

Atención de las necesidades espirituales y religiosas de pacientes por personal de salud. Un modelo basado en el acompañamiento espiritual

Marcelo Fonseca C.¹

¹Servicio de Cirugía Plástica y Quemados, Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, Iquique, Chile.

Recepción 2021-05-13, aceptado 2021-07-12

Correspondencia a:
Dr. Marcelo Fonseca C.
mfon777@hotmail.com

Attention to the spiritual and religious needs of patients by health personnel. A model based on spiritual accompaniment

In the search for comprehensive, dignified and more humane care, the spiritual and religious aspects have regained their importance in health care. Furthermore, the multiple associated clinical benefits must also be taken into account. However, the care of spiritual and religious needs, historically undertaken by religious chaplains and spiritual guides, have gradually become considered part of the obligations of the health teams, in spite of their reluctance and without a clear way on how to do it. The objective of this work is to present the importance of attending to the spiritual and religious needs in health care and a care model based on spiritual accompaniment.

Key words: health care; spirituality; religion; spirituality and health; religion and health; spiritual care.

Resumen

Los aspectos espirituales y religiosos han retomado su importancia en la atención de salud, en la búsqueda de una atención integral, digna y más humana, teniendo en cuenta además, los múltiples beneficios clínicos asociados. Sin embargo, el cuidado de las necesidades espirituales y religiosas, históricamente asumidas por capellanes religiosos y guías espirituales, actualmente, en forma paulatina, son considerados parte de las obligaciones de los equipos de salud, no sin la reticencia de los mismos y sin una manera clara de cómo hacerlo. El objetivo del presente trabajo es presentar la importancia de la atención de las necesidades espirituales y religiosas en el cuidado de salud y un modelo de atención basado en el acompañamiento espiritual.

Palabras clave: atención de salud; espiritualidad; religión; espiritualidad y salud; religión y salud; cuidados espirituales.

Conozca todas las teorías, domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana sea apenas otra alma humana.

Carl Gustav Jung

Introducción

La espiritualidad y religión son parte fundamental de la vida cotidiana de muchas personas. Estos dos términos no son sinónimos, siendo el primero relacionado con la búsqueda de significado, propósito y conexión consigo mismo, con los otros, con la naturaleza y lo sagrado y, el segundo, asociado a un conjunto de creencias y dogmas que incluyen

prácticas y rituales relacionados con lo divino¹⁻⁴. La espiritualidad es difícil de medir, pero la creencia en Dios en el mundo occidental, según un estudio del *International Social Survey Programme*, varía entre el 40-100%⁵. En Chile, la encuesta del Centro de Estudios Públicos (CEP) 2018, muestra que el 86% de los chilenos cree en Dios y el 76% pertenece a alguna denominación religiosa⁶. La influencia de la espiritualidad en general y de la religión, en particular en la salud de las personas, ha sido ampliamente documentada y cada vez más estudiada y aceptada, pero todavía no queda claro quién y cómo se deben manejar las necesidades espirituales de los pacientes, pues por un lado los pacientes exigen cada vez más su atención. El equipo de salud rehúye de esta

responsabilidad justificándolo con que no son parte de sus obligaciones, no tienen el tiempo suficiente, no están capacitados y evitan conversar temas incómodos, recayendo habitualmente esta responsabilidad en los capellanes, equipos pastorales y guías espirituales. Sin embargo, médicos, enfermeras y cualquier profesional de la salud desempeñan roles igualmente importantes en la detección, derivación y atención de estas necesidades^{7,8}.

Contexto histórico

Si revisamos la historia, en los albores de la medicina, la enfermedad era considerada como un castigo de los dioses, en contraposición a la salud, la cual era un don de los mismos; el tratamiento era un rito mágico y el médico cumplía una labor sacerdotal. Personajes como los chamanes, curanderos y hechiceros combinaban el liderazgo espiritual y el cuidado de la salud de sus comunidades. Esta interpretación mágico-religiosa del proceso salud enfermedad, cambia paulatinamente recién en Grecia con el inicio de la llamada medicina científica, adoptando una explicación racional de la enfermedad y separando, progresivamente, la medicina de la espiritualidad y la religión. Sin embargo, en la edad media, la Iglesia cristiana declara la unión indivisible del cuerpo y el alma en el hombre, teniendo además los sacerdotes la responsabilidad del cuidado de los enfermos y encontrándose a los médicos más distinguidos dentro de las órdenes religiosas. En el renacimiento, en el mundo occidental, nuevamente, se desarrolla una visión dicotómica y antagónica: religión y ciencia, espiritual *versus* material; hecho que en otras culturas, principalmente orientales, no ocurre⁹⁻¹¹. En la histórica visión dualista del hombre (cuerpo/espíritu) la asistencia espiritual se entrega en forma separada de la asistencia del cuerpo, ocupándose el médico de una parte y el sacerdote de otra, reconociéndole a la espiritualidad la única función de consolar e intervenir cuando la medicina científica y tecnológica no puede hacer nada más para curar la enfermedad¹².

Enfermedad, espiritualidad y religión

Actualmente, la enfermedad es definida por la medicina como *“una entidad clínica estructurada, caracterizada por una combinación de síntomas y signos que la definen y diferencian de otras”*, pero percibida por los pacientes como *“algo ajeno y de lo cual quisieran desprenderse, que los atemoriza y que les impide realizar aquello que*

*desean hacer”*¹³. La enfermedad, como experiencia vital, necesariamente produce una pérdida de control sobre diversas situaciones y una búsqueda de sentido, significado, trascendencia y de curas sobrenaturales, lo que genera un mayor interés y apego a lo espiritual y también a lo religioso, apareciendo conceptos nuevos como la sanación, la cual se refiere a la *“habilidad de una persona para encontrar solaz, consuelo, conexión, significado y propósito en medio del sufrimiento, la desazón y el dolor”*¹⁴, pero poniendo de manifiesto el prejuicio y dicotomía entre las ciencias, frente a las humanidades y los imperativos de la cura de la enfermedad, frente al alivio del sufrimiento. Por otra parte, la clásica y conocida definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la define como *“un estado de perfecto bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”*¹⁵. Si bien es cierto es de gran utilidad para entender la salud como una realidad compleja, con los años va quedando obsoleta al comprender que existen otros componentes como la espiritualidad que afectan la salud, contribuyendo o impidiendo el estado de perfecto bienestar^{16,17}. Al agregar a la definición de salud el aspecto espiritual, aparece el modelo biopsico-social-espiritual, el cual describe dimensiones distintas de la persona, ninguna de las cuales puede ser separadas del todo, pero que toman mayor importancia según las circunstancias y se hace cargo del reclamo de la deshumanización de la medicina producto, principalmente, de la atención incompleta o poco digna de las personas¹⁸⁻²¹.

Contexto clínico

La mayoría de las publicaciones que muestran una relación entre espiritualidad, religión y salud están orientados a la salud mental, entendiendo además que hay una superposición sustancial entre las necesidades espirituales y emocionales y, la atención de las primeras, incluye habitualmente a las segundas; pero en relación a la salud física se ha sugerido que una mayor espiritualidad y religión se asocia con una menor mortalidad, menor dolor, niveles más bajos de presión arterial, mejor funcionamiento del sistema inmunológico y mayor calidad de vida²²⁻²⁵. Por otra parte, hay que tener en cuenta que para muchas personas, particularmente la religión puede: a) provocar la sensación que la enfermedad es un castigo divino por los pecados cometidos; b) impide aceptar la ayuda médica y c) la existencia de un anhelo de resolver la enfermedad exclusivamente por medios espirituales y religiosos.

DOCUMENTOS

La exploración y atención de las necesidades espirituales y religiosas permite por un lado obtener información que eventualmente puede alterar el curso de la enfermedad, pero a su vez tener un impacto implícito o explícito sobre la dinámica de la relación entre el paciente y los profesionales de salud²⁶.

Un estudio de satisfacción usuaria realizado por *The Joint Commission* a 1.732.562 pacientes entre enero de 2001 y diciembre de 2001, reveló una fuerte relación entre el grado en el cual el personal de salud atendía las necesidades emocionales/espirituales y la satisfacción general del paciente, en donde destacaban: a) la respuesta del personal a las preocupaciones/quejas; b) el esfuerzo del personal para incluir a los pacientes en las decisiones sobre el tratamiento; y c) la sensibilidad del personal a los inconvenientes que los problemas de salud y hospitalización pueden causar⁷. Por otra parte, la mala atención interpersonal aumenta el riesgo de negligencias y de juicios médicos, donde la principal queja es el abandono, la falta de respuestas a sus preguntas y el mal trato. Desde el punto de vista financiero, los pacientes hospitalizados que desarrollan cuadros depresivos, tienen hospitalizaciones más prolongadas, utilizan más recursos hospitalarios, generando un aumento subsecuente de los costos²⁷.

Necesidades espirituales

Estudios muestran que la mayoría de los pacientes hospitalizados piensa que la salud espiritual es tan importante como la salud física y que los profesionales de salud deben considerar las necesidades espirituales como parte de la atención médica^{28,29}. La evaluación e identificación de estas necesidades puede realizarse de manera informal en el trato cotidiano, mediante la escucha activa o formal, con preguntas específicas para determinar si los aspectos espirituales y religiosos desempeñan algún rol en la enfermedad alternativas terapéuticas y recuperación. Para explorar estas necesidades se deben: a) realizar preguntas abiertas (¿tiene alguna idea de por qué ocurre esto?); b) estimular al paciente a expresarse (cuénteme más sobre eso); c) reconocer y normalizar las preocupaciones del paciente (muchos pacientes hacen este tipo de preguntas), y d. utilizar comentarios enfáticos (¿como se siente con respecto a...?)³⁰. Es importante destacar, que a medida que el paciente tenga más confianza en el equipo de salud, es más probable que discuta estas necesidades y que el momento adecuado debe ocurrir teniendo en cuenta la jerarquía de necesidades

de Maslow (físicas, mentales, espirituales)³¹. Existen varias encuestas que permiten al personal de salud evaluar y objetivar estas necesidades, posibilitando la discusión de otros temas importantes, destacando la *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spirituality (FACIT-sp)*, *Spiritual Care Needs Inventory (SCNI)*, *Patients Spiritual Needs Assessment Scale (PSNAS)* y la encuesta HOPE, pero la mayoría deben ser adaptados a la realidad cultural específica³²⁻³⁵. La encuesta HOPE (esperanza) no ha sido validada como encuesta de investigación, pero permite tener un acercamiento inicial con los temas de espiritualidad y religión (Tabla 1).

Particularmente, para los pacientes oncológicos terminales, Taylor describió siete categorías generales: 1) la necesidad de relacionarse con otros; 2) la necesidad de positividad, esperanza y gratitud; 3) la necesidad de dar y recibir amor; 4) la necesidad de revisar las creencias; 5) la necesidad de tener significado; 6) la necesidad de la religiosidad; y 7) la necesidad de prepararse para la muerte³⁶.

Aspectos éticos

Para Puchalski, el médico tiene la obligación ética de atender los aspectos espirituales de sus pacientes, pues solo de esta forma se puede conseguir una atención integral, respetando los principios de beneficencia, autonomía y dignidad, describiendo además los requisitos éticos para una correcta atención en el ámbito de la salud, los cuales fueron resumidos por Salas: a) prevenir cualquier acto de proselitismo; b) respetar los límites emocionales y espirituales de los pacientes; c) respetar la confidencialidad e intimidad de la relación médico paciente; d) respetar los límites profesionales y derivar al capellán a los pacientes con problemas espirituales; e) respetar la solicitud de los pacientes de rezar o participar de actos religiosos con sus médicos^{19,37} (Tabla 3).

Aspectos legales

En la mayoría de los países, la recepción de los cuidados espirituales y religiosos es un derecho garantizado por ley. Por ejemplo las leyes chilenas, en concordancia a los lineamientos de la OMS que reconocen el derecho a la atención espiritual como una dimensión de la calidad de vida, regulan a través de diversas normas la asistencia espiritual en la atención de salud; la Ley 20.584 señala en uno de sus incisos: “toda persona que lo solicite tiene derecho

Tabla 1. Cuestionario HOPE: Fuente Anandarajah et al.³²

H: Fuentes de esperanza, significado, bienestar, fuerza, amor y conexión <i>¿Qué es lo que le da fuerza interior?</i> <i>¿Cuáles son sus fuentes de esperanza, fuerza, consuelo y paz?</i> <i>¿A qué se aferra en los momentos difíciles de la vida?</i> <i>¿Qué es lo que lo sostiene y lo mantiene en marcha?</i> <i>Para algunas personas sus creencias religiosas o espirituales actúan como una fuente de consuelo y fuerza en los momentos difíciles de la vida. ¿Es eso cierto para usted?</i> <i>Si la respuesta es sí pasar a las preguntas O y P. Si la respuesta es no considere preguntar: ¿fue alguna vez? Si la respuesta es sí preguntar: ¿qué ha cambiado?</i>
O: Religión organizada <i>¿Se considera parte de una religión organizada?</i> <i>¿Qué importancia tiene para usted?</i> <i>¿Qué aspectos de su religión son útiles para usted?</i> <i>¿Es parte de un comunidad religiosa o espiritual?</i> <i>¿Cómo le ayuda con su enfermedad?</i>
P: Prácticas espirituales personales <i>¿Tiene creencias espirituales independientes a su religión organizada?, ¿cuáles?</i> <i>¿Cree en Dios?</i> <i>¿Qué tipo de relación tiene usted con Dios?</i> <i>¿Qué aspectos de sus prácticas espirituales son más útiles para usted? (por ejemplo oración, meditación, lectura de las escrituras, asistir a servicios religiosos, escuchar música, ir de excursión, estar en comunión con la naturaleza)</i>
E: Efectos de la asistencia médica y problemas al final de la vida <i>¿Cómo su enfermedad, o situación actual, le ha afectado para realizar las actividades que le ayudan espiritualmente?</i> <i>¿Cómo ha afectado su relación con Dios?</i> <i>Como médico, ¿hay algo que pueda hacer para ayudarle a acceder a los recursos o actividades que por lo general le ayudan?</i> <i>¿Está preocupado por los conflictos entre sus creencias y su situación/atención/decisiones médicas?</i> <i>¿Sería útil para usted poder hablar con un capellán o líder espiritual de su comunidad?</i> <i>¿Existen prácticas o restricciones específicas que deba saber en relación con la prestación de la atención médica? (restricciones en la dieta, uso de hemoderivados, etc.).</i> <i>Si es un paciente terminal: ¿cómo sus creencias afectan el tipo de atención médica que le gustaría recibir en los próximos días/semanas/meses?</i>

Tabla 2. Etapas para iniciar el acompañamiento espiritual. Benito et al.⁴³

a. Establecer una relación de confianza y un vínculo terapéutico
b. Identificar el sufrimiento
c. Identificar las causas del sufrimiento
d. Intentar resolver o desactivar las amenazas que puedan resolverse
e. Explorar los recursos y capacidades del paciente para trascender su sufrimiento
f. Intervención compasiva, orientando al paciente hacia la búsqueda de una visión transcendida de lo que percibe como amenaza.

Tabla 3. Requisitos éticos para una correcta atención espiritual y religiosa en salud. Salas et al.¹⁹

Prevenir cualquier acto de proselitismo
Respetar los límites emocionales y espirituales de los pacientes
Respetar la confidencialidad e intimidad de la relación médico paciente
Respetar los límites profesionales y derivar al capellán los pacientes con problemas espirituales
Respetar la solicitud de los pacientes de rezar o participar de actos religiosos con sus médicos.

DOCUMENTOS

a recibir, oportunamente y en conformidad a la ley, consejería y asistencia religiosa o espiritual”³⁸. El artículo 13º, del decreto 94, señala: *El equipo médico tratante podrá sugerir asistencia religiosa y/o espiritual para aquellos pacientes que se encuentren sometidos a circunstancias especiales, tales como las siguientes:*

- a. *Que manifiesten restricciones religiosas a ciertos alimentos y tratamientos médicos;*
- b. *Que expresen intensas dificultades emocionales tales como temor, ansiedad marcada, agitación;*
- c. *Que se manifiesten deprimidos, con pensamientos suicidas, o deseos manifiestos de morir;*
- d. *Que presenten conductas de no-cooperación, beligerancia, rechazo a procedimientos clínicos;*
- e. *Que deban ser sometidos a cirugías de alta complejidad, con riesgo vital, amputaciones, secuelas deformantes o largas convalecencias;*
- f. *Que deban recibir noticias de alto impacto de parte de su familia, tales como defunción de algún integrante de ésta.*

*Los profesionales del equipo de salud del mismo establecimiento hospitalario que hayan recibido formación adecuada para ello podrán entregar asistencia espiritual cuando así fuere solicitado por el paciente o su familia*³⁹.

Acompañamiento espiritual

El aforismo de “no hablar de política, fútbol y religión” destinado a mantener y promover relaciones armónicas entre las personas, parece guiar muchas veces la relación médico-paciente, pero como en décadas pasadas se desmitificó la exploración en profundidad de la sexualidad, dados los antecedentes antes nombrados, es importante poner la espiritualidad y religión como aspectos importantes en la atención de los pacientes⁴¹. Un modelo propuesto para dicho fin es el acompañamiento espiritual. La etimología de la palabra acompañar proviene del latín y está compuesta por dos términos *cum* y *panis*, que significan comer del mismo pan. Este hecho, en épocas antiguas, era un signo de formar parte de una comunidad –que compartía el pan- lo cual creaba y renovaba este vínculo. Por otro lado, lo espiritual es aquello perteneciente o relativo al espíritu y la palabra espíritu proviene del latín *spiritus* y significa soplo, aliento. La historia clásica que refleja lo que significa el acompañamiento espiritual, es aquella ocurrida en el camino a Emaús. En ésta, dos personas caminaban tristes, conversando sus problemas, cuando se les unió en el camino una tercera

persona con la cual compartieron sus penas; luego de haberlos escuchado, esta tercera persona aclaró sus dudas, los guió en su búsqueda de significado y propósito y llegado a destino, sentados en la mesa, tomó el pan, lo partió y les dio, desapareciendo de la vista de ellos⁴². Si bien es cierto esta historia es sacada del relato bíblico, la religión no es sinónimo de espiritualidad y el acompañamiento religioso no es lo mismo que el acompañamiento espiritual.

Benito define el acompañamiento espiritual como “la práctica de reconocer, acoger y dar espacio al diálogo interior de aquel que sufre, para que él mismo pueda dar voz a sus preguntas y dar vida a sus respuestas”, proponiendo un modelo para el personal de salud que acompaña basado en la hospitalidad, la presencia y la compasión⁴³.

- a. Hospitalidad: Se traduce del griego *filoxenia*, que, literalmente, significa amor (afecto, bondad) a los extraños, teniendo como idea principal en que el anfitrión responde a las necesidades de las personas que están temporalmente fuera de sus casas. Esto permite a los pacientes tener un espacio de serenidad, confianza, donde se pierde el miedo, trascendiendo y dándole un significado al proceso de enfermedad.
- b. Presencia: El profesional de salud tiene un poder terapéutico incluso con su sola presencia, pero debe además desarrollar una conexión empática para facilitar el proceso narrativo del enfermo.
- c. Compasión: Se refiere al acto en favor del otro para aliviar su sufrimiento, no es una emoción, sino una acción. Se le debe hacer sentir al paciente que no está solo en el proceso.

El acompañante ideal, no solo debe poseer las tres características antes nombradas sino debe reflejar un interés genuino por el otro, no discriminación, ayuda desinteresada, respeto, reconocimiento del otro y el compromiso de no abandono, entre otras cosas. Los pasos para iniciar el acompañamiento espiritual son: a. establecer una relación de confianza y un vínculo terapéutico, b. identificar el sufrimiento, c. identificar las causas del sufrimiento, d. intentar resolver o desactivar las amenazas que puedan resolverse, e. explorar los recursos y capacidades del paciente para trascender su sufrimiento, f. intervención compasiva, orientando al paciente hacia la búsqueda de una visión transcendida de lo que percibe como amenaza (Tabla 2).

Es por esto que los profesionales de salud necesitan una formación académica, que no solo se centre en el control de síntomas físicos, en el marco de una relación por un lado cada vez más especializada, impersonal y solo contractual, si no con la

enseñanza y desarrollo de habilidades que permitan generar relaciones de confianza y comprensión que permitan en un nivel básico detectar las necesidades espirituales y derivarlas para su atención⁴⁴.

Unidades de acompañamiento espiritual

Como se ha mencionado antes, históricamente la atención espiritual en los recintos hospitalarios recaía en forma exclusiva en los capellanes, marcados por el predominio religioso, el cual enfrentó con los años un complejo modelo de transición hacia un modelo plural y ecuménico^{45,46}. En muchos países, bajo el amparo de la Ley, nacen las unidades de acompañamiento espiritual, las cuales son creadas para la coordinación de actividades de asistencia espiritual y religiosa dentro de los recintos hospitalarios, destacando su carácter ecuménico, con la misión principal de canalizar y dar asistencia a las necesidades espirituales de los enfermos, familiares y funcionarios de salud⁴⁷.

Conclusiones

El acompañamiento espiritual y la atención de

las necesidades espirituales y religiosas de los pacientes por parte del equipo de salud, los cuales no están obligados a atenderlas, pero sí a detectarlas y derivarlas oportunamente a las unidades de acompañamiento espiritual, permite otorgar una atención integral y holística de salud, lo cual genera múltiples beneficios clínicos, humanizando y dignificando la atención de salud. Como resume el aforismo oriental, para curar hay que acompañar y acompañar es curar. Por otra parte la espiritualidad debería ser considerada como un componente más de la definición de salud.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Bibliografía

- Koenig H. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012;1-33.
- Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. La mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos: el informe de la Conferencia de Consenso. *Med Paliativa*. 2011;18:20-40.
- Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 22.a ed. Madrid, España: Espasa; 2001.
- Koenig H, King D, Carson V. *Handbook of religion and health*. 2nd ed New York, NY, USA: Oxford University Press; 2012.
- Lehmann C. ¿Cuán religiosos somos los chilenos? Mapa de la religiosidad en 31 países. *Estudios Públicos*. 2002;85:21-40.
- Centro de Estudios Públicos. Encuesta 2018. Religión. Santiago, Chile.
- Clark P, Drain M, Malone M. Addressing patients' emotional and spiritual needs. *The Joint Commission Journal on Quality and Safety*. 2003;29:659-70.
- Oliver, E. Conferencia inaugural. I Jornadas de humanización y ética en Atención Primaria, fml. 2012; 16 Supl1:51p.
- Piñera B. El médico y la muerte. *ARS Méd*. 2000;2:59-63.
- Guirao-Goris J. La espiritualidad como dimensión de la concepción holística de salud. *ENE Revista de Enfermería*. 2013;7(1).
- Masiá Clavel, J. Cuerpo, mente y salud en el budismo CHIH-I (o ZHI-YI, autor chino del siglo VI). *Thémata. Revista de Filosofía*. 200; 39:387-9.
- Magliozzi Pietro. De la salud biológica a la salud biográfica. *Humanización y salud*. Ediciones Universidad Católica de Chile. 2006. Santiago, Chile.
- Goic A. ¿Qué es enfermedad?. En: Goic A. *El fin de la medicina*. Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo Ltda.; 2000. p. 76-83.
- Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *Journal of palliative medicine*. 2009;12:885-904.
- Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1948) [Documento en línea]. Disponible: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf.
- Moreno, G. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación* 2008;9: 93-107.
- Fonseca M. Importancia de los aspectos espirituales y religiosos en la atención de pacientes quirúrgicos. *Rev Chil Cir*. 2016;68:258-64.
- Lorenzo David. La espiritualidad en la humanización de la asistencia sanitaria. *Revista Iberoamericana de Bioética* 2018;8:1-11.
- Salas C, Taboada P. Espiritualidad en medicina: análisis de la justificación ética en Puchalski. *Rev Med Chile* 2019;147:1199-205.
- Sulmasy D. A biopsychosocial-spiritual

DOCUMENTOS

- model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist* 2002;42s3: 24-33.
21. Ledesma A, Lena M. Ejercicio clínico y espiritualidad. *Anales de Psicología* 2007;23:125-36.
22. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *Journal of palliative medicine* 2009;12:885-904.
23. Koenig H. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry* 2012;278730. Published online 2012 Dec 16. doi: 10.5402/2012/278730
24. Koenig H, King D, Carson B. *Handbook of religion and health* (2nd ed.). 2012. New York, NY: Oxford University Press. Duarte A, Lucchetti G, Teixeira P, Rigatto, K. Spirituality and religiosity are associated with quality of life in patients with lung disease. *J Relig Health* 2020;59:1843-54.doi: 10.1007/s10943-018-0735-7.
25. Taylor D, Mulekar M, Luterman A, Meyer F, Richards W, Rodning C. Spirituality within the patient-surgeon relationship. *J Surg Educ.* 2011;68:36-43.^[1]
26. Hickson G, Wright E, Entman S, Miller C, Githene P. Whetten-Goldstein K, et al. Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. *JAMA* 1994;272:1583-7.
27. King DE, Bushwick B. Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *J Fam Pract.* 1994;39:349-52.
28. Williams J, Meltzer D, Arora V, Chung G, Curlin F. Attention to inpatients religious and spiritual concerns: Predictors and association with patient satisfaction. *J Gen Intern Med.* 2011;26:1265-71.
29. Lo B, Ruston D, Kates L, Arnold R, Cohen C, Faber-Langendoen K, et al. Discussing religious and spiritual issues at the end of life: a practical guide for physicians. *JAMA* 2002;287:749-54.
30. Seddigh R, Keshavarz-Akhlaghi AA, Azarnik S. Questionnaires measuring patients' spiritual needs: A narrative literature review. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences. Iran J Psychiatry Behav Sci.* 2016;10:e4011. doi: 10.17795/ijpbs-4011.
31. Anandarajah G, Hight E. Spirituality and medical practice: Using the HOPE questions as a practical tool for spiritual assessment. *Am Fam Physician.* 2001;63:81-8.
32. Peterman AH, Fitchett G, Brady MJ, Hernandez L, Cella D. Measuring spiritual well-being in people with cancer: the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). *Ann Behav Med.* 2002;24:49-58.
33. Hermann C. Development and testing of the spiritual needs inventory for patients near the end of life. *Oncol Nurs Forum* 2006;33:737-44.
34. Galek K, Flannelly KJ, Vane A, Galek RM. Assessing a patient's spiritual needs: a comprehensive instrument. *Holist Nurs Pract.* 2005;19:62-9.
35. Taylor EJ. Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. *Cancer Nurs.* 2003;26:260-6.
36. Puchalski C, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus. *J Palliat Med.* 2014;17:642-56.
37. Ministerio de Salud, Sub Secretaría de Salud Pública. Ley N° 20584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud 2012.
38. Ministerio de Salud. Reglamento sobre asistencia religiosa en recintos hospitalarios. Decreto 94, 2007. Publicado en el diario oficial 17.09.08.
39. Josephson A, Peteet J. Talking with patients about spirituality and worldview: Practical interviewing techniques and strategies. *Psychiat Clin N Am.* 2007;30:181-97.^[1]
40. Koenig H. Religion, spirituality, and health: The research and clinical implications. *ISRN Psychiatry* 2012;1-33.
41. De Reina C, de Valera C. *La Santa Biblia: Antiguo y Nuevo Testamentos: versión Reina-Valera, revisión de 1960.* Asunción-Bogotá-Buenos Aires-Caracas: Sociedades Bíblicas en América Latina 1964.
42. Benito E, Barbero J, Payás A. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta. SECPAL. Madrid: Arán Ed.; 2008.
43. Ortiz A, Beca JP, Salas P, Browne F, Salas C. Acompañamiento del enfermo: Una experiencia de aprendizaje sobre el significado de la enfermedad. *Rev Med Chile* 2008;136:304-9.
44. Bernardo L. De la capellanía a la asistencia religiosa: el campo religioso portugués en los hospitales. *Sociedad y religión* 2016;26:181-200.
45. Irrazábal G. Procesos de institucionalización del servicio de capellanía y la asistencia espiritual no católica para hospitales públicos de Argentina. *Salud colectiva* 2018;14:355-71.
46. Magliozzi P, Alvear J. Acompañar al enfermo en el proceso de su enfermedad. En: *Vademécum para acompañar enfermos de modo personalizado* 2008.