



Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Diagnóstico sobre cuidado espiritual en el quehacer profesional de enfermería en Costa Rica

An Assessment of Spiritual Care in the Professional Practice of Nursing in Costa Rica

Artículo Original DOI: 10.19136/hs.a25.sI.6379

Consuelo Cubero Alpízar ¹



Beatriz Villalobos Núñez ²



Correspondencia: Consuelo Cubero Alpízar. Dirección postal: Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. Ciudad de la Investigación. Sede Rodrigo Facio, San Pedro Montes de Oca, San José, Costa Rica.

Correo electrónico: ccuberoalpzar@gmail.com



Licencia CC-BY-NC-ND

¹ Magíster en Gestión del Riesgo y Respuesta a Emergencias. Magíster en Epidemiología con Énfasis en Salud Pública. Docente e investigadora. Escuela de Enfermería y el Centro de Investigación en Cuidado y Salud. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.

² Doctora en Ciencia de la Administración. Docente e investigadora de la Escuela de Enfermería y el Centro de Investigación en Cuidado y Salud. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.



Resumen

Objetivo: Describir las respuestas autoinformadas de profesionales de enfermería participantes sobre la importancia del cuidado espiritual, los conocimientos que refieren tener, las prácticas que reportan realizar y su formación.

Materiales y métodos: Estudio cuantitativo, exploratorio, descriptivo y de corte transversal, con 75 profesionales de enfermería en ejercicio en Costa Rica, seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se aplicó un cuestionario digital autoadministrado, elaborado y revisado internamente por las investigadoras. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas y se agruparon las respuestas abiertas en categorías descriptivas.

Resultados: El 97.3 % reconoció la importancia de la espiritualidad en el bienestar y la recuperación, y el 98.7 % consideró el cuidado espiritual parte del rol de enfermería. El 81.3 % refirió saber identificar necesidades espirituales; sin embargo, el 69.3 % manifestó no estar familiarizado con herramientas de valoración. El 80.0 % reportó no haber recibido formación en cuidado espiritual y el 97.3 % expresó disposición para capacitarse. Las formas de cuidado más mencionadas fueron la religiosidad y el apoyo religioso o de líderes espirituales, así como la comunicación y el acompañamiento emocional, cada una presente en las respuestas de 30 participantes (40.0 %).

Conclusiones: En la muestra estudiada se encontró un contraste entre la elevada importancia atribuida al cuidado espiritual y la limitada formación reportada. Estos hallazgos ofrecen una base inicial para explorar necesidades formativas y recursos de apoyo en los contextos representados. Debido al muestreo por conveniencia y al carácter autoinformado de los datos, los resultados no permiten establecer competencias clínicas ni generalizarse a la población profesional de enfermería del país.

Palabras Claves: Espiritualidad; Atención de enfermería; Actitud del personal de salud.

Abstract

Objective: To describe participating nursing professionals' self-reported responses regarding the importance of spiritual care, the knowledge they report having, the practices they report providing, and their training.

Materials and methods: A quantitative, exploratory, descriptive, cross-sectional study involving 75 nursing professionals practicing in Costa Rica, selected through non-probability convenience sampling. A self-administered digital questionnaire was developed and internally reviewed by the researchers. Absolute and relative frequencies were calculated, and open-ended responses were grouped into descriptive categories.

Results: Overall, 97.3% recognized the importance of spirituality for well-being and recovery, and 98.7% considered spiritual care part of the nursing role. While 81.3% reported knowing how to identify spiritual needs, 69.3% reported being unfamiliar with assessment tools. Moreover, 80.0% reported having received no training in spiritual care, and 97.3% expressed willingness to undertake training. The most frequently mentioned forms of care were religiosity and religious support or support from spiritual leaders, as well as communication and emotional support, each identified in responses from 30 participants (40.0%).

Conclusions: In the study sample, a contrast was found between the high importance attributed to spiritual care and limited reported training. These findings provide an initial basis for exploring training needs and support resources in the settings represented. Due to convenience sampling and the self-reported nature of the data, the results do not establish clinical competence and cannot be generalized to the country's nursing professional population.

Keywords: Spirituality; Nursing care; Attitude of health personnel.

• Fecha de recibido: 14 de agosto de 2026 • Fecha de aceptado: 08 de septiembre de 2026
• Fecha de publicación: 20 de octubre de 2026

Introducción

El cuidado de la salud requiere de un abordaje integral contemplando no solo el aspecto biopsicosocial, sino que también el espiritual, esto asegura que la persona enferma sea vista más allá del diagnóstico o como una simple cosa. Lo anterior es particularmente importante si se analiza que de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales surge la enfermedad; por ello, un abordaje que los contemple e integre la dimensión espiritual ha demostrado mejorar la satisfacción, la calidad de vida y el afrontamiento de la enfermedad y la muerte.

En relación con lo anterior, el modelo biopsicosocial describe la integración de los factores biológicos, psicológicos y sociales como dimensiones interrelacionadas que impactan en la salud y la enfermedad¹, mientras que el modelo biopsicosocial-espiritual amplía la visión anterior al incorporar la espiritualidad como una dimensión importante reconociendo su impacto en la salud, pero también cómo la persona enfrenta la enfermedad^{2,3}. La riqueza de estos enfoques radica en su perspectiva holística y en los beneficios de su aplicación. La literatura señala que este modelo resulta clave donde el tratamiento puramente biomédico se queda corto; ejemplos de ello son el manejo del dolor crónico, la adherencia al tratamiento, el miedo, el aislamiento, el sentido de la enfermedad y las decisiones al final de la vida, entre otros⁴.

En este punto, se clarifica que por espiritualidad se entiende la búsqueda de propósito, trascendencia y conexión con uno mismo, con los demás, con un poder superior o con la naturaleza. Asimismo, se aclara que trasciende la religiosidad^{5,6}. Por su parte, la religiosidad se concibe como el canal, estructurado mediante normativas y rituales, a través del cual se espera alcanzar dicha conexión o trascendencia. De esta manera, el cuidado espiritual se entiende como, un proceso intencional y orientado a reconocer y responder a las necesidades espirituales de la persona, mediante una relación terapéutica basada en la presencia, la escucha, la empatía, la compasión y el acompañamiento^{7,8}.

Este cuidado espiritual también puede ser entendido como un proceso de atención enfermera que trasciende la valoración física y que, de acuerdo con su competencia, reconoce, valora y responde a las necesidades espirituales o existenciales de las personas. De esta manera, en los entornos asistenciales, la implementación de este enfoque impacta de manera positiva en la salud de las personas, especialmente como fuente de sentido, fortaleza y esperanza ante el sufrimiento, la enfermedad o la muerte; respetando sus creencias, la ausencia de estas y su decisión de no recibir atención espiritual.

De esta manera, el cuidado espiritual constituye un componente esencial de la atención integral en salud y resulta fundamental para enfermería, ya que reconoce a la persona como un ser holístico cuyas dimensiones física, emocional, social y espiritual interactúan en el proceso de salud-enfermedad. En este sentido, conviene destacar que, en los entornos asistenciales, la implementación de este enfoque impacta de manera positiva la salud de las personas, en particular el componente espiritual como fuente de sentido, fortaleza y esperanza ante el sufrimiento, la enfermedad o la muerte^{9,10}.



En la misma línea, estas intervenciones parten del reconocimiento de la espiritualidad como una dimensión humana vinculada con aquello que cada persona considera valioso y que da sentido a su existencia. Ante una enfermedad, especialmente cuando la vida se ve amenazada, ese sentido puede debilitarse, y la oración, la meditación u otras prácticas espirituales pueden ofrecer consuelo, fortaleza y esperanza. En estas circunstancias, el cuidado espiritual enfermero se orienta a comprender y acompañar las necesidades de la persona, tomando en cuenta sus creencias y preferencias. Dentro de este cuidado, la religiosidad se entiende como el conjunto de prácticas, rituales y ceremonias compartidos en una comunidad de fe particular^{11,12}. El profesional de enfermería reconoce que, para quienes profesan una fe, estas expresiones pueden ser un vehículo para conectarse con un ser supremo o vivir una experiencia de trascendencia que dé sentido a su existencia. Así, la oración, la lectura de textos religiosos, la meditación u otras prácticas pueden formar parte del cuidado, cuando la persona lo desee, con respeto por su autonomía y su manera de comprender y vivir la espiritualidad.

Por otro lado, la literatura señala que su implementación en la práctica profesional aún enfrenta desafíos vinculados con la formación disciplinar⁴, las demandas institucionales y la comprensión diversa del concepto de espiritualidad entre profesionales de enfermería. Esto representa un reto, ya que en las últimas décadas el cuidado de la salud se ha centrado en el componente fisiológico, dejando de lado las otras dimensiones que conforman la persona y especialmente la espiritualidad¹³.

Aunado a lo anterior, la espiritualidad también es considerada como la dimensión olvidada o descuidada dentro de la atención sanitaria, en gran medida debido a su escasa inclusión en los programas de formación^{6,14}. A pesar de ello, diversos estudios han documentado beneficios asociados a la integración del componente espiritual en el cuidado de la salud, incluyendo mejoras en el bienestar emocional, el afrontamiento de la enfermedad y la calidad de vida de las personas^{14,15}.

Como se ha señalado, el abordaje del cuidado espiritual puede generar beneficios tanto para las personas usuarias como para el personal de enfermería. Entre estos se encuentran la disminución del consumo de sustancias, la reducción de intentos de suicidio y de la prevalencia de depresión, así como menores hospitalizaciones, mejor adherencia al tratamiento y menores tasas de mortalidad¹⁴. Asimismo, las intervenciones de atención espiritual han mostrado resultados favorables en comparación con otras terapias complementarias, tales como la reducción del dolor, la mejora en la calidad de vida y la promoción de comportamientos saludables¹⁵. En este mismo sentido, otros estudios han identificado diversas prácticas de cuidado espiritual en enfermería, como la historia espiritual, la oración, el acompañamiento y otras intervenciones psicoespirituales¹⁶, que contribuyen a mejorar la condición de salud de las personas.

De esta manera, y ante lo expuesto en los párrafos anteriores describir los conocimientos autoinformados, las actitudes, las prácticas reportadas y la formación del personal de enfermería sobre cuidado espiritual es relevante por varias razones. En primer lugar, permite visibilizar cómo este componente del cuidado se incorpora (o no) en la práctica cotidiana, lo que contribuye a reconocer aspectos formativos que requieren mayor exploración. En segundo término, su análisis favorece la comprensión del cuidado como un fenómeno complejo, sustentado en una visión humanista y ética propia de la enfermería, que responde a los principios de la enfermería como ciencia del cuidado. Finalmente, en

un contexto donde los sistemas de salud tienden a priorizar los aspectos técnicos, el reconocimiento del cuidado espiritual representa una oportunidad para fortalecer la calidad del cuidado desde un enfoque integral y humanista.

Ante el panorama presentado en los párrafos anteriores, y valorando que en el contexto costarricense la literatura sobre espiritualidad en enfermería es aún incipiente, se reconoce un vacío de conocimiento respecto a cómo las y los profesionales de enfermería distinguen, interpretan y practican el cuidado espiritual en su quehacer cotidiano. Por ello, el presente estudio tiene como objetivo describir las respuestas autoinformadas de profesionales de enfermería participantes sobre la importancia del cuidado espiritual, los conocimientos que refieren tener, las prácticas que reportan realizar y sus necesidades de formación.

Materiales y Métodos

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, de tipo exploratorio descriptivo y de corte transversal. Este diseño se seleccionó en función de la necesidad de aproximarse de manera inicial al fenómeno de estudio, permitiendo describir diferentes aspectos sobre el cuidado espiritual, así como las prácticas relacionadas con su implementación en el ámbito profesional en enfermería.

La población de interés estuvo conformada por profesionales en enfermería en ejercicio en Costa Rica. La selección de participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, contando con la participación de 75 personas, las cuales accedieron voluntariamente a participar tras la difusión del enlace del instrumento y que cumplían con el criterio de inclusión de ser profesionales de enfermería en ejercicio. Este tipo de muestreo es congruente con el carácter exploratorio y descriptivo del estudio, ya que favorece la diversidad de experiencias en distintos contextos laborales y territoriales. El total de participantes se alcanzó con las respuestas recibidas al final del periodo durante el cual el formulario estuvo disponible entre octubre y noviembre del 2025.

La recolección de la información se llevó a cabo mediante la técnica de encuesta autoadministrada en formato digital, utilizando la plataforma Google Forms. El instrumento fue diseñado por el equipo investigador en correspondencia con el objetivo del estudio. Este incluyó seis ítems estructurados orientados a la caracterización sociodemográfica y laboral de la población participante (institución de trabajo, edad, sexo, nivel académico, experiencia profesional, área de desempeño), 10 ítems con opciones de respuesta “Sí”, “No” y “Otro”, esta última con la posibilidad de especificar una respuesta escrita, y una pregunta abierta sobre la forma de cuidado espiritual utilizada con mayor frecuencia. Los ítems abordaron conocimientos autoinformados, actitudes, prácticas declaradas sobre cuidado espiritual, formación recibida, suficiencia percibida de la formación y disposición para capacitarse. Específicamente los ítems sobre conocimiento recogieron la autopercepción de las personas participantes respecto a su capacidad para identificar necesidades espirituales, su familiaridad con guías o protocolos para valorar la dimensión espiritual y su conocimiento sobre a quién remitir a una persona que requiere apoyo espiritual especializado.



Por otro lado, se aclara que el instrumento se construyó a partir de los resultados del proyecto “C1227 Intervenciones de atención espiritual implementadas por proveedores de atención de salud en entornos hospitalarios para adultos: revisión de alcance” inscrito en la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica.

El instrumento fue sometido a un proceso de revisión interna por parte del equipo investigador, con el propósito de evaluar su claridad, coherencia y pertinencia en relación con el objetivo del estudio. No se realizó un proceso formal de validación psicométrica.

El cuestionario fue distribuido a través de medios digitales en diversos grupos de profesionales de enfermería a nivel nacional, lo que permitió contar con la participación de personas de diferentes regiones y ámbitos de desempeño. El formulario estuvo disponible durante los meses de octubre y noviembre del año 2025. Todas las preguntas fueron obligatorias. En la revisión de la base de datos se compararon las respuestas de los registros, excluyendo la marca temporal, y no se identificaron registros completamente idénticos. Al acceder al enlace, cada persona participante recibió información detallada sobre el objetivo del estudio, el carácter voluntario de la participación y las condiciones de confidencialidad. El consentimiento informado fue solicitado de forma explícita. Las personas podían decidir no iniciar o abandonar el formulario antes de enviarlo. Únicamente quienes aceptaron pudieron continuar con el cuestionario mientras que el sistema impedía el acceso en caso contrario.

Una vez finalizada la recolección, se organizaron y analizaron los 75 registros recibidos mediante Microsoft Excel, sin excluir formularios. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias absolutas y relativas, lo que permitió la presentación de los resultados en tablas para facilitar su comprensión e interpretación. Para los ítems estructurados, se distinguieron las respuestas “Sí”, “No” y “Otras respuestas textuales”. Esta última categoría agrupó los textos consignados en la opción de “Otro”, conservando su contenido original, sin reclasificarlos automáticamente como afirmativos o negativos ni considerarlos datos faltantes. Los porcentajes se calcularon sobre los 75 registros analizados. Las respuestas a la pregunta abierta se agruparon en categorías descriptivas construidas a partir de su contenido. Una investigadora realizó la clasificación inicial y ambas investigadoras revisaron posteriormente las asignaciones. Cuando una respuesta mencionaba acciones diferentes, podía clasificarse en varias categorías. Cada participante se contabilizó una sola vez por categoría y los porcentajes se calcularon sobre los 75 registros, por lo que su suma podía superar el 100%.

De acuerdo con el diseño exploratorio, el análisis se orientó a la identificación de patrones y tendencias en la información recolectada, sin establecer relaciones de causalidad ni pretender la generalización de los hallazgos a la totalidad de la población.

Desde el punto de vista ético, la investigación se desarrolló conforme a los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, confidencialidad y respeto por las personas. Tal como lo establece la Universidad de Costa Rica. La participación fue voluntaria y se garantizó el anonimato y la confidencialidad de la información, al no recolectarse datos sensibles que permitieran la identificación directa

de las personas participantes. Asimismo, se aseguró que la información obtenida sería utilizada exclusivamente con fines académicos y científicos.

Entre las principales limitaciones del estudio se reconoce el uso de un muestreo no probabilístico por conveniencia, lo que restringe la posibilidad de generalización de los resultados. Adicionalmente, la recolección de datos mediante una plataforma digital implica una dependencia del acceso a internet y de la disposición de las personas participantes, lo que puede introducir sesgos de selección. Asimismo, el carácter autoinformado de los datos podría introducir sesgos de respuesta.

Los hallazgos deben interpretarse considerando el carácter exploratorio y transversal del estudio. El muestreo por conveniencia, el reclutamiento digital y voluntario y la predominancia de participantes de la CCSS y de hospitales públicos circunscriben los resultados a la muestra estudiada. El cuestionario, elaborado a partir de antecedentes de investigación y revisado internamente, no contó con validación psicométrica formal. Asimismo, los datos describen conocimientos, valoraciones y prácticas autoinformadas, sin verificar competencias clínicas ni desempeño observado, y pueden estar sujetos a sesgos de respuesta. La categorización de las respuestas abiertas incorpora un componente interpretativo. Estas condiciones delimitan el alcance de las conclusiones, sin restar pertinencia al estudio como aproximación inicial para identificar necesidades de formación y orientar investigaciones posteriores.

Resultados

Este estudio contó con la participación de 75 profesionales, según los datos reflejados en la Tabla 1. Del total de participantes, 67 laboraban en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), 3 en el ámbito universitario (no especifican en cual) y los 5 restantes en otros escenarios de salud. En cuanto al sexo la mayoría correspondía a mujeres (61) y 14 hombres. Con respecto a la edad, la mayoría reportada se concentra en un rango de 30 años a 59 años.

Tabla 1. Jornada laboral del profesional de enfermería

Variable	Categoría	n	%
Institución de trabajo	CCSS	67	89.3%
	Universidad	3	4.0%
	Otros	5	6.7%
Edad (años)	20–29	3	4.0%
	30–39	20	26.7%
	40–49	24	32.0%
	50–59	20	26.7%
	60–69	8	10.7%
Sexo	Femenino	61	81.3%
	Masculino	14	18.7%

Fuente. Elaboración propia.



Respecto a la tabla anterior se resalta que las personas que participan en la presente investigación son mayoritariamente funcionarios de la CCSS, mujeres y con edad superior a 40 años.

Los datos de la Tabla 2 muestran que 53 participantes (70.7%) tenían más de 10 años de experiencia profesional. Aunque se reportaron distintos entornos laborales, predominó el hospital público. Respecto al perfil académico, 73 participantes (97.3%) de los participantes se concentra en los grados de licenciatura y maestría, mientras que una persona tenía bachillerato y otro doctorado.

En cuanto a la experiencia laboral, la mayoría de los participantes (34 personas), reporta tener más de 20 años de experiencia profesional. Le siguen 19 personas con entre 11 y 20 años, 13 con entre 6 y 10 años, mientras que los niveles más bajos de experiencia concentran menos participantes: 7 personas con entre 1 y 5 años y solo 2 con menos de un año.

La mayoría de la población participante reportó el ámbito hospitalario como su principal área de desempeño. Específicamente, 60 personas laboraban en hospitales públicos y tres en centros privados. Con respecto a otros escenarios, seis profesionales se desempeñaban en el primer nivel de atención, tres en docencia y uno en el segundo nivel; mientras que las áreas de salud ocupacional y atención extrahospitalaria registraron un participante cada una.

Tabla 2. Características profesionales de las personas participantes (n=75)

Variable	Categoría	n	%
Nivel académico	Bachillerato	1	1.3%
	Licenciatura	36	48.0%
	Maestría	37	49.3%
	Doctorado	1	1.3 %
Experiencia profesional	> 20 años	34	45.3%
	11–20 años	19	25.3%
	6–10 años	13	17.3%
	1–5 años	7	9.3%
	< 1 año	2	2.7%
Área principal de trabajo	Hospital público	60	80.0%
	Primer nivel de atención	6	8.0%
	Hospital privado	3	4.0%
	Docencia	3	4.0%
	Segundo nivel de atención	1	1.3%
	Salud ocupacional	1	1.3%
	Área extrahospitalaria	1	1.3%

Fuente. Elaboración propia.

Por otro lado, la Tabla 3 expone los conocimientos sobre los elementos básicos del cuidado espiritual. Al respecto, el 76% de la población participante refirió conocer la diferencia entre cuidado espiritual y apoyo religioso. En contraste, menos de la mitad (49.3%) reportó saber a quién remitir a un usuario para

recibir atención espiritual especializada. Finalmente, en cuanto a las necesidades espirituales, el 81.3% indicó saber identificarlas; sin embargo, el 69.3% admitió no estar familiarizado con herramientas específicas para valorar dicha dimensión.

En cuanto a las actitudes reportadas, los datos descriptivos revelan un contraste respecto a la dimensión del conocimiento, ya que las personas participantes muestran actitudes altamente favorables hacia el cuidado espiritual. Como se observa en la tabla 3, la gran mayoría reconoce su importancia en el bienestar (97.3%) y considera que el cuidado espiritual forma parte del rol de enfermería (98.7%). Además, un porcentaje considerable manifiesta sentirse cómodo abordando temas espirituales (78.7%).

Tabla 3. Conocimientos autoinformados y actitudes reportadas sobre el cuidado espiritual en profesionales de enfermería (n=75)

Categoría	Dimensión	Sí n (%)	No n (%)	Otros n (%)
Conocimientos	Conoce la diferencia entre cuidado espiritual y apoyo religioso	57 (76.0%)	17 (22.7%)	1 (1.3%)
Conocimientos	Sabe a quién remitir para apoyo espiritual especializado	37 (49.3%)	35 (46.7%)	3 (4.0%)
Conocimientos	Familiarización con herramientas para valorar la dimensión espiritual	23 (30.7%)	52 (69.3%)	—
Conocimientos	Sabe identificar necesidades espirituales	61 (81.3%)	11 (14.7%)	3 (4.0%)
Actitudes	Reconoce la importancia de la espiritualidad en el bienestar y recuperación	73 (97.3%)	2 (2.7%)	—
Actitudes	Considera el cuidado espiritual parte del rol de enfermería	74 (98.7%)	1 (1.3%)	—
Actitudes	Se siente cómodo/a abordando temas espirituales con las personas usuarias	59 (78.7%)	13 (17.3%)	3 (4.0%)

Fuente. Elaboración propia.

Otro aspecto valorado en torno al cuidado espiritual se relaciona con la prestación de este. En la Tabla 4 se presenta la distribución de las formas de cuidado espiritual reconocidas por los profesionales de enfermería en sus respuestas. Las categorías temáticas de esta tabla se definieron a partir de lo que la literatura refiere como formas de cuidado espiritual.

Tabla 4. Formas de cuidado espiritual mencionadas por los profesionales de enfermería

Categoría temática	Participantes, n	Porcentaje (%)
Religiosidad y apoyo religioso o de líderes espirituales*	30	40.0
Comunicación y acompañamiento emocional	30	40.0
Valoración y respeto de necesidades, creencias y preferencias	18	24.0
Prácticas contemplativas y de conexión personal	15	20.0
Conexión con la naturaleza y expresión creativa	4	5.3
Otras prácticas de cuidado espiritual	3	4.0
Declara no realizar cuidado espiritual	3	4.0
Respuesta no clasificable	3	4.0

Nota: Algunas personas mencionaron más de una práctica de cuidado espiritual en su respuesta, por lo que esta pudo clasificarse en varias categorías. Cada participante se contabilizó una sola vez por categoría. Los porcentajes se calcularon sobre el total de participantes (N = 75) y su suma puede superar el 100 %. * Incluye prácticas como la oración, el fortalecimiento de la fe, la lectura de textos religiosos y el contacto o la remisión a líderes religiosos o espirituales.

Fuente. Elaboración propia.



Respecto a las prácticas descritas en la Tabla 4, al agrupar las respuestas de la población participante se evidencia que las acciones más frecuentes se vinculan con la religiosidad y sus líderes, así como con la comunicación y el acompañamiento emocional. Los reportes evidencian otra gama de prácticas asociadas al autoconocimiento y conexión con el entorno. Encontrando también otras prácticas clasificadas solo como cuidado espiritual y en menor cantidad quienes reportan del todo no practicar cuidado espiritual, de estas solo una persona específica que es porque no brinda cuidado directo.

Finalmente, la Tabla 5 expone las necesidades de capacitación entre los participantes. Al respecto, destaca que la formación universitaria en Costa Rica no brindó, al menos en la experiencia de la población participante, las herramientas necesarias para ofrecer cuidado espiritual. En consecuencia, la totalidad de los profesionales manifestó disposición para recibir formación en esta área.

Tabla 5. Formación y necesidades de capacitación en cuidado espiritual en profesionales de enfermería (n=75)

Dimensión	Sí n (%)	No n (%)	Otro n (%)
Formación en cuidado espiritual	11 (14.7%)	60 (80.0%)	4 (5.3%)
La formación le dio las herramientas suficientes para brindar cuidado espiritual	11 (14.7%)	61 (81.3%)	3 (4.0%)
Disposición para recibir capacitación adicional	73 (97.3%)	1 (1.3%)	1 (1.3%)

Fuente. Elaboración propia.

Discusión

La humanización del cuidado enfermero requiere la integración de la dimensión espiritual, bajo la premisa de que no todo el sufrimiento humano puede explicarse exclusivamente desde la fisiopatología. Esta perspectiva favorece el entendimiento de manifestaciones como la angustia, el miedo, la desesperanza, el sufrimiento existencial o la sensación de pérdida de sentido, las cuales pueden persistir aun cuando las necesidades físicas han sido atendidas adecuadamente o los síntomas biomédicos se encuentren controlados.

La espiritualidad tiene múltiples expresiones y, para este estudio, se comprende en la relación con la búsqueda de significado, propósito y conexión con aquello que cada persona considera relevante, sea o no religioso. Por consiguiente, como otra dimensión se presenta la religiosidad como un vehículo o método que involucra actividades, métodos, rituales a través de los cuales se aborda esa necesidad de significado o trascendencia/conexión con el ser supremo. Finalmente se presenta las practicas espirituales personales que las autoras comprenden como acciones individuales que realiza la persona para cultivar esa conexión con lo que reconoce como significativo/espiritual.

Ahora bien, el cuidado enfermero espiritual se entiende como acciones que parten de un proceso enfermero para dar respuesta a necesidades que trascienden la dimensión física y que se relacionan con el componente espiritual. Desde esta perspectiva, el cuidado espiritual involucra acciones como la escucha activa, la presencia terapéutica, el acompañamiento y la atención de las necesidades de este tipo. A través de esta forma de cuidado, se propicia alivio, tranquilidad y bienestar en las personas atendidas.

La aclaración de estos componentes, espiritualidad y religiosidad, como elementos vinculados pero situados en dimensiones diferentes, resulta relevante para el profesional de enfermería al abordar a la persona con necesidades de cuidado espiritual. Esta distinción permite respetar no solo las necesidades asistenciales, sino también la autonomía del usuario, al indagar si desea que dicha dimensión sea atendida y qué tipo de apoyo requiere. De este modo, se evitan acciones impositivas y se garantiza el respeto a la diversidad religiosa o a la ausencia de creencias.

Desde este marco, resulta relevante que el 97.3 % de las personas participantes reconociera la importancia de la espiritualidad en el bienestar y la recuperación, y que el 98.7 % considerara el cuidado espiritual parte del rol de enfermería. Dichos hallazgos coinciden con investigaciones previas¹⁷, las cuales destacan que el cuidado espiritual constituye un elemento esencial de la asistencia integral. De este modo, la espiritualidad complementa el modelo biomédico tradicional al permitir una comprensión más amplia de la experiencia humana ante la enfermedad, lo que fortalece una atención centrada en la persona y orientada a aliviar el sufrimiento en todas sus dimensiones.

Las categorías más mencionadas fueron “Religiosidad y apoyo religioso o de líderes espirituales” y “Comunicación y acompañamiento emocional”, cada una presente en las respuestas de 30 participantes (40.0 %). Esta diversidad de acciones permite identificar que las personas participantes reconocieron diferentes formas de cuidado espiritual. Las acciones mencionadas pueden contrastarse con las intervenciones descritas en la literatura^{5,18,19,20}, que incluyen conversaciones con integrantes del equipo, prácticas religiosas y presencia terapéutica en cuidados paliativos. La semejanza en las acciones descritas ofrece un punto de encuentro con esa literatura, aunque nuestra encuesta no evaluó su aplicación ni sus efectos.

Cabe destacar que acciones consideradas sencillas, tales como atender las preocupaciones espirituales a través de la escucha activa, trascienden el acto meramente pasivo. Para que este proceso se consolide como cuidado espiritual, debe orientarse a guiar la búsqueda de significado, conexión, esperanza o creencias que la persona considere relevantes.

Aunado a lo anterior, se puede decir que la enfermería se sustenta en una visión integral bajo un paradigma transformador donde diferentes teorizantes de enfermería han reconocido la espiritualidad como una dimensión importante del ser humano, entendiendo a la persona como una unidad compleja en la que interactúan dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales. Desde este enfoque



holístico, el cuidado espiritual constituye un elemento inseparable de la atención integral, particularmente en contextos hospitalarios donde las personas enfrentan situaciones de mayor vulnerabilidad, sufrimiento e incertidumbre. Sin embargo, a pesar de su relevancia teórica y práctica, esta dimensión continúa siendo insuficientemente abordada tanto en la formación profesional como en la práctica clínica de enfermería, especialmente en el contexto latinoamericano.

De esta manera, la formación limitada reportada y la elevada disposición para capacitarse respaldan la pertinencia de explorar necesidades formativas de las personas participantes en cuidado espiritual. Estos hallazgos coinciden con la literatura científica²¹ que reconoce la importancia de esta formación y señala limitaciones para su implementación.

En la muestra estudiada, el 81.3 % refirió saber identificar necesidades espirituales y el 76.0 % manifestó conocer la diferencia entre cuidado espiritual y apoyo religioso. Por otra parte, el 46.7 % respondió que no sabía a quién remitir para apoyo espiritual especializado. Estos resultados describen conocimientos autoinformados y no permiten evaluar competencias clínicas ni determinar la disponibilidad de recursos institucionales de derivación. Asimismo, el 80.0 % respondió negativamente al ítem sobre contenidos recibidos durante su formación y el 97.3 % manifestó disposición para capacitarse. Estos hallazgos permiten plantear la pertinencia de explorar las necesidades formativas de las personas participantes y coinciden con otra investigación que destaca la necesidad de formación en cuidado espiritual²².

La escasa familiaridad declarada con herramientas de valoración (el 69.3 % respondió no estar familiarizado) y el desconocimiento autoinformado sobre a quién remitir para apoyo espiritual especializado (señalado por el 46.7 %) identifican dos aspectos relevantes para orientar la exploración de necesidades formativas en la muestra estudiada. Estos hallazgos en congruencia con otros estudios²³ ofrecen una base inicial para considerar contenidos educativos sobre valoración espiritual y recursos de derivación, cuya pertinencia deberá examinarse en los respectivos contextos asistenciales.

En este punto, no puede dejarse de lado que la integración del cuidado espiritual debe articularse con la humanización del cuidado y la madurez ética. La literatura señala riesgos asociados tanto a la omisión de necesidades espirituales relevantes como a la imposición de intervenciones o al ejercicio fuera del ámbito de competencia profesional. En este contexto, el profesional debe contemplar valores fundamentales como la autonomía, considerando los deseos, la cosmovisión, las preferencias de la persona, así como respetando su decisión de rechazar este cuidado^{24,25,26}.

La coexistencia de formación reportada limitada y autopercepción favorable sobre la identificación de necesidades plantea una pregunta para futuras investigaciones: cómo adquieren y desarrollan estos conocimientos las personas profesionales de enfermería. Explorar sus trayectorias de aprendizaje permitiría orientar propuestas formativas acordes con sus experiencias y contextos laborales.

Por otro lado, respecto de los participantes 67 (89.3 %) declararon trabajar en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y 60 (80.0 %) señalaron el hospital público como su área principal de trabajo.

Esta concentración delimita el contexto de los resultados, que corresponden principalmente a profesionales vinculados con esos entornos, sin que esto necesariamente tenga una representatividad nacional ni institucional. Por tanto, los hallazgos deben circunscribirse a las personas participantes. Sin embargo, es importante reconocer que esta institución fue reconocida como la principal prestadora de servicios de salud en Costa Rica y el mayor empleador de profesionales del sector, una condición reconocida por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)²⁷. Futuras investigaciones podrían ampliar la participación de profesionales de otros entornos asistenciales para explorar sus valoraciones, prácticas autoinformadas y necesidades de formación en cuidado espiritual.

En este punto no puede dejarse de lado que la integración del cuidado espiritual debe estar de la mano en la humanización del cuidado y también con una madurez ética, la literatura señala que existen riesgos asociados a la omisión de necesidades espirituales relevantes como por imponer intervenciones o exceder la competencia, es acá donde el profesional debe contemplar valores fundamentales como la autonomía, la cual convoca a la reflexión y ponderación en el escenario de prestación de cuidado sobre los deseos de la persona, su cosmovisión, su preferencia y respetar el rechazo si así es manifestado²⁶.

En síntesis, los resultados muestran un contraste entre la elevada importancia atribuida al cuidado espiritual y la limitada formación reportada por las personas participantes. Aunque estas refirieron saber identificar necesidades espirituales y valoraron este cuidado como parte de su rol profesional, la mayoría indicó que su formación no les había proporcionado herramientas suficientes y reportó escasa familiaridad con guías o protocolos de valoración. Además, una proporción de participantes reportó desconocer a quién remitir para apoyo espiritual especializado. Estos hallazgos, junto con la elevada disposición para capacitarse, ofrecen una base inicial para considerar el fortalecimiento de contenidos sobre cuidado espiritual en la formación universitaria y la educación continua. Asimismo, permiten proponer que se examine, en los respectivos contextos asistenciales, la pertinencia de incorporar este componente en los planes de trabajo institucionales y de facilitar el acceso a herramientas de valoración y recursos de derivación.

Conclusiones

En conclusión, la población profesional participante reconoce el cuidado espiritual como un componente esencial de la atención integral y de su quehacer cotidiano, aunque señala una formación limitada a nivel institucional en este ámbito. Asimismo, destacan las diversas formas de ofrecer este tipo de atención, donde afloran principalmente el diálogo, la escucha activa y el acompañamiento; elementos que evidencian el rol de la intuición en estas prácticas ante la falta de instrucción formal, así como una actitud favorable hacia la incorporación de la dimensión espiritual en la práctica clínica de enfermería.

Lo anterior está estrechamente relacionado con la identificación de una brecha entre este reconocimiento y la preparación profesional disponible para ofrecer un cuidado espiritual de manera sistemática,



estructurada y fundamentada. Las limitaciones relacionadas con la formación, el conocimiento de herramientas para la valoración de necesidades espirituales y la derivación a recursos especializados permiten inferir que el cuidado espiritual podría depender, en alguna medida, de la experiencia, la iniciativa y los recursos personales de quienes brindan la atención.

Finalmente, la presente investigación deja en evidencia la necesidad y oportunidad para fortalecer la formación universitaria y la educación continua en cuidado espiritual, así como de promover el desarrollo de protocolos, herramientas de valoración y estrategias institucionales que faciliten su integración en los diferentes escenarios asistenciales. Avanzar en esta dirección contribuirá a consolidar una práctica de enfermería más integral, humanizada y centrada en la persona, capaz de responder a las necesidades espirituales como parte fundamental e integral del cuidado de la salud.

Conflicto de interés

Las autoras declaran no tener conflictos de interés relacionados con este estudio.

Consideraciones éticas

Respecto a la investigación esta responde a los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, confidencialidad y respeto por las personas (la recogida de los datos fue autoadministrada). La participación fue voluntaria y anónima; antes de responder se informó sobre el propósito del estudio y el uso científico de los datos. Por otro lado, el cuestionario no recopiló información personal identificable, creencias religiosas, experiencias íntimas ni datos de pacientes, y los resultados fueron analizados y presentados de manera agregada.

El estudio no fue sometido a un Comité Ético Científico (CEC), debido a que no requería dicho procedimiento según la Ley Reguladora de Investigación Biomédica N.º 9234 y el Lineamiento de investigaciones excluidas de la revisión por parte de un CEC del Consejo Nacional de Investigación en Salud de Costa Rica (CONIS). Se trató de una encuesta de riesgo mínimo dirigida a profesionales de enfermería mayores de edad, enfocada en la prestación del cuidado espiritual, las herramientas y la formación disponibles y las necesidades de capacitación, sin intervenciones ni riesgos laborales, legales, económicos, reputacionales o discriminatorios previsibles para las personas participantes. Aunado a lo anterior el presente estudio surge como la necesidad de explorar el cuidado espiritual en el quehacer de enfermería en Costa Rica, a partir de prácticas que se desarrollan en otras latitudes y que se identificaron en el proyecto C1227 inscrito en la Universidad de Costa Rica dentro de la Vicerrectoría de Investigación.

Uso de inteligencia artificial

Las autoras declaran que se utilizó ChatGPT (OpenAI) únicamente como apoyo para revisar la gramática y la claridad del manuscrito original. Las personas autoras revisaron y validaron el contenido final y asumen plena responsabilidad por este.

Contribución de los autores

Conceptualización: C.C.A., B.V.N.; Curación de datos: C.C.A., B.V.N.; Análisis formal: C.C.A., B.V.N.; Adquisición de Financiamiento: C.C.A., B.V.N.; Investigación: C.C.A., B.V.N.; Metodología: C.C.A., B.V.N.; Administración del proyecto: C.C.A., B.V.N.; Recursos: C.C.A., B.V.N.; Software: C.C.A., B.V.N.; Supervisión: C.C.A., B.V.N.; Validación: C.C.A., B.V.N.; Visualización: C.C.A., B.V.N.; Redacción–borrador original: C.C.A., B.V.N.; Redacción, revisión y edición: C.C.A., B.V.N.

Financiamiento

El presente estudio no contó con financiamiento externo.

Referencias

1. Bolton D. A revitalized biopsychosocial model: core theory, research paradigms, and clinical implications. *Psychol Med.* 2023;53(16):7504-7511. Doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291723002660>
2. Xu M, Smiley A, Aboagye A, Parker TN, Phillips K, Oppong KD, et al. Spiritual care in the outpatient environment for chronically ill older African American patients: protocol for a pilot feasibility study. *PLoS One.* 2025;20(11):e0337436. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0337436>
3. Bilgin A, Doner A, Erdogan Yuce G, Muz G. The effect of biopsychosocial-spiritual factors on medication adherence in chronic diseases in Türkiye. *J Relig Health.* 2025;64(5):3853-3873. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10943-025-02317-3>
4. Pérez-Jiménez JM, Bonilla Sierra P, de-Diego-Cordero R. The influence of spirituality in the care of patients with advanced chronic illnesses and at the end of life: an integrative review. *J Relig Health.* 2026;65:451-479. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10943-025-02543-9>



5. McSherry W, Cash K, Ross L. Meaning of spirituality: implications for nursing practice. *J Clin Nurs*. 2004;13(8):934-941. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01006.x>
6. Caldeira S, Simões Figueiredo A, Da Conceição A, et al. Spirituality in the Undergraduate Curricula of Nursing Schools in Portugal and São Paulo-Brazil. *Religions* (Basel). 2016;7(11):134. Doi: <https://doi.org/10.3390/rel7110134>
7. Miller M, Addicott K, Rosa WE. Spiritual care as a core component of palliative nursing: it's all about connection—to our patients' needs, and to our own. *Am J Nurs*. 2023;123(2):54-59. Doi: <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000919748.95749.e5>
8. Coelho J, Querido A, Costeira C, Laranjeira C. Spiritual care competence in palliative care: a concept analysis. *J Relig Health*. 2025;64(5):3740-3762. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10943-025-02408-1>
9. Austin PD, Lee W, Keall R, Lovell MR. Efficacy of spiritual interventions in palliative care: an umbrella review of systematic reviews. *Palliat Med*. 2025;39(1):70-85. Doi: <https://doi.org/10.1177/02692163241287650>
10. Bermejo JC. Espiritualidad y salud. *HORIZONTE - Revista de Estudos de Teologia e Ciências da Religião*. Published online December 31, 2021:1202. Doi: <https://doi.org/10.5752/p.2175-5841.2021v19n60p1202>
11. Badanta B, Rivilla-García E, Lucchetti G, de Diego-Cordero R. The influence of spirituality and religion on critical care nursing: an integrative review. *Nurs Crit Care*. 2022;27(3):348-366. Doi: <https://doi.org/10.1111/nicc.12645>
12. Hawthorne DM, Gordon SC. The invisibility of spiritual nursing care in clinical practice. *J Holist Nurs*. 2020;38(1):147-155. Doi: <https://doi.org/10.1177/0898010119889704>
13. Khalajinia Z, Tehran HA, Heidari A. Explaining the perception of spiritual care from the perspective of health personnel: A qualitative study. *J Educ Health Promot*. 2021;10(1). Doi: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_599_20
14. de Brito Sena MA, Damiano RF, Lucchetti G, Peres MFP. Defining Spirituality in Healthcare: A Systematic Review and Conceptual Framework. *Front Psychol*. 2021;12. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.756080>

15. Zhang G, Zhang Q, Li F. The impact of spiritual care on the psychological health and quality of life of adults with heart failure: a systematic review of randomized trials. *Front Med (Lausanne)*. 2024; 11:1334920. Doi: <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1334920>
16. Dos Santos FC, Macieira TGR, Yao Y, et al. Spiritual Interventions Delivered by Nurses to Address Patients' Needs in Hospitals or Long-Term Care Facilities: A Systematic Review. *J Palliat Med*. 2022;25(4):662-677. Doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0578>
17. Espinoza-Padilla DJ, Poblete-Troncoso M del C, Guerra-Guerrero VT, Zamberlan C, Backes DS. Relação entre espiritualidade e cuidado humanizado em profissionais de enfermagem de um hospital chileno. *Rev Bras Enferm*. 2025;78(5). Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2024-0598>
18. McSherry W, Jamieson S. An online survey of nurses' perceptions of spirituality and spiritual care. *J Clin Nurs*. 2011;20(11-12):1757-1767. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03547.x>
19. McSherry W, Ross L, Balhip K, Ross N, Young S. Spiritual Assessment in Healthcare: An Overview of Comprehensive, Sensitive Approaches to Spiritual Assessment for Use Within the Interdisciplinary Healthcare Team. In: *Spirituality in Healthcare: Perspectives for Innovative Practice*. Springer International Publishing; 2019:39-54. Doi: https://doi.org/10.1007/978-3-030-04420-6_3
20. Jaman-Mewes P, Caetano da Silva de Oliveira M, Regina Mazotti M, de Góes Salvetti M. Spiritual care interventions for palliative care patients: a scoping review. *Palliat Support Care*. 2024;22(5):1449-1468. Doi: <https://doi.org/10.1017/S1478951524000592>
21. Chidarikire S, Makaza M, Popoola T, Yu F, Molloy L. Bridging the gap: normalising spiritual care in undergraduate nursing education: a review of qualitative research. *Nurse Educ Pract*. 2025;85:104359. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2025.104359>
22. Skovran LM, dos Santos Soldera AG, dos Santos Almeida RG. Conhecimento e atitude de licenciados em enfermagem sobre cuidado espiritual. *Enfermagem em Foco*. 2026;17. Doi: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2026.v17.e-2026048e>
23. Balboni TA, VanderWeele TJ, Doan-Soares SD, et al. Spirituality in serious illness and health. *JAMA*. 2022;328(2):184-197. Doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2022.11086>
24. Arutyunyan T, Odetola F, Swieringa R, Niedner M. Religion and Spiritual Care in Pediatric Intensive Care Unit: Parental Attitudes Regarding Physician Spiritual and Religious Inquiry. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*. 2018;35(1):28-33. Doi: <https://doi.org/10.1177/0898010117711111>



org/10.1177/1049909116682016

25. Best MC, Jones K, Merritt F, et al. Australian patient preferences for discussing spiritual issues in the hospital setting: an exploratory mixed methods study. *J Relig Health*. 2024;63(1):238-256. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10943-023-01767-x>

26. Polzer Casarez RL, Engebretson JC. Ethical issues of incorporating spiritual care into clinical practice. *J Clin Nurs*. 2012;21(15-16):2099-107. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04168.x>

27. Organización Panamericana de la Salud. Costa Rica informe anual de país 2024 [Internet]. OPS; 2025 [citado 1 oct 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/publicaciones/costa-rica-informe-anual-pais-2024>