométrica participaron 134 profesionales de la salud, cumpliendo con la recomendación de por lo menos diez encuestados por cada ítem (13).

Plan de procesamiento y análisis de datos

Los datos recogidos se ingresaron en una hoja de cálculo (Microsoft Office Excel para Windows) y luego fueron transportados al paquete de IBM estadístico para Ciencias Sociales (SPSS)®, versión 23.0 para Windows. Para todos los análisis, el índice de significación fue de 0,05.

Escala numérica para evaluar síntomas espirituales (ENESE) adaptada

Síntomas	Preguntas formuladas	Intensidad (registro de nivel según respuesta)			
		0	1	2	3
Dolor espiritual	¿Usted siente dolor interior, como desagrado infelicidad?	No, yo siento bienestar.	Sí, siento infelicidad o desagrado interno	Sí, siento infelicidad o desagrado interno, con angustia	Sí, siento infelicidad o desagrado interno, con desesperación
Auto-castigo	¿Usted siente que se daña o castiga y/o se siente en falta?	Acepto la imperfección humana y creo poder ser perdonado por mis errores.	Me daño o me castigo por sentirme en falta, por mis errores, pero busco apoyo y/o perdón.	Me daño o me castigo por sentirme en falta, por mis errores, y dudo que pueda recibir apoyo y/o perdón.	Me daño aislándome y puedo no darme cuenta de mis errores.
Búsqueda espiritual proyectada	¿Espera cambios para sentir alivio interno?	No espero cambios, en mi interrelación con otras personas las acepto como son.	Espero cambios en otras personas para sentir alivio interno.	Espero cambios en otras personas y sus actitudes para sentir un alivio interno.	Exijo cambios en otras personas y sus actitudes de manera demandante para sentir alivio interno.
Angustia espiritual	¿Encuentro un significado positivo a mi vida ofreciendo mi labor asistencial hacia los pacientes, incluso en la muerte de estos?	Estoy tranquilo y encuentro un significado positivo a mi vida.	Estoy afectado y no encuentro un significado positivo a una de estas: -La vida -La enfermedad -La muerte.	Estoy afectado y no encuentro un significado positivo a dos de estas: -La vida -La enfermedad -La muerte.	Estoy afectado y no encuentro un significado positivo a tres de estas: -La vida -La enfermedad -La muerte.
Incredulidad	¿Confía en si mismo, su familia, y en los demás?	Confío en mi mismo y en los demás.	Dudo o rechazo confiar en uno de estos:-En mi mismo -En mi familia -En los demás.	Dudo o rechazo confiar en dos de estos:-En mi mismo -En mi familia -En los demás.	Dudo o rechazo confiar en tres de estos:-En mi mismo -En mi familia -En los demás.
Desesperanza	¿Admite o espera algo bueno para más adelante, para usted, su familia y las otras personas?	Espero confiado un bien futuro deseado para mi, mi familia y las otras personas.	Me siento afectado por no admitir un bien futuro para las otras personas.	Me siento afectado por no admitir un bien futuro para mi familia y las otras personas.	Me siento afectado por no admitir un bien futuro para mi, mi familia y las otras personas.
Desamor	¿Siente molestia, indiferencia o rabia hacia usted, su familia y a las otras personas?	Siento amor hacia mi mismo, a mi familia y a las otras personas.	Siento molestia, indiferencia o rabia hacia uno de estos:-A mi mismo -A mi familia -A las otras personas.	Siento molestia, indiferencia o rabia hacia dos de estos:-A mi mismo -A mi familia -A las otras personas.	Siento molestia, indiferencia o rabia hacia tres de estos:-A mi mismo -A mi familia -A las otras personas.

El análisis descriptivo de una sola frecuencia para las variables categóricas fue realizado (sexo, nivel educativo, estado civil, etc.) y se procesaron medidas de tendencia central y de variabilidad.

La fiabilidad de elementos de la Escala Numérica para Evaluar Síntomas Espirituales adaptada se evaluó mediante la consistencia interna de los ítems, según lo medido por el coeficiente α de Cronbach, este es el método más utilizado en la investigación para evaluar cada elemento de una escala de medición de manera equivalente bajo el mismo concepto, es decir, comprobará si los ítems están directamente re-

lacionados el uno al otro, lo que se demuestra con los valores α de Cronbach entre 0,70 a 0,90 que se consideran aceptables(14)(15).

Propiedades métricas evaluadas

Siguiendo los criterios de evaluación de instrumentos de CVRS del Medical Outcome Trust¹⁶, se evaluaron los datos sobre la fiabilidad (consistencia interna y reproducibilidad), el modelo de medida, la validez de constructo y la sensibilidad al cambio. Se evaluó con el coeficiente α de Cronbach y de correlación intraclase (CCI), para evaluar la consistencia interna

y la reproducibilidad test-retest, respectivamente. Para el α de Cronbach, se ha establecido el valor 0,7 como punto de corte mínimo para comparaciones de grupos, y el de 0,9 para comparaciones individuales. Para estudiar el modelo se utilizaron los resultados de análisis factoriales.

Plan de recolección de datos

Este proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Se garantizó al participante, la privacidad durante todo el proceso de investigación y el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento. A todos los profesionales de la salud se les abordó en sus respectivos centros académicos o durante la práctica clínica, donde fueron informados e invitados a participar. Se les informó oralmente y por escrito de los objetivos de la investigación. La participación de los profesionales de la salud fue de manera voluntaria.

Resultados

Un total de 134 encuestas fueron completadas, 46,3% (n=62) varones y 53,7% (n=72) mujeres, tuvieron edades comprendidas entre los 23 a 68 años, con un promedio de edad de 42,1 años y una desviación estándar de 10,4 años; el 32.1% no tiene hijos, 48.5% tiene de 1 a 2 hijos y 19.4% tiene de 3 a más hijos. El 44.8% fueron casados, 32.8% solteros, 15.7 separados o divorciados. 3% convivientes y 3.7% viudos. En relación con el tiempo de servicio en su hospital estuvo comprendida entre 1 mes a los 38 años con un promedio de 8.4 años y con una desviación estándar de 8,9 años, entre otras características presentadas en la *tabla 1*.

En la versión adaptada las preguntas buscaron ser más directas y poseer la sencillez de un instrumento de screening, de allí que se simplifiquen muchas expresiones.

Prueba de confiabilidad y consistencia interna del instrumento

El análisis de la confiabilidad y consistencia interna del instrumento aplicado a los 134 profesionales se hizo mediante la prueba Alfa de Cronbach, se obtuvo un valor de 0,96. Esto significa que la escala estudiada es muy confiable. En la *Tabla 4* se observa una descripción del comportamiento que tendría la escala si se eliminara cualquiera de los síntomas en estudio. Se observa que la desesperanza es el síntoma de mayor influencia en la fiabilidad del ENESE, ya que, si se eliminara este síntoma, la confiabilidad disminuiría a 0,94. Si se eliminara cualquiera de los otros síntomas la escala no sufriría grandes modificaciones.

Tabla 1. Características generales de los participantes del estudio

	n	%
Institución		
EsSalud	51	38.1
MINSA	74	55.2
Privado	7	5.2
Sanidad FFAA	1	0.7
Postura religiosa		
Creyente	96	71.6
No creyente	38	28.4
Duración de turno laboral		
< 12 h	48	35.8
12h	79	59.0
24h	7	5.2
Contacto directo con pacientes positivos COVID – 19		
Si	120	89.6
Comorbilidades		
Ninguna	79	59.0
Presión alta	40	29.9
Diabetes	15	11.2
Enfermedades del pulmón	13	9.7
Enfermedades del corazón	4	3.0
Enfermedad crónica del riñón	2	1.5
Enfermedades de Inmunosupresión	2	1.5
Obesidad severa	2	1.5

Análisis Factorial exploratorio

Tras calcular los coeficientes de correlación de Pearson entre las variables (*Tabla 4*), se evaluaron los patrones de relaciones y se realizó un análisis factorial exploratorio se obtuvo un factor con autovalor mayor que 1, de allí que la matriz no puede ser rotada con el método varimax. La adecuación general del muestreo de la escala de 8 ítems se evaluó mediante la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin, y se obtuvo un valor elevado de 0,934. El valor P de la prueba de Bartlett fue inferior a 0,001, lo que indica que el análisis factorial fue adecuado. Todos los elementos tienen una carga factorial superior a 0,5 (*Tabla 2*).

Discusion

Los síntomas espirituales o la espiritualidad son dimensiones que nos ayudan a entender como nos conectamos transcendentemente con nosotros mismos y con nuestro entorno social y material, si bien no

Tabla 2. Adaptación de Escala numérica para evaluar síntomas espirituales (ENESE)

ENESE Original	ENESE Adaptada
¿Usted siente dolor de adentro...del alma... como desagrado o infelicidad? Si la respuesta es positiva: ¿eso lo angustia... lo desespera?	Usted siente dolor interior, como desagrado infelicidad
¿En ocasiones se aísla...o no cumple su tratamiento...? Si la respuesta es positiva: ¿Usted siente que se daña... o castiga... y/o se siente en falta? ¿Un apoyo espiritual le ayudaría...o lo ha buscado?	¿Usted siente que se daña o castiga y/o se siente en falta?
¿Espera cambios para sentir alivio interno... los exige... en quien? ¿Tiene algún síntoma persistente... disminuye con su tratamiento...?	¿Espera cambios para sentir alivio interno?
¿Percibe algo positivo en su historia de vida...en su enfermedad... y en la muerte? ¿Esto lo percibe con angustia... o tranquilo?	¿Encuentro un significado positivo a mi vida ofreciendo mi labor asistencial hacia los pacientes, incluso en la muerte de estos?
¿Cree en usted...en otras personas (como sus familiares, su médico...) y en su creencia...?	¿Confía en si mismo, su familia, y en los demás?
¿Admite o espera algo bueno para más adelante... para usted...para otros...?¿Está confiado o afligido?	¿Admite o espera algo bueno para más adelante, para usted, su familia y las otras personas?
¿Siente molestia, indiferencia o rabia hacia usted... hacia otros... hacia su creencia? ¿Como un vacío interno?	¿Siente molestia, indiferencia o rabia hacia usted, su familia y a las otras personas?

Tabla 3. Frecuencia y porcentaje de síntomas espirituales

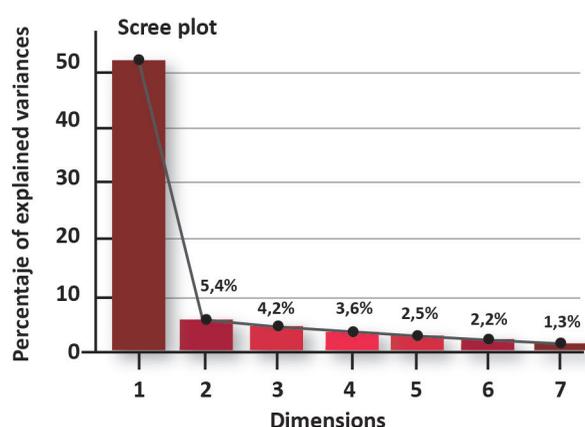
	Ausente		Presente	
	n	%	n	%
Dolor espiritual	72	53.7	62	46.3
Auto-castigo	75	56.0	59	44.0
Proyección búsqueda espiritual	72	53.7	62	46.3
Angustia espiritual	88	65.7	46	34.3
Incredulidad	75	56.0	59	44.0
Desesperanza	81	60.4	53	39.6
Desamor	76	56.7	58	43.3

Tabla 4. Resultados análisis estadísticos de fiabilidad por elemento o variable

	Media de la escala si se elimina el elemento	varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Dolor espiritual	4.72	33.50	0.85	0.954
Auto-castigo	4.75	33.51	0.84	0.955
Proyección búsqueda espiritual	4.68	33.39	0.83	0.956
Angustia espiritual	4.87	32.97	0.89	0.951
Incredulidad	4.78	33.89	0.87	0.953
Desesperanza	4.72	31.39	0.94	0.947
Desamor	4.66	32.78	0.81	0.958

Tabla 5. Matriz de componentes principales

	Componente
Matrix de componentes	1
Dolor espiritual	0.888
Auto-castigo	0.885
Proyección búsqueda espiritual	0.878
Angustia espiritual	0.922
Incredulidad	0.903
Desesperanza	0.955
Desamor	0.860



existe un consenso sobre lo que significa o implica la espiritualidad, se demostró que las escalas se correlacionan con el estado de la salud mental de la persona (4). En la escala para evaluar síntomas espirituales de Reyes et al(7) se ofrece un adecuado abordaje de la espiritualidad, sin embargo, su lenguaje no está acorde cuando uno desea evaluar a los profesionales de la salud. Según los resultados de nuestro estudio, la escala adaptada para evaluar los síntomas espirituales en los profesionales de la salud es válida y confiable según la evidencia metodológica y estadística comparable con la escala de Margarita Reyes que obtuvo un alfa de Cronbach de 0.74 similar a nuestro estudio. Por otra parte las dimensiones de dolor espiritual, autocastigo, proyección búsqueda espiritual, angustia espiritual, incredulidad y desesperanza muestran una alta correlación entre ellas, por lo tanto el modelo de análisis factorial no permite discriminar éstas como dimensiones independientes, lo cual implica que la espiritualidad es un todo; las consecuencias de afectar la dimensión de dolor espiritual también alterarían la incredulidad o angustia espiritual, sin embargo existe la alternativa de replantear el constructo en dimensiones distintas a nivel teórico.

En algunos estudios se realiza la distinción entre religión y espiritualidad (16). Se ha cuestionado la “polarización” de estos conceptos, dado que algunos estudios muestran que están entrelazados y no son independientes(17). Rasic(18) encuentra que existe una relación lineal entre la religiosidad y espiritualidad.

La OMS enfatiza que las creencias existenciales y espirituales tienen un impacto decisivo en los seres humanos en crisis como en la actual pandemia, asimismo la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA) Europa ha presentado un árbol de competencias básicas y características de la medicina familiar que destaca el modelo holístico que se centra en los aspectos físicos, psicológicos, sociales, culturales y existenciales de la atención (19). Los documentos destacan el grado de importancia del concepto de espiritualidad como parte de atención centrada en el paciente (20). Al igual que la OMS y WONCA, el modelo de calidad danés resalta que la atención y el tratamiento de los pacientes incluyen la incorporación de cuidados existenciales y el concepto de espiritualidad, logrando un mejor enfoque en las necesidades existenciales y espirituales (21) (22).

La adaptación realizada en este estudio permitirá que posteriores estudios exploren aspectos que se pueden vincular con la calidad de vida durante la pandemia o menor incidencia de enfermedades de la salud mental de los profesionales de salud.

Finalmente concluimos que nuestra escala para evaluar síntomas espirituales modificados tiene un buen desempeño con una validez factorial adecuada y según su consistencia interna confiable para la evaluación de profesionales de ciencias de la salud.

Recomendamos aplicar la escala para evaluar síntomas espirituales modificados, en los profesionales de salud de primera línea, frente a la pandemia del COVID-19, en conjunto con otras escalas como desesperanza, burnout, depresión o ansiedad de tal modo que posibiliten tener un abanico para abordar la salud mental de los profesionales.

Agradecimiento: agradecemos a Jaime Millas-Mur, Santiago Paredes-Ruiz, y Enrique Delgado-Arroyo por su participación en el juicio de expertos en la adaptación de la validación de la Escala Numérica para Evaluar Síntomas Espirituales (ENESE) adaptada, al personal de salud de un establecimiento de salud en Lima, Perú, y a la Srta. Mirtha Villanueva en el apoyo de secretaria.

Referencias Bibliográficas

1. Rosmarin DH, Pargament KI, Koenig HG. Spirituality and mental health: challenges and opportunities. *The Lancet Psychiatry*. 2021;8(2):92-3.
2. Salmoirago-Blotcher E, Fitchett G, Leung K, Volturo G, Boudreaux E, Crawford S, et al. An exploration of the role of religion/spirituality in the promotion of physicians' wellbeing in Emergency Medicine. *Preventive Medicine Reports*. 2016;3:189-95.
3. Whooley MA, Boyd AL, Gardin JM, Williams DR. Religious Involvement and Cigarette Smoking in Young Adults. *Arch Intern Med*. 2016;162:1604-10.
4. Rasic DT, Belik SL, Elias B, Katz LY, Enns M, Sareen J. Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders*. 2009;114(1-3):32-40.
5. Lawrence RE, Oquendo MA, Stanley B. Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*. 2016;20(1):1-21.
6. Holland JM, Neimeyer RA. Reducing the risk of burnout in end-of-life care settings: the role of daily spiritual experiences and training. *Palliative & supportive care*. 2005;3(3):173-81.
7. Reyes MM, de Lima L, Taboada P, Villarroel L, Vial J de D, Blanco O, et al. Escala numérica para evaluar síntomas espirituales en cuidados paliativos. *Revista médica de Chile*. 2017;145(6):747-54.
8. Rosmarin DH, Forester BP, Shassian DM, Webb CA, Björgvinsson T. Interest in spiritually integrated psychotherapy among acute psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015;83(6):1149-53.
9. Galanter M. Spirituality in psychiatry: A biopsychosocial perspective. *Psychiatry*. 2010;73(2):145-57.
10. Esperandio MRG, Machado GAS. Brazilian Physicians' Beliefs and Attitudes Toward Patients' Spirituality: Implications for Clinical Practice. *Journal of Religion and Health*. 2019;58(4):1172-87.
11. LoBiondo-Wood G. Pesquisa em enfermagem: metodos, avaliação crítica e utilização. Guanabara Koogan; 2001. 330 p.
12. al SS et. Cultural adaptation and translation of measures: an integrated method. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 17 de abril de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20069612>
13. Pasquali L. Análise fatorial para pesquisadores. *LabPAM*; 2012. 301 p.
14. Terwee CB, Bot SDM, de Boer MR, van der Windt DAWM, Knol DL, Dekker J, et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*. enero de 2007;60(1):34-42.
15. Fayers M. P, Machin D. Scores and Measurements: Validity, Reliability, Sensitivity. En: *Quality of Life* [Internet]. Wiley-Blackwell; 2011 [citado 19 de junio de 2018]. p. 77-108. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9780470024522.ch4>
16. Colucci E, Martin G. Religion and spirituality along the suicidal path. *Suicide Life Threat Behav*. abril de 2008;38(2):229-44.
17. Salander P. Who needs the concept of «spirituality»? *Psychooncology*. julio de 2006;15(7):647-9.
18. Rasic DT, Belik S-L, Elias B, Katz LY, Enns M, Sareen J. Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders*. 1 de abril de 2009;114(1):32-40.
19. Hvidt NC, Nielsen KT, Kørup AK, Prinds C, Hansen DG, Viftrup DT, et al. What is spiritual care? Professional perspectives on the concept of spiritual care identified through group concept mapping. *BMJ Open*. 28 de diciembre de 2020;10(12):e042142.
20. Vincenzi BB. Interconnections: Spirituality, Spiritual Care, and Patient-Centered Care. *Asia Pac J Oncol Nurs*. junio de 2019;6(2):104-10.
21. Puchalski CM. Integrating spirituality into patient care: an essential element of person-centered care. *Pol Arch Med Wewn*. 2013;123(9):491-7.
22. Anbefalinger for den palliative indsats [Internet]. [citado 11 de abril de 2022]. Disponible en: <https://viden.sl.dk/artikler/socialpaedagoger/uddannelse-og-kompetenceudvikling/anbefalinger-for-den-palliative-indsats/>