



03/

Sobre el ser humano, la ética y la espiritualidad en la salud.

Ángeles C. López-Tarrida,

Médico.

Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias.

Hospital San Juan de Dios Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

La vida está hecha de experiencias que van transformando a la persona constantemente, expuesta a estímulos y vicisitudes que provocan una continua adaptación y que le muestra su propia vulnerabilidad. La interconexión global, los avances científico-técnicos, los movimientos migratorios y la heterogeneidad cultural engendran un mundo incierto e inestable.

La Medicina, que evoluciona pareja a esta realidad, también está sometida a estos influjos, y es contingente que dé una respuesta y amplíe su mirada a la hora de escuchar las necesidades de la persona cuando en este contexto actual solicita atención clínica.

¿Qué nos define como ser humano? ¿Qué se trastoca en la adversidad de una crisis existencial producida por la enfermedad, la pérdida o ante los últimos días de vida? En este escenario, la pérdida de sentido y significado vital trasciende más allá de un componente filosófico y sólo abordable en la intimidad de la persona, sino que afecta en la toma de decisiones clínicas y supone un factor decisivo en el afrontamiento de la enfermedad y la muerte en el entorno clínico.

La clave tal vez está en el cuidado de la dimensión espiritual que se muestra como necesidad que atender y cuidar, pero también como fuente permanente de recursos para enfrentarse a las dificultades venideras.

Palabras clave: Espiritualidad, Humanización, Profesional sanitario, Ética, Bioética

Life is made up of experiences that are constantly transforming the person, exposed to stimuli and vicissitudes that provoke a continuous adaptation and show their own vulnerability. Global interconnection, scientific and technical advances, migratory movements and cultural heterogeneity create an uncertain and unstable world.

Medicine, which is evolving along with this reality, is also subject to these influences, and it is contingent that it should respond and broaden its outlook when listening to the needs of the person in this current context when seeking clinical care.

What defines us as human beings, what is disrupted in the adversity of an existential crisis brought about by illness, loss or the last days of life? In this scenario, the loss of meaning and significance of life transcends a philosophical component that can only be addressed in the privacy of the individual, but affects clinical decision-making and is a decisive factor in coping with illness and death in the clinical setting.

Perhaps the key lies in the care of the spiritual dimension, which is shown as a need to be attended to and cared for but also as a permanent source of resources to face the difficulties to come.

Key words: Spirituality, Humanization, Health professional, Ethics, Bioethics.

Contrasta con los milenios que precisó para entender, discernir, adaptarse al mundo y asentar su identidad.

Un entorno en el cual repercute esta influencia voluble es el sanitario. Éste ha tenido un gran empuje y desarrollo gracias a los descubrimientos de la ciencia y las mejoras de instrumentos técnicos que han aumentado la precisión y la eficacia de los diagnósticos y tratamientos.

El método científico y la medicina basada en la evidencia aportan rigor y generan protocolos establecidos que casi sin reflexión alguna mecanizan las respuestas y los resultados provocando a su vez que el sistema sea rígido. Sin embargo, ciencia y tecnología no son siempre infalibles y mucho menos en cuestiones relacionadas con las personas.

Al mismo tiempo, los sistemas sanitarios se ven influidos por cambios sociales supeditados a los movimientos migratorios, al intercambio cultural y a la pluralidad axiológica que ha traído la globalización, volviéndolo más complejos por el influjo de factores e intereses tanto sociales como económicos.

Para la persona, el abordaje de su salud ya no es sólo cuestión de una alteración biológica que hay que reestablecer, sino que se unen otros aspectos que abarcan desde la interpretación mental de lo que le ocurre, el sentido que atribuye al mismo o cómo afecta al rol que se ha granjeado en la sociedad.

En el ámbito sanitario, tener orden y concierto basado en normas y reglas hace que se pueda tener una falsa idea de control al nombrar, identificar y medir todos los elementos de cualquier ecuación que se ponga por delante; lo cierto es que en la mayoría de los casos existen imponderables y cuestiones no medibles a las que hay que atenerse. Los registros, los estándares y las evidencias campan a sus anchas originando un contexto en el que, si no hay pruebas, demostraciones y certezas de algo, no existe porque no es tangible.

Miles de años de evolución se sucedieron para que el ser humano se convirtiera en el individuo que es hoy en día.

Debieron ocurrir infinidad de cambios y procesos integrados y paulatinos en el transcurso de cientos de años a nivel fisiológico, social y cultural para que el ser humano descubriera que su relación con el entorno no sólo se basaba en lo que éste le proporcionara, sino que también podía ser modificado, mejorado y puesto a su servicio.

Su inquietud por conocer el mundo y su inventiva para crear nuevas cosas le sirvieron a la hora de afrontar los retos y las preguntas que esta interacción provocaba. Fue desarrollando conocimiento como ciencia e instrumentos de los que valerse como técnica.

Mientras, las cuestiones derivadas de los porqués y los para qué de su existencia le fueron acompañando a lo largo de su devenir. Ciencia y tecnología, ambos signos de civilización y de saber adquirido desde la observación, favorecieron que se explicara lo que acontecía incluso aquello que ocurría en su propio cuerpo.

El ser humano hoy, se enfrenta a un ritmo vertiginoso en el que la ciencia y la tecnología, parecen haber tomado el mando. En apenas cien años, la velocidad de avance de los conocimientos científicos y del progreso tecnológico originan un recambio constante de pareceres y perspectivas lo cual hace que el ser humano experimente una existencia lábil e inestable.

En verdad, cuando una persona en la vorágine del día a día, en la que sus roles la condicionan, con una visión personal y propia de lo que es su existencia, sufre el impacto de una enfermedad, necesita certezas, y la ciencia y la técnica ayudan a esta cuestión. No obstante ¿qué sucede cuando hay interrogantes que no son posibles de contestar con tanta rigurosidad y que quedan en suspenso?

Ocurre que el sistema de salud creado por, para y alrededor del ser humano, cuyo fin es la mejora de su calidad de vida y el afrontamiento de la enfermedad, lo ha dejado relegado pasando a un segundo e incluso tercer plano en cuestiones que le incumben de forma directa. Esta coyuntura le puede llegar a generar aún mayor sufrimiento al centrarse sólo en los datos que se obtienen y los registros que aportan información objetiva sin considerar aquello que no es visible.

La persona, cuando enferma, no es solo un campo de experimentación, de toma de datos y de comprobaciones, sometida al trajín de pruebas diagnósticas y tratamientos; es un ser individual y único el cual se interpela por lo que es su vida y su lugar en el mundo hasta ese momento de crisis o de oportunidad y por lo que vendrá después.

En este entorno cambiante y acelerado precisa de algo que la sostenga, permanente e inalterable y que va más allá de las influencias y las variaciones que pueda experimentar, ya sean de carácter intrínseco o extrínseco.

1/

Salud y humanización.

Pierluigi Marchesi O.H. ya destacaba en la década de los ochenta del siglo pasado la importancia del respeto a la dignidad de la persona

en los entornos clínicos y acuñó el término “humanizar” y “humanización”. Lo definía como el proceso de restablecer la alianza con el que sufre en el encuentro humano que se produce en el entorno clínico, considerando al mismo en todo su ser (si la persona no es el centro, otros ocupan su puesto). Se trata pues de una tarea significativa y profunda en el acompañamiento de la persona sufriendo por una crisis de enfermedad, de pérdida o ante la muerte tan habitual en el ámbito sanitario.

Cuenta una conocida anécdota atribuida a la antropóloga Margaret Mead que cuando un alumno le interrogó sobre cuál era el inicio de la civilización ella respondió que se trataba del hito de ayudar a alguien más a superar las dificultades.

Al parecer se basó en el resto de un fémur roto y curado encontrado en un yacimiento arqueológico. Para esta científica era la evidencia de que alguien se tomó el tiempo de cuidar y curar a la persona herida. Bajo este prisma, ¿no es la medicina una disciplina que no sólo es ciencia sino también es humana por el hecho de atender y cuidar a otro?

En la complejidad de la esfera de la salud el profesional sanitario se enfrenta a desafíos que abarcan la enfermedad y la muerte, el dolor o el sufrimiento. Para acompañar a la persona en estos procesos sin duda necesita de habilidades científico-técnicas cada vez más precisas y avanzadas, pero también de la capacidad de ser gestor empresarial, y sobre todo y a la vez, de no perder su humanidad en el caos de la diversidad de otros factores coincidentes en la relación clínica.

La humanización sanitaria como proceso implica, además de estas consideraciones, otras relacionadas con la organización, la estructura, la dinámica asistencial y los recursos humanos y materiales en el sistema de salud que ayuden a establecer relaciones significativas, base del cuidado humanizado, sustentado en un abordaje compasivo y respetuoso (Bush y col, 2019).

Decía ya [Hipócrates](#) que

“Es más importante saber qué tipo de persona tiene una enfermedad que saber qué tipo de enfermedad tiene una persona”.

Aunque la realidad de entonces dista mucho de la que viven los sanitarios hoy, su idea continúa presente puesto que la motivación del sanitario, aquello a lo que está llamado a ser, es a la vocación de servicio y a una verdadera relación de ayuda en sus funciones científica, humanista, social y ética. Lo único a considerar es que probablemente haya que ajustarse a la realidad en la que se encuentra, en cómo se articulan y se llevan a cabo de forma apropiada sus acciones. Es en las áreas transversales que integran la humanización en la asistencia sanitaria centrada en la persona, en concreto en el aspecto relacional, donde la atención espiritual toma mayor relevancia como parte del enfoque holístico.

Frente a la preponderancia de la ciencia y la tecnología, de intereses económicos y flujos sociales, parece que se contraponen el aspecto humano más relevante y significativo para equilibrar la balanza, pero ¿verdaderamente es así?, es más ¿se confrontan o se solapan?

2/

Espiritualidad y salud.

Algunos autores refieren que frente a las enfermedades antes incurables que se han vuelto crónicas y no letales, aún hoy parece que la medicina se centra en la finitud de los cuerpos, en la dimensión física y biológica; no es capaz de ampliar su mirada a la persona en su totalidad y

por completo. Se precisa considerarla como un ser en relación donde la enfermedad, la pérdida o hallarse ante el final de su vida afecta a sus conexiones físicas, psíquicas, sociales y espirituales simultáneamente como partes de un mismo ser. Para ello defienden el modelo biopsicosocial y espiritual, holístico, fundamento de una verdadera humanización de la atención clínica, de una asistencia integral ([Sulmasy, 2002](#)).

En los noventa, los desafíos que la Medicina comenzó a enfrentar y las presiones de diferente índole (sociales, culturales, políticas, económicas...) propiciaron una reformulación de la realidad de la Medicina (entendida globalmente como ciencias de la salud) y de sus objetivos. Se consideró que entre sus deberes éticos se encontraba responder a las necesidades existentes y actualizar el concepto tradicional hasta entonces imperante. El [Hastings Center](#) elaboró un documento llamado [Los Fines de la Medicina](#), en el que se establecieron cuatro objetivos fundamentales:

- La prevención de enfermedades y lesiones, la promoción y conservación de la salud
- El alivio del dolor y el sufrimiento.
- La atención y la curación de los enfermos y los cuidados a los incurables.
- La evitación de una muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.

Respecto al alivio del dolor y el sufrimiento habría que considerar un matiz previo con respecto a sus significados como refiere [Eric Cassel](#) en su libro [La naturaleza del sufrimiento](#) y los Fines de la Medicina: mientras que el dolor es y ocurre en tiempo real, el sufrimiento tiene una connotación más subjetiva, ligado a aspectos psicológicos, emocionales e incluso trascendentes que pueden emerger y modular una respuesta somática y por tanto biológica.

También es ostensible, en la línea de la atención y curación de los enfermos, en el cuidado de

La humanización en la atención médica restablece la alianza con el paciente, considerándolo en su totalidad y acompañándolo en momentos difíciles con enfoque compasivo y respetuoso

aquellos que no tienen cura y en el final de la vida, donde el cuestionamiento sobre preguntas existenciales emerge más si cabe, que es relevante no relegar la atención en esta esfera. Varios autores han mostrado que los pacientes con enfermedades terminales desean que los médicos exploren sus necesidades espirituales ([Post y col, 2000](#); [Chochinov & Cann, 2005](#); [Alcorn y col, 2010](#)).

Estas incluyen ayuda y acompañamiento para afrontar sus miedos, encontrar esperanza y significado a sus vidas, hallar recursos espirituales, tener a alguien con quien hablar sobre la vida y la muerte ([Moadel y col, 1999](#)), así como apoyo familiar, emocional, necesidad de comprensión, de reducción de la soledad, necesidades religiosas ([ritos y oración](#)), consuelo, significado y restablecimiento de un sentido de normalidad ([Nixon & Narayanasamy, 2010](#)).

En la práctica clínica, a los profesionales se les interpela sobre el sufrimiento en el más amplio sentido de la palabra. Se establece una relación interpersonal con una peculiaridad implícita: se trata de un encuentro persona-persona, en condiciones de simetría moral, lo cual hace que el profesional se enfrente a su propia condición, a su propia vulnerabilidad y en algunos, genera reticencia.

La sociedad actual, cada vez más globalizada y plural demanda una atención de su salud adecuada y congruente en este sentido con lo cual es contingente dar una respuesta: no puede ni debe estar supeditada una capacidad profesional a una inclinación personal hacia la espiritualidad ([Moestrup & Hvidt, 2016](#); [Liefbroer et al, 2019](#); [Stripp et al, 2023](#)).

[Henri Nowen](#) revisa en su libro [El sanador herido](#), esa condición humana de fragilidad que se evidencia por ambas partes en el encuentro clínico. Por un lado, la acogida que experimenta la persona que sufre basada en la compasión (reconocer en el otro un igual vulnerable que genera una acción que nos mueve a aliviar el sufrimiento del otro como refiere [Feito \(2021\)](#))

y del otro lado, el clínico que se abre a esa vulnerabilidad identificándola en sí mismo y afrontándola, lo cual se sustenta en sus propias convicciones, creencias y valores arraigados en su propio aspecto espiritual. Así lo demuestran estudios en los que se ha evidenciado que la espiritualidad es un recurso para salvaguardar la integridad de uno mismo ([Doolittle y col, 2013](#); [Badanta y col, 2022](#); [de Diego y col, 2022](#); [Harris & Tao, 2022](#)).

En consecuencia, la dimensión espiritual se hace patente en ambas partes de la relación clínica. Se trata de dos personas entre las cuales se establece un vínculo no sólo a nivel profesional, sino también en otro más profundo y humano.

Cómo se ven a sí mismos, su relación con el mundo y con los demás, fundamentará un diálogo significativo entre el profesional y la persona que atiende, brindándole además aquel sus conocimientos científicos, sus habilidades técnicas y su experiencia, para poder tomar decisiones consensuadas adecuadas y dirigidas al bienestar de la persona atendida contemplando sus necesidades y creencias.

En este contexto, se considera que la dimensión espiritual, además de ser origen de necesidades, también puede ser fuente de recursos para el afrontamiento de la adversidad, proporcionando a la persona mayor resiliencia. ([Walsh, 1999](#); [Lorenzo, 2018](#))

Este hecho pivota de una persona a otra en el encuentro clínico, ya que el sufrimiento no es exclusivo de la persona que es atendida, sino que también lo padece el sanitario que se expone constantemente a esta circunstancia, ¿sabe el profesional atender y atenderse respecto a la faceta espiritual?

3/

Espiritualidad y ética profesional.

La **Universidad de Harvard** ha publicado recientemente en la prestigiosa revista científica **JAMA** una investigación que demuestra de forma tajante el impacto beneficioso que el cuidado de la dimensión espiritual tiene sobre la salud. Verifica la relevancia que tiene su incorporación en la atención de esta en los sistemas sanitarios (**Balboni y col, 2022**). Tras revisar más de 15.000 artículos de los últimos 25 años que vinculan la espiritualidad y la salud, culminan que

“Orientarse en la espiritualidad en el cuidado de la salud significa cuidar a la persona en su totalidad, no solo a su enfermedad”.

Este estudio pone de manifiesto la preocupación práctica que se tiene en Medicina por aliviar enfermedades y promover el bienestar humano desde formas de encontrar significado, propósito, valor o trascendencia, lo cual define la espiritualidad en su conjunto y mejora la calidad de vida de las personas, acorde a los últimos descubrimientos científicos.

Por otro lado, la vocación de servicio, valor incuestionable en la profesión sanitaria aun en los tiempos que corren y desde el respeto de la dignidad de la persona, base de la humanización de la asistencia, son primordiales para atender la dimensión espiritual en la complejidad de las diferentes vertientes que conforman a la misma en la atención clínica. Se trata pues de un imperativo ético de la profesión sanitaria cuidar de la dimensión espiritual, supeditada

a la continua actualización de los nuevos hallazgos científicos y fundada en el germen de la profesión que es el alivio del sufrimiento y la salvaguarda de los derechos de la persona.

Todas las personas son espirituales, aunque cada cual vive la espiritualidad según su momento vital, su trayectoria biográfica, sus creencias y sus convicciones. Ante la enfermedad y la muerte tiene una actitud y una conducta que, en los entornos clínicos, hay que valorar como responsabilidad ética profesional por su íntima relación con la singularidad de la persona y en la preservación de su dignidad por su carácter único. La principal característica ética en la atención sanitaria es la confianza basada en el respeto, lo cual favorece el diálogo en temas delicados como son cuestiones espirituales o existenciales. Las personas que se encuentran enfermas son vulnerables y tienen comprometida su integridad albergando el deseo de que sus cuidadores se comprometan en garantizar su bienestar (**Winslow & Wehtje-Winslow, 2007**).

Aunque la Medicina debe estar actualizada, en relación con las demandas de la sociedad imperante no es un ente aislado segregado de la realidad, sino que evoluciona al unísono al contexto social, cultural e histórico en el que se ubica, existe una clara tendencia a medicalizar todos los problemas que afectan a la salud, un escollo que sortear. Esto invita a la ponderación continua de cuáles son los fines de la Medicina en el momento vigente, lo que implica una reflexión ética continua. Ante una realidad sanitaria cambiante, sujeta a avances científicos y técnicos que mejoran la respuesta y la precisión de los diagnósticos y tratamientos y condicionada por los movimientos sociodemográficos de un mundo cada vez más globalizado, son necesarios anclajes que mantengan al profesional en una conducta ética para mantenerse entre todas estas vicisitudes.

El cuidado espiritual en la práctica, si la contemplamos desde los **Principios Fundamentales de la Bioética** propuestos por **Beauchamp y Childress (1994)**, se apoya en la pretensión de

La dimensión espiritual en la atención médica reconoce las necesidades espirituales del paciente y proporciona un cuidado que contemple sus creencias y valores, contribuyendo al bienestar humano y la mejora de la calidad de vida

promover una adecuada conducta sobre la vida y la salud. Si la persona considera pertinente ser atendida en términos espirituales para el cuidado de la salud, el sanitario debe proporcionar atención a dicho aspecto, sustentado en el **Principio de Beneficencia**. Así, conocedor de los avances en investigación al respecto y proveedor de la asistencia clínica en un contexto social secularizado, ha de incluir las creencias para tomar decisiones sobre la salud sin imponer las propias convicciones, basándose en las evidencias científicas existentes que demuestran el efecto beneficioso del cuidado espiritual (**Polzer & Engebreston 2012, Panzini y col, 2017, Dewi & Hamzah, 2019**).

En relación con el **Principio de No Maleficencia** (primum non nocere), debe “proteger” evitando causar perjuicio en la persona atendida. En el caso de que el profesional no se encuentre capacitado en este sentido, debe considerar la posibilidad de derivar a la persona a expertos cualificados en estas cuestiones proporcionando así el cuidado apropiado (**Galek et al, 2007; Poncin et al, 2020; Badanta et al, 2022**).

La omisión del cuidado espiritual por el sanitario, puede vulnerar este principio ya sea por su propia incomodidad o incapacidad para abordar dicha atención, sobre todo si se trata de aspectos de vital importancia para el paciente.

El **Principio de Autonomía** radica en la dignidad del ser humano, contemplando sus valores y sus convicciones implícitos en su capacidad de decisión. Estos han de ser reconocidos en todo lo que compete a su práctica asistencial, implicando así a la persona en el restablecimiento de su salud, en la mejora de su calidad de vida y en su fortaleza ante la adversidad. Que el profesional ayude a la persona a encontrar significado y esperanza desde esa visión, favorece su integridad y su autonomía y mejora la relación clínica (**Carey & Cohen, 2015**).

Desde la perspectiva de la ética del cuidado (**Gilligan, 1982**) se sigue la tradición de la ética de las virtudes y la responsabilidad y se vertebra

en el aspecto relacional del encuentro clínico. La raíz y origen de la práctica del cuidado es el ser humano en su esencia y está intrínsecamente ligado a él. El cuidado es una conducta y no solo se sirve de los medios físicos para dicha actitud sino de una faceta basada en la responsabilidad con el otro, nutrida de la compasión.

Torralba señala la trascendencia de la ética del cuidado fundamentalmente en reconocer la vulnerabilidad del ser humano el cual requiere cuidados para desarrollar dignamente su vida (**Torralba, 2002**). **Lévinas** en este sentido, ahonda en que la experiencia ética se basa en la vivencia del otro (alteridad) en descifrar su contexto vital y acudir a su llamada para poder ayudarlo (**Lévinas, 1993**). Por esta razón, cuando la persona sufre una enfermedad, se afecta en toda su globalidad, por lo que se han de paliar sus necesidades (también las espirituales) y favorecer el desarrollo de sus capacidades latentes. No se trata de una actitud paternalista ni subyugante sobre la persona asistida, sino que el fin de la atención es su desarrollo humano, su autorrealización.

Por esto es importante identificar los procesos para el mismo y requiere de una formación profesional apropiada y específica que promueva aspectos que ayuden a mantener o restablecer su salud, fomentando el autocuidado, teniendo en cuenta los aspectos espirituales.

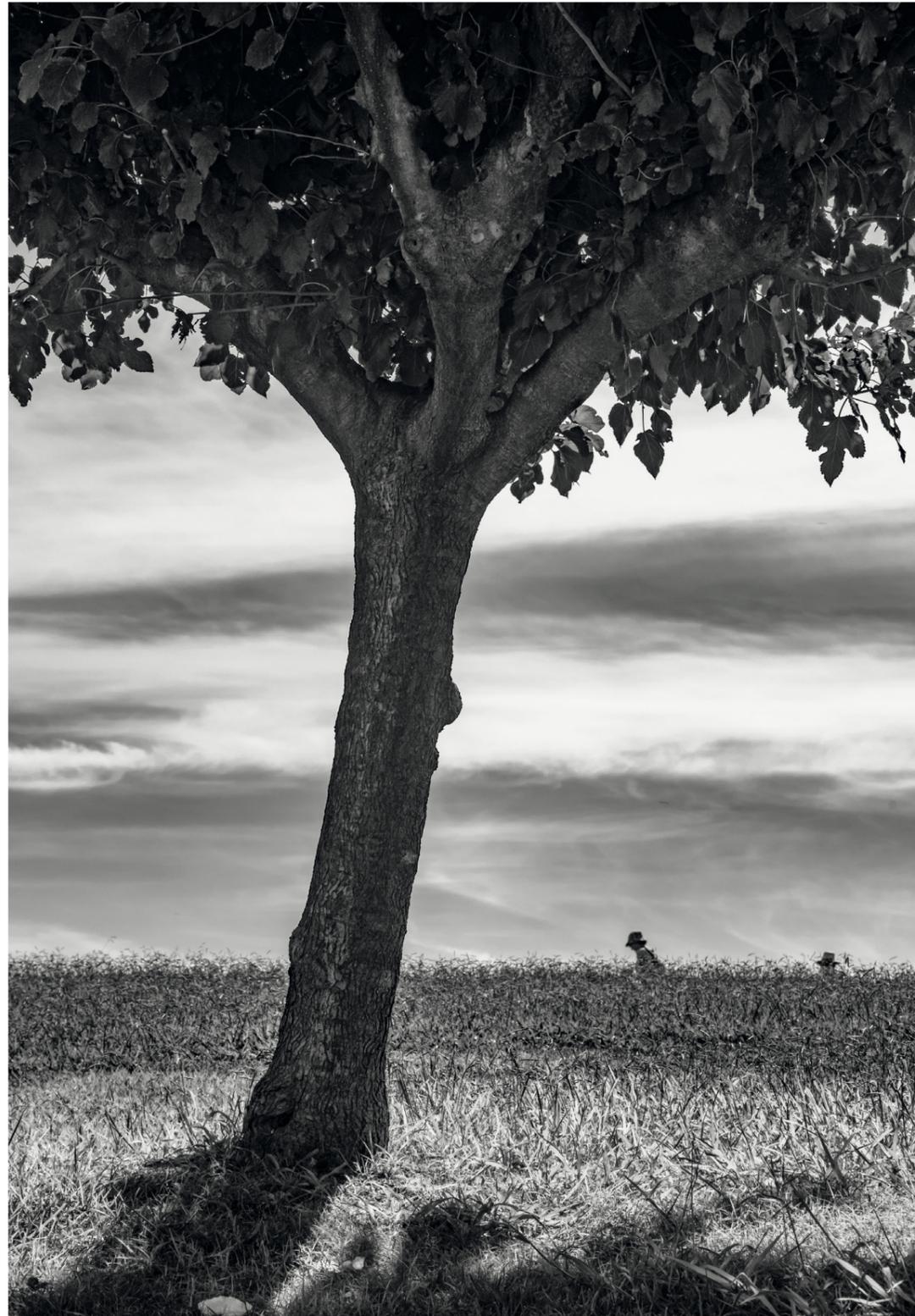
La realidad es que, cuando se interroga a los profesionales en este sentido, valoran la importancia de la atención espiritual como un factor que ayuda en el restablecimiento de la salud y mejora la calidad de vida, aunque parece estar sujeta a una iniciativa de índole personal y no profesional el atenderla. Los profesionales sanitarios con una espiritualidad más cuidada, tienen mayor sensibilidad al cuidado del aspecto espiritual, un matiz que tiene su connotación ya que debería atenderse con igual rigor que el aspecto físico, psicológico y social, para lo cual es primordial una formación específica en este campo (**López-Tarrida y col, 2020; López-Tarrida y col, 2021; de Diego y col, 2022**).

Ante la pregunta sobre qué sostiene a la persona ante la adversidad en la relación clínica, es patente que la espiritualidad es primordial, ya se sea el profesional o el paciente, puesto que dota a la persona de la manera de encontrar significado, esperanza y paz interior en la vida, a través de la religión, la música, el arte, la conexión con la naturaleza y el mundo, los principios, los valores y las convicciones propias. Algunos autores incluso no la consideran una faceta más del ser humano estructurada con los aspectos físico, psicológico o social sino imbuida en el fuero interno de la persona proporcionándole capacidad de gobierno y acción vital (Van de Geer & Leget, 2012).

El futuro que aguarda en los entornos clínicos es que se podrá seguir avanzando en el saber de la ciencia y en la tecnología desarrollando mediciones más precisas y sofisticadas, continuarán los movimientos migratorios y surgiendo nuevos y modernizados valores sociales que sigan acarreado inestabilidad y fluctuaciones.

No obstante, lo esencial del ser humano es inmanente e inalterable: cada ser humano, ya sea por ser imagen de Dios o por ser único e irrepetible en la historia del mundo, ha de tener una vida significativa sustentada en valores y convicciones más profundos que le den amparo. Es el bien máspreciado y valioso, y al que siempre hay que proteger y cuidar para garantizar su calidad de vida y su salud en la asistencia sanitaria.

La espiritualidad es el aspecto humano que en un mundo cambiante y voluble se mantiene inalterable en el espacio y el tiempo, y puede que sea la respuesta a qué lo sostiene y lo reconcilia consigo mismo.



Bibliografía

- Alcorn, S. R., Balboni, M. J., Prigerson, H. G., Reynolds, A., Phelps, A. C., Wright, A. A., ... & Balboni, T. A. (2010). "If God wanted me yesterday, I wouldn't be here today": religious and spiritual themes in patients' experiences of advanced cancer. *Journal of palliative medicine*, 13(5), 581-588.
- Badanta, B., Rivilla García, E., Lucchetti, G., & de Diego Cordero, R. (2022). *The influence of spirituality and religion on critical care nursing: An integrative review*. *Nursing in Critical Care*, 27(3), 348-366.
- Balboni, T. A., VanderWeele, T. J., Doan-Soares, S. D., Long, K. N., Ferrell, B. R., Fitchett, G., & Koh, H. K. (2022). *Spirituality in serious illness and health*. *JAMA*, 328(2), 184-197.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1994). *Principles of biomedical ethics*. Ediciones Loyola.
- Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. *Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review*. *Patient*. 2019 Oct; 12(5):461-474. doi: 10.1007/s40271-019-00370-1. PMID: 31203515.
- Carey, L. B., & Cohen, J. (2015). *Pastoral and spiritual care*. *Encyclopaedia of global bioethics*, 1-14.
- Cassel EJ. *The nature of suffering and the goals of medicine*. *N Engl J Med*. 1982 Mar 18;306(11):639-45. doi: 10.1056/NEJM198203183061104. PMID: 7057823.
- Chochinov, H. M., & Cann, B. J. (2005). *Interventions to enhance the spiritual aspects of dying*. *Journal of palliative medicine*, 8(supplement 1), s-103.
- Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. *Los fines de la medicina – N.º 11 –* (2004).
- de Diego-Cordero, R., López-Gómez, L., Lucchetti, G., & Badanta, B. (2022). *Spiritual care in critically ill patients during COVID-19 pandemic*. *Nursing outlook*, 70(1), 64-77.
- de Diego-Cordero R, López-Tarrida AC, Linero-Narváez C & Galán González-Serna JM. 2023. "More Spiritual Health Professionals Provide Different Care": A Qualitative Study in the Field of Mental Health" *Healthcare* 11, no. 3: 303.
- Dewi, D. S. E., & Hamzah, H. B. (2019, October). *The relationship between spirituality, quality of life, and resilience*. In 6th International Conference on Community Development (ICCD 2019) (pp. 145-147). Atlantis Press.

Doolittle, B. R., Windish, D. M., & Seelig, C. B. (2013). *Burnout, coping, and spirituality among internal medicine resident physicians*. Journal of graduate medical education, 5(2), 257–261.

Feyto, L. “Compasión” en Gual, A.; Monés, J.; Morlans, M. y Palés, J. (2019) *Valores del médico*. Fundación Educación Médica.

Galek, K., Flannelly, K. J., Koenig, H. G., & Fogg, S. L. (2007). *Referrals to chaplains: The role of religion and spirituality in healthcare settings*. Mental health, religion and culture, 10(4), 363-377.

Gilligan, C. (1993). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.

Levinas, E. (1993). *Humanismo del otro hombre*. Siglo XXI.

López-Tarrida, Á.C., Ruiz-Romero, V., & González-Martín, T. (2020). *Cuidando con sentido: la atención de lo espiritual en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional*. Revista Española de Salud Pública, 94, 202001002.

López-Tarrida, Á. D. C., de Diego-Cordero, R., & Lima-Rodríguez, J. S. (2021). *Spirituality in a Doctor's Practice: What Are the Issues?* Journal of Clinical Medicine, 10(23), 5612.

Harris, S., & Tao, H. (2022). *The impact of US nurses' personal religious and spiritual beliefs on their mental well-being and burnout: A path analysis*. Journal of religion and health, 61(3), 1772-1791.

Liefbroer, A. I., Ganzevoort, R. R., & Olsman, E. (2019). *Addressing the spiritual domain in a plural society: What is the best mode of integrating spiritual care into healthcare?* Mental health, religion & culture, 22(3), 244-260.

Lorenzo, D. (2018). *La espiritualidad en la humanización de la asistencia sanitaria*. Revista Iberoamericana de Bioética, (8), 01-11.

Sitio oficial Orden Hospitalaria San Juan de Dios.
La Humanización de Pierluigi Marchesi:
<https://www.ohsjd.org/Objects/Pagina.asp?ID=1418>

Moadel A, Morgan C, Fatone A, Grennan J, Carter J, Laruffa G, et al. *Seeking meaning and hope: self-reported spiritual and existential needs among an ethnically-diverse cancer patient population*. Psychooncology. 1999 Sep-Oct; 8(5): 378-85. PubMed PMID: 10559797. Eng

Moestrup L, Hvidt NC. *Where is God in my dying? A qualitative investigation of faith reflections among hospice patients in a secularized society*. Death Stud. 2016 Nov-Dec;40(10): 618-629. doi:10.1080/07481187.201.1200160. Epub 2016 Aug 25. PMID: 27560705.

Nixon A, Narayanasamy A. *The spiritual needs of neuro-oncology patients from patients' perspective*. J Clin Nurs. 2010 Jun. PubMed PMID: 20529167. ENG.

Panzini, R. G., Mosqueiro, B. P., Zimpel, R. R., Bandeira, D. R., Rocha, N. S., & Fleck, M. P. (2017). *Quality-of-life and spirituality*. International Review of Psychiatry, 29(3), 263-282.

Poncin, E., Niquille, B., Jobin, G., Benaim, C., & Rochat, E. (2020). *What motivates healthcare professionals' referrals to chaplains, and how to help them formulate referrals that accurately reflect patients' spiritual needs?* Journal of health care chaplaincy, 26(1), 1-15.

Polzer Casarez, R. L., & Engebretson, J. C. (2012). *Ethical issues of incorporating spiritual care into clinical practice*. Journal of clinical nursing, 21(15-16), 2099-2107.

Post, S. G., Puchalski, C. M., & Larson, D. B. (2000). *Physicians and patient spirituality: professional boundaries, competency, and ethics*. Annals of internal medicine, 132(7), 578-583.

Stripp, T. A., Wehberg, S., Büssing, A., Koenig, H. G., Balboni, T. A., VanderWeele, T. J., & Hvidt, N. C. (2023). *Spiritual needs in Denmark: a population-based cross-sectional survey linked to Danish national registers*. The Lancet Regional Health–Europe.

Sulmasy, D. P. (2002). *A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life*. The gerontologist, 42(suppl_3), 24-33.

Torralla, F. (2002). *Ética del cuidar: fundamentos, contextos y problemas*. Institut Borja de Bioètica.

Van de Geer, J., & Leget, C. (2012). *How spirituality is integrated system-wide in the Netherlands Palliative Care National Programme*. Progress in palliative Care, 20(2), 98-105.

Walsh, F. (1999). *Religion and spirituality: Wellsprings for healing and resilience*. In F. Walsh (Ed.), *Spiritual resources in family therapy* (pp. 3–27). Guilford Publications.

Winslow, G.R.; Wehtje-Winslow, B.J. *Ethical boundaries of spiritual care*. Med. J. Aust. 2007, 186, S63–S66.