



Religion and Spirituality in the Patient-Physician Relationship: A Narrative Review

La religiosidad y la espiritualidad en la relación médico-paciente: revisión narrativa

Laura Beatriz Fernández Feitó¹ 

Mariam Alejandra González González¹ 

Andy Alonso Pazos¹ 

Lauren Beatriz González Claro¹ 

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara, Facultad de Medicina. Santa Clara, Cuba.

Recibido: 03-06-2026 | Revisado: 18-07-2026 | Aceptado: 13-10-2026 | Publicado: 14-10-2026

Autor de correspondencia: Laura Beatriz Fernández Feitó 

ABSTRACT

Introduction: religiosity and spirituality shape how patients understand health, illness and death, and influence expectations, decisions and behaviors within the clinical encounter. Objective: to critically analyze, based on evidence from the last five years, how religious beliefs may hinder or favor the patient-physician relationship, examining their influence on treatment acceptance, therapeutic adherence and care-seeking. Development: religiosity and spirituality are associated with mostly protective health effects, including lower all-cause mortality and depression risk, yet the same dimension can obstruct care through treatment refusal, moral interpretations of illness, or resistance to specific interventions such as blood transfusion, transplantation or vaccination. The effect on adherence and help-seeking is heterogeneous and moderated by stigma and cultural context. Conclusions: religious and spiritual beliefs are neither intrinsically facilitating nor obstructive; their effect depends on the type of religious coping, cultural context and disease. Clinical training in spiritual sensitivity strengthens the therapeutic alliance and the acceptance of medical recommendations.

Keywords: Religion and Medicine; Spirituality; Physician-Patient Relations.

RESUMEN

Introducción: la religiosidad y la espiritualidad condicionan la manera en que los pacientes comprenden la salud, la enfermedad y la muerte, e influyen en las expectativas, decisiones y conductas dentro del encuentro clínico. Objetivo: analizar críticamente, a partir de la evidencia de los últimos cinco años, de qué manera las creencias religiosas pueden entorpecer o favorecer la relación del paciente con la medicina, examinando su influencia sobre la aceptación de tratamientos, la adherencia terapéutica y la búsqueda de atención. Desarrollo: la religiosidad y la espiritualidad se asocian mayoritariamente con efectos protectores sobre la salud, incluida una menor mortalidad por todas las causas y menor riesgo de depresión; sin embargo, esta misma dimensión puede obstaculizar la atención mediante el rechazo de tratamientos, interpretaciones morales de la enfermedad o resistencia a intervenciones específicas como la transfusión sanguínea, el trasplante o la vacunación. El impacto sobre la adherencia y la búsqueda de ayuda es heterogéneo y está moderado por el estigma y el contexto cultural. Conclusiones: las creencias religiosas y espirituales no son intrínsecamente facilitadoras u obstructivas; su efecto depende del tipo de afrontamiento religioso, el contexto cultural y la enfermedad. La formación clínica en sensibilidad espiritual fortalece la alianza terapéutica y la aceptación de las recomendaciones médicas.

Palabras clave: Religión y Medicina; Espiritualidad; Relación Médico-Paciente.

INTRODUCCIÓN

La dimensión religiosa y espiritual constituye un componente casi universal de la experiencia humana: se estima que cerca del 90% de la población mundial participa en alguna práctica espiritual o religiosa, y esta esfera influye de forma relevante en la manera en que las personas comprenden la salud, la enfermedad y la muerte.(1) Numerosos individuos interpretan su salud a través de un “healthworld” o mundo de salud que trasciende la ciencia biomédica y los procedimientos clínicos, integrando creencias, rituales y significados propios de su fe.(2) Por ello, la religiosidad no puede considerarse ajena al encuentro clínico, sino un factor que modela expectativas, decisiones y conductas del paciente.

La evidencia de los últimos años muestra que, en conjunto, la religiosidad y la espiritualidad se asocian con efectos mayoritariamente protectores sobre la salud. Un metaanálisis reciente describió que la asistencia a servicios religiosos, comparada con la no asistencia, tiene un efecto dosis-respuesta protector frente a la mortalidad por todas las causas (HR 0,73; IC 95% 0,63-0,84) y frente a la depresión (OR 0,67; IC 95% 0,58-0,81).(2) Además, la religiosidad se ha vinculado con estilos de vida más saludables y mayor adopción de conductas preventivas, como el cribado y la vacunación.(3)

No obstante, esta misma dimensión puede convertirse en un obstáculo para la relación del paciente con la medicina. Existen circunstancias en las que las creencias religiosas llevan a evitar tratamientos beneficiosos cuando estos entran en conflicto con la fe, a interpretar la enfermedad como castigo o debilidad moral, o incluso a buscar intervenciones potencialmente dañinas.(4) Se han documentado resistencias a prácticas médicas específicas, como el rechazo a las transfusiones sanguíneas por los Testigos de Jehová, a ciertos trasplantes, o a productos de origen porcino en fármacos y apósitos entre pacientes hindúes, sij y musulmanes.(5)

El impacto sobre la adherencia y la aceptación de recomendaciones médicas es heterogéneo. En una encuesta nacional brasileña, el 45% de los participantes calificó como alta la influencia de su afiliación religiosa al aceptar recomendaciones médicas, y se documentó una correlación significativa entre religiosidad y rechazo de dichas recomendaciones ($r = 0,314$). (1) La literatura sobre religiosidad y adherencia farmacológica arroja resultados mixtos: mientras algunos estudios muestran menor adherencia en pacientes más religiosos, otros describen lo contrario, lo que sugiere que el efecto depende del contexto cultural y de la enfermedad.(6)

La religiosidad también condiciona la búsqueda de ayuda, especialmente en salud mental. Aunque una mayor religiosidad puede asociarse con actitudes más favorables hacia la búsqueda de ayuda profesional, este vínculo se modifica por el estigma: en individuos con alto estigma hacia la enfermedad mental, la religiosidad se asocia negativamente con la búsqueda de ayuda.(7) Este fenómeno refleja cómo las creencias, según su interpretación y el entorno, pueden facilitar o entorpecer el acceso oportuno a la atención.

Frente a esta complejidad, la formación médica y la sensibilidad cultural resultan determinantes. La mayoría de los pacientes desean que sus profesionales indaguen sobre sus creencias e incorporen esta dimensión en el tratamiento, pero muchos médicos consideran insuficiente su preparación para abordarla.(4,8) Reconocer y dialogar sobre la espiritualidad puede fortalecer la alianza terapéutica y aumentar la aceptación e impacto de las intervenciones propuestas, mientras que ignorarla puede deteriorar la comunicación y la confianza.(9)

El presente artículo de revisión tiene como objetivo analizar críticamente, a partir de la evidencia de los últimos cinco años, de qué manera las creencias religiosas pueden entorpecer —o bien favorecer— la relación del paciente con la medicina, examinando su influencia sobre la aceptación de tratamientos, la adherencia terapéutica y la búsqueda de atención, con el fin de ofrecer al clínico herramientas para reconocer estos factores e integrarlos en una práctica centrada en el paciente y culturalmente competente.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de tipo descriptiva y narrativa con el objetivo de caracterizar la influencia de la religiosidad y la espiritualidad sobre la relación del paciente con la medicina, la aceptación de tratamientos, la adherencia terapéutica y la búsqueda de atención.

Estrategia de búsqueda y fuentes de información

La búsqueda de información se llevó a cabo durante el período comprendido entre enero de 2021 y febrero de 2026. Se consultaron las bases de datos bibliográficas PubMed/MEDLINE,

SciELO, Scopus, ScienceDirect, Google Scholar y el repositorio oficial de la American Psychiatric Association (APA).

Para la construcción de las cadenas de búsqueda se emplearon términos MeSH/DeCS combinados mediante operadores booleanos (AND, OR):

- (“Religion and Medicine” OR “Spirituality” OR “religiosity” OR “spiritual care”) AND (“Physician-Patient Relations” OR “treatment adherence” OR “patient acceptance of health care” OR “help-seeking behavior”)
- (“religious coping” OR “religious beliefs”) AND (“medication adherence” OR “refusal of treatment” OR “mental health stigma”)

Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión:
 1. Artículos originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones de alcance (scoping reviews) y documentos de postura/recursos institucionales publicados en los últimos 5 años (2021–2026), junto con artículos clave precedentes citados por su relevancia histórica o conceptual.
 2. Investigaciones redactadas en idioma español o inglés.
 3. Estudios que evaluaran explícitamente el impacto de las creencias religiosas y espirituales sobre la toma de decisiones clínicas, la adherencia terapéutica, la aceptación/rechazo de procedimientos médicos (transfusión, trasplante, vacunación) o la búsqueda de atención sanitaria.
- Criterios de exclusión:
 1. Trabajos que abordaran la religión únicamente desde una perspectiva sociológica o teológica sin vinculación directa con el encuentro clínico ni la salud.
 2. Editoriales de opinión, cartas al editor sin datos originales o resúmenes de congresos sin texto completo accesible.
 3. Estudios con duplicación de datos o sin metodología clara.

Selección de estudios y extracción de datos

La búsqueda inicial identificó un total de 142 registros. Tras la eliminación de duplicados y la revisión de títulos y resúmenes, se seleccionaron 38 artículos para evaluación a texto completo. Finalmente, se incluyeron 21 estudios que cumplieron cabalmente con los criterios de elegibilidad y sustentan el desarrollo de esta revisión.

Análisis y síntesis de la información

El análisis de la información se realizó mediante síntesis cualitativa y temática de los hallazgos, organizando los resultados en los siguientes ejes: marco conceptual, dualidad de la evidencia (efectos protectores vs. perjudiciales), adherencia terapéutica, rechazo de procedimientos específicos, estigma y búsqueda de atención, alianza terapéutica y formación médica/competencia cultural. No se realizó evaluación formal del riesgo de sesgo ni metaanálisis, dada la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos. Como limitación inherente al diseño narrativo, se reconoce la presencia de un sesgo de selección en la literatura recuperada y la imposibilidad de generar estimaciones estadísticas combinadas.

DESARROLLO

Marco conceptual: religiosidad, espiritualidad y “mundo de salud” del paciente

La religiosidad alude a las creencias, prácticas y pertenencia a una tradición organizada, mientras que la espiritualidad remite a la búsqueda individual de significado, trascendencia y conexión, con o sin marco confesional. Ambas dimensiones estructuran la manera en que el paciente conceptualiza sus experiencias vitales, valores y conductas, y muchas personas acuden a la atención sanitaria buscando resolver problemas que poseen una dimensión espiritual —esperanza, identidad, propósito, significado y moralidad—.⁽⁴⁾ Por ello, la esfera religiosa no es periférica al encuentro clínico, sino que constituye parte del modo en que la enfermedad es interpretada.

Diversos autores subrayan que la religión y la fe son componentes esenciales de la identidad étnica e influyen en los valores, las creencias de salud y las conductas del individuo.⁽⁹⁾ Reconocer este «mundo de salud» propio del paciente permite comprender por qué dos personas con la

misma enfermedad pueden reaccionar de forma radicalmente distinta ante una misma recomendación médica. La comprensión de este marco es el punto de partida para analizar tanto los efectos protectores como los potencialmente obstructivos de las creencias.

La dualidad de la evidencia: efectos protectores frente a efectos perjudiciales

Un cuerpo amplio de literatura respalda que la religiosidad y la espiritualidad se asocian mayoritariamente con resultados de salud positivos.⁽⁴⁾ En el ámbito de la salud mental, más del 80% de los pacientes emplean sus creencias para afrontar el estrés y los síntomas psíquicos, y quienes reportan creencias religiosas presentan menos depresión, ansiedad, intentos de suicidio, psicosis y trastornos por consumo de sustancias, además de mejor calidad de vida y recuperación más rápida.⁽⁴⁾ La asistencia a servicios religiosos se ha asociado con menor riesgo de depresión y una reducción notable del riesgo de suicidio.⁽⁴⁾

No obstante, la misma dimensión puede tornarse perjudicial. La Asociación Americana de Psiquiatría advierte que algunos pacientes evitan tratamientos beneficiosos cuando entran en conflicto con su fe, interpretan la enfermedad mental como debilidad moral o falta de confianza en Dios, o incluso buscan intervenciones dañinas.⁽⁴⁾ Otros autores documentan desenlaces negativos e incluso la muerte en niños cuyos padres recurren a la sanación por fe en lugar del tratamiento médico, así como mayor mortalidad en ancianos que experimentan la enfermedad con «malestar religioso» —sentirse castigados o abandonados por Dios—.⁽⁹⁾

Esta ambivalencia es el eje central del problema: las creencias no son intrínsecamente facilitadoras u obstructivas, sino que su efecto depende del tipo de afrontamiento religioso (positivo frente a negativo), del contexto cultural y de la enfermedad concreta.

Impacto sobre la adherencia terapéutica

El efecto de la religiosidad sobre la adherencia es heterogéneo y bidireccional. En pacientes con VIH, ciertas creencias y prácticas —dar sentido a la vida, sentir conexión con un ser superior— predicen mayor adherencia al tratamiento antirretroviral, mientras que el fatalismo religioso y la asistencia ritual intensiva se asocian con menor adherencia.⁽¹¹⁾ Una revisión de alcance en cristianos pentecostales del África subsahariana mostró que las profecías, los rituales de sanación y la influencia de líderes religiosos que promueven la curación espiritual por encima del tratamiento pueden llevar al abandono de la terapia antirretroviral.⁽¹²⁾

Sin embargo, esa misma revisión identificó creencias que favorecen la adherencia, como concebir que «Dios sana a través de los médicos», que «no tomar el tratamiento es tentar a Dios» o que «Dios dio a los científicos el conocimiento para fabricar los fármacos». ⁽¹²⁾ Estas ideas pueden aprovecharse como palancas en las intervenciones de consejería.

El afrontamiento religioso también actúa a través de mecanismos indirectos. En ancianos con diabetes tipo 2, la religiosidad no influye directamente en la calidad de vida, sino que ejerce sus efectos mediante el afrontamiento religioso y el apoyo social, que a su vez mejoran la adherencia farmacológica.⁽¹³⁾

Rechazo de intervenciones médicas específicas

Las creencias religiosas pueden traducirse en el rechazo de procedimientos concretos. El caso paradigmático es el de los Testigos de Jehová y la transfusión sanguínea: aunque la aversión transfusional suele presumirse, las preferencias del paciente y de la familia son heterogéneas y están moduladas por la conciencia individual, el contexto cultural y la interpretación de la doctrina.⁽¹⁴⁾ En hematología-oncología pediátrica, este escenario genera tensiones entre la autonomía emergente del adolescente, las creencias profundamente arraigadas y el estándar de cuidado, y exige valorar la profundidad y la apropiación personal de las creencias, aplicar estrategias de conservación de sangre y, en casos extremos, recurrir a la intervención legal para proteger el interés superior del menor.⁽¹⁴⁾

En el ámbito del trasplante y la donación de órganos, la interpretación religiosa modifica sustancialmente las actitudes.⁽¹⁵⁾ Algunas comunidades, como los Amish o la Ciencia Cristiana, pueden renunciar al tratamiento moderno por la creencia en la sanación espiritual; en el judaísmo ultraortodoxo persiste el debate sobre la muerte encefálica; y los Testigos de Jehová dejan la decisión al individuo, siempre que la sangre se elimine del órgano.^(15,16) Además, la desconfianza hacia el sistema sanitario y la desinformación contribuyen a menores tasas de consentimiento en determinadas minorías.⁽¹⁵⁾

Otras resistencias documentadas incluyen objeciones a la anticoncepción, las inmunizaciones y ciertos procedimientos quirúrgicos y de cribado por motivos religiosos, lo que evidencia el

amplio espectro de intervenciones que pueden verse afectadas.(9)

Religiosidad, estigma y búsqueda de atención

La influencia de las creencias sobre la búsqueda de ayuda es especialmente relevante en salud mental. En una muestra representativa de canadienses en situación de malestar psicológico, la necesidad percibida de atención y la búsqueda de tratamiento formal fueron menores entre las personas religiosas o espirituales, lo que sugiere que la religiosidad puede conceptualizarse erróneamente como un sustituto del tratamiento profesional.(17) Este efecto fue más marcado en minorías visibles y no inmigrantes.(17)

El estigma actúa como moderador clave de esta relación. En un estudio de musulmanes de 16 países árabes, la religiosidad se asoció positivamente con actitudes favorables hacia la búsqueda de ayuda en individuos con estigma bajo o moderado, pero negativamente en aquellos con alto estigma hacia la enfermedad mental.(7) Es decir, la creencia religiosa no obstaculiza por sí misma el acceso a la atención; lo hace cuando se combina con actitudes estigmatizantes, de modo que reducir el estigma comunitario puede fortalecer los efectos positivos de la religiosidad.(7)

Estos hallazgos matizan la idea simplista de que «más religiosidad» implica menor búsqueda de atención, y orientan hacia intervenciones que integren la dimensión religiosa en enfoques desestigmatizantes.(7,17)

Comunicación clínica y alianza terapéutica

La forma en que el clínico aborda —o ignora— las creencias del paciente condiciona la relación terapéutica. Datos abundantes muestran que los pacientes desean que sus médicos ayuden a atender sus necesidades espirituales, y que aquellos cuyas necesidades espirituales son satisfechas toman mejor las decisiones difíciles, están más satisfechos con su atención y reportan mejor calidad de vida.(10) Ignorar estos aspectos, en cambio, divorcia la práctica médica de un modo fundamental de experiencia y afrontamiento del paciente.(10)

La evidencia empírica confirma este vínculo. En pacientes de salud mental, las conversaciones sobre el malestar religioso con el personal de enfermería mostraron la asociación más fuerte con la alianza terapéutica entre catorce necesidades espirituales examinadas: quienes vieron atendida esta necesidad presentaron puntuaciones de alianza sustancialmente más altas que aquellos cuya necesidad quedó insatisfecha.(18)

Una alianza terapéutica sólida no solo mejora la aceptación de las intervenciones, sino que también permite desalentar prácticas peligrosas asociadas a la religión, como el rechazo del tratamiento, la vergüenza o el afrontamiento religioso negativo.(19) Incluso la farmacoterapia puede verse afectada por prácticas concretas —ayunos de Ramadán, restricciones de Cuaresma o Pésaj—, que el paciente puede ocultar por temor o desconocimiento de alternativas compatibles con su fe.(4)

Formación médica y competencia cultural

La mayoría de los pacientes desean que se les pregunte por sus creencias y que estas se incorporen a su tratamiento, pero muchos profesionales han evitado históricamente el tema por falta de formación.(4) El papel del médico consiste en indagar, evaluar y derivar cuando sea preciso, sin asumir la provisión directa de cuidado espiritual, que corresponde a los capellanes y otros especialistas.(10) Herramientas como el acrónimo «FICA» (Fe, Importancia, Comunidad, Abordaje) permiten realizar una evaluación espiritual rápida y respetuosa, evitando suposiciones basadas únicamente en la afiliación religiosa.(10,19)

La respuesta educativa está en desarrollo. Escuelas de medicina han integrado formación obligatoria y longitudinal en espiritualidad a lo largo de los cuatro años del currículo, con buena valoración por los estudiantes y mayor intención de realizar historia espiritual.(20) Una revisión de alcance sobre residentes halló que, si bien mantienen actitudes positivas sobre el papel de la espiritualidad —mejor relación terapéutica, adherencia y afrontamiento—, con frecuencia carecen del conocimiento y las habilidades para abordarla, además de asociarse el bienestar espiritual del propio residente con menor desgaste profesional.(21)

Estos datos evidencian una brecha persistente entre las expectativas del paciente y la preparación del clínico, cuya reducción constituye una condición necesaria para que las creencias religiosas dejen de ser un obstáculo y se conviertan en un recurso dentro de una atención centrada en la persona.(20,21)

CONCLUSIONES

Las creencias religiosas y espirituales actúan como una dimensión determinante e inherente a la experiencia del paciente, cuyo impacto en la práctica médica resulta ambivalente: mientras que un afrontamiento positivo y la asistencia a servicios religiosos ejercen un efecto protector al reducir la mortalidad, la depresión y el riesgo de suicidio, las interpretaciones negativas o estigmatizantes pueden devenir en un severo obstáculo clínico mediante el rechazo de tratamientos esenciales (como transfusiones sanguíneas y trasplantes), la falta de adherencia y el retraso en la búsqueda de atención. En consecuencia, su efecto no es intrínseco, sino que depende de la interacción entre el contexto cultural, el tipo de creencia y la enfermedad concreta. Para superar esta brecha, resulta imprescindible capacitar al personal de salud en sensibilidad y competencia espiritual mediante herramientas estandarizadas como el acrónimo FICA, fortaleciendo así la comunicación, la alianza terapéutica y la aceptación de las recomendaciones médicas dentro de un modelo de atención auténticamente centrado en la persona.

REFERENCIAS

1. Borges M, Lucchetti G, Leão FC, Vallada H, Peres MFP. Religious Affiliations Influence Health-Related and General Decision Making: A Brazilian Nationwide Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(6):2873. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph18062873>
2. Idler E, Jalloh MF, Cochrane J, Blevins J. Religion as a social force in health: complexities and contradictions. *BMJ*. 2023;382:e076817. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj-2023-076817>
3. Park CL, Masters KS, Salsman JM, et al. Advancing our understanding of religion and spirituality in the context of behavioral medicine. *J Behav Med*. 2017;40(1):39-51. doi:<https://doi.org/10.1007/s10865-016-9755-5>
4. Dike C, Briz L, Fadus M, et al. Resource Document on Ethics at the Interface of Religion, Spirituality, and Psychiatric Practice. American Psychiatric Association; 2021. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/getattachment/37142161-b62b-45c0-a990-4649b790d72d/Resource-Document-2021-Religion-Spirituality-and-Psychiatric-Practice.pdf>
5. Lynn CD, Schell LM. Why religion and spirituality are important in human biological research. *Am J Hum Biol*. 2024;36(12):e24106. doi:<https://doi.org/10.1002/ajhb.24106>
6. Lopez-Lopez JP, Allouch F, Hernandez-Quinones D, et al. Influence of perceived religious beliefs on cardiovascular health beliefs, behaviors and blood pressure management among hypertensive adults in Jamaica and Colombia. *J Hum Hypertens*. 2026. doi:<https://doi.org/10.1038/s41371-026-01205-x>
7. Fekih-Romdhane F, Daher-Nashif S, Stambouli M, et al. Mental illness stigma as a moderator in the relationship between religiosity and help-seeking attitudes among Muslims from 16 Arab countries. *BMC Public Health*. 2023;23(1):1671. doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-023-16622-7>
8. Klitzman R. Doctor, Will You Pray for Me? Responding to Patients' Religious and Spiritual Concerns. *Acad Med*. 2021;96(3):349-354. doi:<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003765>
9. Alim-Marvasti A, Jawad M, Ogbonnaya C, Naghieh A. Workforce diversity in specialist physicians: Implications of findings for religious affiliation in Anaesthesia & Intensive Care. *PLoS One*. 2023;18(8):e0288516. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288516>
10. Sulmasy DP. Physicians, Spirituality, and Compassionate Patient Care. *N Engl J Med*. 2024;390(12):1061-1063. doi:<https://doi.org/10.1056/NEJMp2310498>
11. Vyas KJ, Limneos J, Qin H, Mathews WC. Assessing Baseline Religious Practices and Beliefs to Predict Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy Among HIV-infected Persons. *AIDS Care*. 2014;26(8):983-987. doi:<https://doi.org/10.1080/09540121.2014.882486>
12. Azia IN, Nyembezi A, Carelse S, Mukumbang FC. Understanding the role of religious beliefs in adherence to antiretroviral therapy among Pentecostal Christians living with HIV in sub-Saharan Africa: a scoping review. *BMC Public Health*. 2023;23(1):1768. doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-023-16616-5>
13. Saffari M, Lin CY, Chen H, Pakpour AH. The role of religious coping and social support on medication adherence and quality of life among the elderly with type 2 diabetes. *Qual Life Res*. 2019;28(8):2183-2193. doi:<https://doi.org/10.1007/s11136-019-02183-z>
14. Weaver MS, Takemoto C, Johnson LM. How I Treat Pediatric Hematology-Oncology Patients From Families Identifying as Jehovah's Witnesses. *Blood*. 2026. doi:<https://doi.org/10.1182/blood.2026033728>
15. Pai SL, Izzy M, Chieh AKW, et al. Cultural Influences, Considerations, and Challenges for Organ Donation and Liver Transplantation Around the World. *Clin Transplant*. 2025;39(8):e70252. doi:<https://doi.org/10.1111/ctr.70252>
16. Da Silva IR, Frontera JA. Worldwide Barriers to Organ Donation. *JAMA Neurol*. 2015;72(1):112-118. doi:<https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2014.3083>
17. Akther A, Landry B, Elton-Marshall T, Colman I. Religion/Spirituality, Perceived Need for Care, and Treatment-Seeking Behaviour in a Sample of Distressed Canadians. *J Affect Disord*. 2025;381:183-189. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.03.203>
18. Van Nieuw Amerongen-Meeuse JC, Schaap-Jonker H, Anbeek C, Braam AW. Religious/spiritual care needs and treatment alliance among clinical mental health patients. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2021;28(3):370-383. doi:<https://doi.org/10.1111/jpm.12685>
19. Dike C, Briz L, Fadus M, et al. Resource Document on The Interface of Religion, Spirituality, and Psychiatric Practice. American Psychiatric Association; 2020. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/getattachment/e79baf6e-f7a8-4e40-82ad-0a20d609f541/Resource-Document-2020-Interface-Religion-Spirituality-Psychiatric-Practice.pdf>
20. Fleenor DW, Atkinson HG, Karani R, et al. An Innovative Approach for Integrating Mandatory, Longitudinal Spirituality Training Into the Medical School Curriculum. *Acad Med*. 2022;97(2):215-221. doi:<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000004494>
21. Chow HHE, Chew QH, Sim K. Spirituality and Religion in Residents and Inter-Relationships With Clinical Practice and Residency Training: A Scoping Review. *BMJ Open*. 2021;11(5):e044321. doi:<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044321>

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de esta investigación.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Redacción - borrador original: Laura Beatriz Fernández Feitó, Mariam Alejandra González González, Andy Alonso Pazos, Lauren Beatriz González Claro.

Redacción - revisión y edición: Laura Beatriz Fernández Feitó, Mariam Alejandra González González, Andy Alonso Pazos, Lauren Beatriz González Claro.