

Espiritualidad en medicina: análisis de la justificación ética en Puchalski

CÉSAR SALAS V.^{1,a}, PAULINA TABOADA R.^{1,b}

Spirituality in medicine. An analysis of Christina Puchalski's writings

The relationship between spirituality and medicine is present from the very origins of Medicine. Its relevance has been rediscovered during the past decades. Numerous publications report positive health results when spiritual needs of patients are addressed. Authors like Edmund Pellegrino and Christina Puchalski have gained an acknowledged leadership in this field. The purpose of the article is to study Christina Puchalski's contributions to the field, specifically through the identification and analysis of the ethical reasons that - according to Puchalski - justify the medical duty to provide spiritual care. As a result of our investigations, we propose to systematize the ethical reasons identified in Puchalski's writings in seven categories, that presuppose a broad definition of spirituality and a conception of "whole patient care". Our analysis shows that Puchalski's arguments are ultimately grounded on an ethics of virtue and a realist anthropology, more than in mere positive effects or in patient's wishes. Indeed, Puchalski's anthropological conception recognized human dignity as an intrinsic value that must be always acknowledged, especially in the context of disease, where questions about the meaning of life, suffering, connection and transcendence inevitable arise. We conclude that Puchalski's ethical arguments are solid and suggest the challenge of including the spiritual dimension in the formation of health care professionals.

(Rev Med Chile 2019; 147: 1201-1207)

Key words: Ethics; Medicine; Spirituality.

En las últimas décadas han aumentado exponencialmente las publicaciones sobre el rol de la espiritualidad en medicina. Numerosos autores reportan una correlación positiva entre salud y espiritualidad¹. Edmund Pellegrino y Christina Puchalski han adquirido un reconocido liderazgo en estas temáticas²⁻⁴, gracias a sus aportes relacionados con la espiritualidad en la práctica clínica y en la educación médica^{5,6}. Ambos destacan los beneficios que tiene la atención de las necesidades espirituales en la práctica médica en el marco de un modelo de Cuidado Integral del Paciente (*Whole Patient Care*)^{3,4}.

La evidencia sugiere que los pacientes atendidos en sus necesidades espirituales tienen mejor

salud y calidad de vida⁷. También se ha demostrado que los pacientes crónicos y terminales tienen la expectativa de que sus médicos se interesen por su dimensión espiritual⁸. No obstante, la dimensión espiritual sigue siendo un área poco atendida en salud. Un estudio encontró que 72% de los pacientes consideraron que sus necesidades espirituales fueron mínimamente o no-apoyadas por el sistema médico⁹. Algunas razones que explican este fenómeno son: 1) no disponer del tiempo suficiente; 2) no considerarlo como parte de los deberes médicos; 3) no estar capacitado para ello; y 4) temor a iniciar un diálogo incómodo¹⁰.

Por otro lado, la atención de la dimensión espiritual de los pacientes suscita preguntas éticas:

¹Unidad Docente de Ética
Facultad de Medicina, Pontificia
Universidad Católica de Chile.
Santiago, Chile.

^aMédico, Alumno Programa de
Magister en Bioética. Facultad de
Medicina, Pontificia Universidad
Católica de Chile. Santiago, Chile.

^bMédico. Doctor en Filosofía.

Apoyo financiero: Vicerrectoría
Adjunta de Investigación y
Doctorado y Dirección de Pastoral
y Cultura Cristiana, Pontificia
Universidad Católica de Chile
(Proyecto N° 7761/DPCC2016).

Los autores declaran no tener
conflictos de interés.

Recibido el 31 de diciembre
de 2018, aceptado el 17 de
septiembre de 2019.

Correspondencia a:
César Salas
Edificio Académico Escuela de
Medicina UC, Diagonal Paraguay
362, piso 2. Santiago, Chile.
casalas4@uc.cl

¿Debería un médico abordar temas espirituales con sus pacientes? ¿Hasta qué punto puede indagar estas cuestiones? ¿Cuáles serían los límites de su competencia profesional?¹¹.

Tanto Pellegrino, como Puchalski proponen que el médico tiene la *obligación ética* de atender la dimensión espiritual de sus pacientes. El objetivo de este trabajo es profundizar en los aportes realizados por la Dra. Christina Puchalski en esta materia, específicamente a través de la identificación y el análisis de las razones éticas que –según Puchalski– justificarían el deber médico de incorporar la dimensión espiritual a la práctica clínica habitual.

Metodología

Se revisaron los artículos de Puchalski publicados en revistas indexadas. La búsqueda se realizó en *PubMed*, utilizando los parámetros: Puchalski C [Autor] y espiritualidad [*all fields*] o ética [*all fields*]. También se empleó *Google académico*. Se hallaron 59 artículos, de los que se recuperó el texto completo en 51, comprendiendo el periodo entre 1997-2017. Los aspectos éticos de la espiritualidad en medicina se abordan en 22 artículos y 4 capítulos de libro. Se identificaron, analizaron y sistematizaron los argumentos éticos que responden a la pregunta: ¿Qué razones éticas justificarían la atención espiritual en la práctica médica? Luego se realizó un análisis filosófico de los fundamentos éticos y antropológicos de las razones utilizadas por Puchalski.

Marco conceptual

Los argumentos éticos utilizados por Puchalski presuponen una determinada definición de espiritualidad y la comprensión del modelo de Cuidado Integral del Paciente¹². Por tanto, antes de analizar su argumentación ética, es necesario explicitar estos dos conceptos.

Definición de espiritualidad

En medicina, el término espiritualidad ha sido incorporado en oncología¹⁷ y en cuidados paliativos¹⁸. En efecto, para la OMS la espiritualidad es parte esencial de los cuidados paliativos. Puchalski emplea la definición del consenso internacio-

nal publicado en 2014: “la espiritualidad es un aspecto dinámico de la humanidad a través del cual las personas buscan significado, propósito y trascendencia últimos; y experimentan la relación con el yo, la familia, los demás, la comunidad, la sociedad, la naturaleza y lo significativo o sagrado. La espiritualidad se expresa a través de creencias, valores, tradiciones y prácticas”⁴. Se trata de una concepción amplia de la espiritualidad, que no equivale al concepto de religiosidad, caracterizado por las creencias y prácticas religiosas propias de un grupo¹³.

La amplitud de esta definición ha suscitado críticas para su utilización en medicina. Salander sostiene que bastaría con reconocer los contenidos humanistas de la profesión médica¹⁵. Según Puchalski, el concepto de espiritualidad sería más amplio que el de humanismo médico, pues incluye la búsqueda de sentido y trascendencia últimos¹⁶.

Diversos autores emplean definiciones de espiritualidad afines a la utilizada por Puchalski. El Grupo de Trabajo en Espiritualidad de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) propone que “la espiritualidad es nuestra naturaleza esencial, de donde surge un anhelo inagotable de plenitud, que concretamos en la búsqueda de sentido, conexión y trascendencia”¹⁸. En Chile, un grupo de investigadores emplea una definición que subraya los valores éticos¹⁹. En suma, las definiciones de espiritualidad se centran en tres características fundamentales de la persona humana: la búsqueda de sentido, conexión y trascendencia.

Modelo de cuidado integral del paciente

El modelo de atención que utiliza Puchalski considera la unidad e integralidad de la persona y reconoce que las dimensiones biopsicosocial-espiritual inciden de manera propia e interrelacionada en la historia de salud y enfermedad del paciente^{5,20}. Se trata de un modelo de atención centrada en el paciente, que reemplazaría el modelo biomédico²¹. En la literatura se describen diferentes formas de concebir la atención centrada en el paciente²²⁻²⁴. El modelo que utiliza Puchalski enfatiza la búsqueda del bien global del paciente²¹, destacando la necesidad de contar con médicos con sentido del cuidado y de la compasión, dos actitudes opacadas actualmente por la competitividad y el interés propio¹². Su modelo propone una atención de salud caracterizada fundamentalmente por ser compasiva e interprofesional¹⁰.

La compasión es entendida como la actitud por la que nos aproximamos a las necesidades de los otros y les ayudamos en su sufrimiento. Para Puchalski esta actitud compasiva sería una práctica espiritual, pues se trata de una forma de ser y de estar al servicio de los pacientes²⁵. Para lograrlo, el médico debe capacitarse en: 1) identificar los problemas biopsicosociales-espirituales de sus pacientes; 2) estar plenamente presente a sus pacientes; 3) apoyarlos en sus sufrimientos físicos, emocionales y espirituales; 4) obtener una historia espiritual; y 5) incorporar prácticas espirituales según corresponda²⁶.

La atención interprofesional requiere un equipo en el que todos sean responsables de la atención espiritual y capaces de reconocer la importancia de la espiritualidad en la vida de sus pacientes y familiares²⁷. Ello no significa que enfermeras, médicos, trabajadores sociales y capellanes confundan los límites propios de su profesión. Por el contrario, deben ser capaces de reconocer sus propias competencias y necesidades espirituales, sin exponerse a situaciones que puedan sobrepasarlos en su práctica clínica⁷.

Identificación de la justificación ética en Puchalski

La mayoría de las publicaciones en las que Puchalski aborda aspectos éticos de la espiritualidad se refieren a los requisitos para realizar correctamente la atención espiritual en clínica. Dado que los requisitos éticos para una adecuada atención espiritual no son el objetivo de nuestro trabajo, quedarán solo mencionados aquí: 1) prevenir cualquier acto de proselitismo²⁸; 2) respetar los límites emocionales y espirituales de los pacientes²⁹; 3) respetar la confidencialidad e intimidad de la relación médico paciente³⁰; 4) respetar los límites profesionales y derivar al capellán los pacientes con problemas espirituales¹¹; y 5) respetar la solicitud de los pacientes de rezar o participar de actos religiosos con sus médicos³¹.

En lo que se refiere al objetivo específico de este trabajo, esta revisión encontró 22 artículos y 4 capítulos en los que Puchalski propone razones éticas que justificarían el deber médico de incorporar la dimensión espiritual en la práctica clínica. Sus argumentos se refieren al contexto socio-cultural norteamericano, caracterizado por

una tendencia a centrarse en la atención técnico-científica y a derivar la atención espiritual a los capellanes¹¹. Para facilitar la conceptualización de dichos argumentos, proponemos sistematizarlos en las siguientes siete categorías:

Principio de beneficencia

Dado que el médico debe estar comprometido con el mejor interés del paciente, si el paciente lo considera pertinente, el médico debe apoyar la espiritualidad del paciente. Como existe evidencia empírica que apoya resultados positivos de la atención espiritual en salud, el médico debe incluir esta dimensión al enfrentar la enfermedad¹¹. Además, la espiritualidad y las creencias religiosas afectan la toma de decisiones en salud y se reflejan en necesidades importantes para los pacientes. Por tanto, deben ser atendidas por el médico⁷. Este tipo de razones son las que más se repiten en los artículos revisados.

Principio de respeto de la autonomía

Los recursos y las necesidades espirituales son expresión de la autonomía del paciente, que el médico debe reconocer. Ello implica dar importancia a la espiritualidad durante las evaluaciones clínicas habituales, involucrando al paciente como una persona, que desea ser cuidado en su dimensión espiritual. Puchalski recurre al principio de autonomía sólo en una de sus primeras publicaciones¹¹.

Tendencia cultural

La “moda” de lo espiritual en la sociedad actual se ha traducido en un requerimiento para el mercado de la salud, de manera que toda atención médica de calidad debería incluir la dimensión espiritual¹¹. Así lo establecen los estándares internacionales de calidad en la atención y acreditación hospitalaria¹⁶.

Definición de espiritualidad

El concepto de espiritualidad implica que el médico debe incorporar esta dimensión en su actividad clínica, porque las necesidades espirituales son intrínsecas a los pacientes y suelen ser importantes para ellos²⁶. Cuando se enfrentan enfermedades graves o terminales, las preguntas por el sentido de la vida, la búsqueda de un propósito y la importancia de la conexión con los seres queridos o con lo trascendente brotan naturalmente en la relación clínica³³.

Coherencia con el modelo de atención propuesto

El modelo de Cuidado Integral del Paciente conlleva la obligación ética de atender todas las dimensiones del sufrimiento de los pacientes. Si bien la enfermedad puede gatillar necesidades espirituales, también despierta recursos espirituales para enfrentarla. Por tanto, la atención espiritual sería algo necesario y no meramente opcional⁷.

Respeto por la dignidad del paciente

La atención espiritual honra el valor inherente de cada persona en medio del sufrimiento, con sus valores, creencias, esperanzas y búsqueda de sentido¹⁰. Respetar la dignidad del paciente implica reconocerlo como ser humano, con una existencia espiritual, que pone de manifiesto lo divino o sacro. En consecuencia, el imperativo ético de atender la dimensión espiritual de los pacientes está basado primariamente en el respeto por la dignidad de toda persona²⁹.

Marco de la deontología profesional

El Código de Ética de la Asociación Médica Americana establece que los médicos deben brindar una atención basada en el respeto y la compasión, como valores centrales de la espiritualidad²⁸. También los códigos Americanos de Ética de las Enfermeras y de los Trabajadores Sociales promueven la atención espiritual de los pacientes³⁴. En consecuencia, la promesa que realizan varios profesionales de la salud conlleva el imperativo ético de brindar atención espiritual a los pacientes²⁹.

Análisis de los fundamentos ético-antropológicos en Puchalski

Nuestra revisión detectó una evolución temporal en la justificación ética propuesta por Puchalski para incorporar de la atención espiritual a la práctica clínica. Inicialmente, su justificación del deber de atender la dimensión espiritual se apoya en una ética biomédica principialista. Apela a los principios bioéticos de beneficencia y autonomía, afirmando que el cuidado espiritual produce consecuencias positivas en salud y responde a la solicitud de los pacientes¹¹. En este contexto, llama la atención que no haga alusión a los principios de no-maleficencia y de justicia.

Más adelante, Puchalski se apoya en una ética

deontológica, enfatizando el respeto por los códigos de ética profesional y los deberes que emanan de la relación clínica (confianza, confidencialidad, no-proselitismo). De esta manera, la atención espiritual estaría justificada por los compromisos adquiridos por los juramentos y códigos deontológicos de la profesión²⁹.

En sus artículos más recientes, se reconoce una fundamentación en la ética de la virtud, al argumentar que el médico que practique la virtud de la compasión será capaz de respetar la dignidad intrínseca de sus pacientes, la naturaleza espiritual de la relación clínica y el valor de la dimensión espiritual de la persona¹⁰.

Dentro de esta evolución temporal de su argumentación ética, llama la atención que Puchalski nunca se limita a una justificación utilitarista del cuidado espiritual. Más bien, se puede apreciar que –de una manera progresivamente más explícita– su justificación de la atención espiritual se fundamenta en el reconocimiento de la dignidad intrínseca de la persona, como parte esencial del Cuidado Integral del Paciente. La atención espiritual obedecería a un deber objetivo del médico de velar por el bien global del paciente¹⁰.

La propuesta de Puchalski pone en evidencia una visión antropológica que comprende la unidad esencial de la persona, manifestada en sus dimensiones biopsicosocial-espiritual²⁸. Como señala Sulmasy “este modelo biopsicosocial-espiritual no es un ‘dualismo’ en el que un ‘alma’ habita accidentalmente en un cuerpo. Más bien, en este modelo, lo biológico, lo psicológico, lo social y lo espiritual son sólo dimensiones distintas de la persona, y ningún aspecto puede ser desagregado del todo”²⁰. Esta concepción antropológica afirma la dimensión espiritual como inherente a la condición humana y reconoce que ella se manifiesta de modo preeminente durante la experiencia de enfermedad³⁰.

Citando a Frankl, Puchalski enfatiza la profunda necesidad de la persona de buscar sentido a su vida y sufrimientos¹². Presenta al paciente como un ser esencialmente trascendente y relacional³⁰. Reflejo de esta concepción antropológica es la definición de espiritualidad que utiliza, que abarca integralmente a la persona humana en sus dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual, y la revela como un ser en permanente búsqueda de sentido y abierto a la relación. Aunque Puchalski no explicita la fundamentación filosófica de su

propuesta, se puede reconocer una aproximación realista, que descubre la unidad esencial de la persona, que –en palabras de Sgreccia– “es ante todo un cuerpo espiritualizado, un espíritu encarnado, que vale por lo que es y no sólo por las opciones que lleva a cabo”³⁵.

Conclusiones

Nuestra revisión muestra que la justificación ética del deber médico de cuidar la dimensión espiritual de los pacientes ha sido una preocupación constante en los escritos de Puchalski. Las razones éticas identificadas en los escritos de Puchalski se apoyan en una comprensión amplia de la espiritualidad y en el modelo de Cuidado Integral del Paciente. Su argumentación, más que apoyarse exclusivamente en los beneficios que produce o en la autonomía del paciente, está cimentada en la ética de la virtud y en una visión antropológica realista.

La espiritualidad es concebida como una dimensión esencial del paciente, a quien se reconoce una dignidad intrínseca, que requiere ser valorada siempre, pero especialmente durante la enfermedad, donde surgen inevitablemente las preguntas por el sentido de la vida, del sufrimiento, de la conexión y de la trascendencia¹⁰. Puchalski destaca la necesidad de que la formación médica incluya una visión integral de la persona y el cultivo de las virtudes, especialmente la compasión y presencia plena¹⁷. Ello plantea desafíos educativos y la creación de programas que incluyan la dimensión espiritual en la formación de los profesionales de la salud, capacitándolos para entregar una atención sanitaria integral³². Puchalski y otros autores tienen propuestas interesantes en este sentido^{6,23,32}, cuya revisión será materia de un futuro trabajo.

Referencias

1. VanderWeele TJ, Balboni TA, Koh HK. Health and Spirituality. *JAMA* [Internet] 2017; 318 (6): 519. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.2017.8136> [citado el 11 de diciembre de 2017].
2. Pellegrino E. *Virtues in medical practice*, Oxford University Press, Oxford, 1993.
3. Pellegrino E, Thomasma D. For the Patient's Good. The Restoration of Beneficence in Health Care. Oxford University Press, Oxford, 1988.
4. Puchalski C, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the Spiritual Dimension of Whole Person Care: Reaching National and International Consensus. *J Palliat Med* [Internet]. 2014; 17 (6): 642-56. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24842136> [citado el 7 de mayo de 2017].
5. Levin JS, Larson DB, Puchalski C. Religion and spirituality in medicine: research and education. *JAMA* [Internet]. 1997; 278 (9): 792-3. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9286846> [citado el 12 de junio de 2018].
6. Puchalski C. Spirituality and medicine: curricula in medical education. *Cancer Educ* 2006; 21 (1): 14-8.
7. Puchalski C. Spirituality in health: the role of spirituality in critical care. *Crit Care Clin* [Internet]. 2004; 20 (3): 487-504. Available from: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.puc.cl/science/article/pii/S0749070404000107> [citado el 11 de abril de 2017].
8. McCord G, GilVJ, Grossman SD, King BD, McCormick KF, Oprandi AM, et al. Discussing spirituality with patients: A rational and ethical approach. *Ann Fam Med* [Internet]. 2004; 2 (4): 356-61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15335136> [citado el 13 de diciembre de 2017].
9. Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Paulk ME, Lathan CS, Peteet JR, et al. Religiousness and spiritual support among advanced cancer patients and associations with end-of-life treatment preferences and quality of life. *J Clin Oncol* [Internet]. 2007; 25 (5): 555-60. Available from: <http://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.2006.07.9046> [citado el 27 de noviembre de 2017].
10. Puchalski C. Restorative medicine. In: Cobb M, Puchalski C, Rumbold B, editors. *Oxford textbook of spirituality in healthcare* [Internet]. Oxford: Oxford University Press; 2012. p. 197-209. Available from: https://books.google.cl/books?hl=es&lr=&id=vg5O6hptvGQC&oi=fnd&pg=PA197&ots=QizyUm8570&sig=LgKmSpBWciX-HwoVpq3mFnQtHGbY&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false [citado el 7 de mayo de 2017].
11. Post SG, Puchalski C, Larson DB. Physicians and patient spirituality: Professional boundaries, competency, and ethics [Internet]. Vol. 132, *Annals of Internal Medicine*. American College of Physicians; 2000; 578-83. Available from: <http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/0003-4819-132-7-200004040-00010> [citado el 14 de diciembre de 2017].
12. Sajja A, Puchalski C. Healing in modern medicine. *Ann Palliat Med* [Internet]. 2017; 6 (3): 206-10.

- Available from: <http://apm.amegroups.com/article/view/15454/15645> [citado el 11 de diciembre de 2017].
13. Büssing A, Baumann K, Hvidt NC, Koenig HG, Puchalski C, Swinton J. Spirituality and health. *Evid Based Complement Alternat Med* [Internet]. 2014; 2014: 682817. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24616739> [citado el 11 de diciembre de 2017].
 14. World Health Organization (WHO). *National Cancer Control Programmer: Policies and Managerial Guidelines*, 2nd Ed. Geneva, Switzerland: WHO, 2002.
 15. Salander P, Hamberg K. Why “Spirituality” Instead of “The Humanistic Side of Medicine”? *Acad Med* [Internet]. 2014; 89 (11): 1430. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25350326> [citado el 9 de diciembre de 2017].
 16. Puchalski C, Blatt B, Kogan M, Butler A. Spirituality and health: The development of a field. *Acad Med* [Internet]. 2014; 89 (1): 10-6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24280839> [citado el 11 de diciembre de 2017].
 17. Puchalski C. Spirituality in the cancer trajectory. In: *Annals of Oncology* [Internet]. Oxford University Press; 2012; 49-55. Available from: <https://academic.oup.com/annonc/article-lookup/doi/10.1093/annonc/mds088> [citado el 21 de diciembre de 2017].
 18. Benito E, Dones M, Babero J. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. *Psicooncología* [Internet]. 2017; 13 (2-3): 367-84. Available from: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/54442> [citado el 20 de noviembre de 2017].
 19. Reyes MM, de Lima L, Taboada P, Villarroel L, Vial J de D, Blanco O, et al. Escala numérica para evaluar síntomas espirituales en cuidados paliativos. *Rev Med Chile* [Internet]. 2017; 145 (6): 747-54. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000600747&lng=en&nrm=iso&tlng=en [citado el 6 de diciembre de 2017].
 20. Sulmasy D. A biopsychosocial-spiritual model for the care of patients at the end of life. *Gerontologist* [Internet]. 2002; 42 Spec No (Iii): 24-33. Available from: http://academic.oup.com/gerontologist/article/42/suppl_3/24/569213/A-BiopsychosocialSpiritual-Model-for-the-Care-of [citado el 20 de noviembre de 2017].
 21. Puchalski C. Reconnecting the science and art of medicine. *Acad Med* [Internet]. 2001; 76 (12): 1224-5. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=11739045.
 22. Bardes CL. Defining “Patient-Centered Medicine.” *N Engl J Med* [Internet]. 2012; 366 (9): 782-3. Available from: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJMp1200070> [citado el 3 de abril de 2018].
 23. Tanenbaum SJ. What is Patient-Centered Care? A Typology of Models and Missions. *Health Care Anal* [Internet]. 2015; 23 (3): 272-87. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10728-013-0257-0> [citado el 3 de abril de 2018].
 24. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ* [Internet]. 2001; 322 (7284): 444-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11222407> [citado el 31 de marzo de 2018].
 25. Puchalski C. The spiritual care of patients and families at the end of life. In: Sulmasy D, Lazembi M, McClorke R, editors. *Safe passage: a global spiritual sourcebook for care at the end of life*. Oxford Uni. 2014. p. 104-15.
 26. Puchalski C. The role of spirituality in health care. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* [Internet]. 2001; 14 (4): 352-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16369646> [citado el 22 de diciembre de 2017].
 27. Puchalski C, Larson DB, Lu FG. Spirituality courses in psychiatry residency programs. *Psychiatr Ann* [Internet]. 2000; 30 (8): US. Available from: <http://www.healio.com/doiresolver?doi=10.3928/0048-5713-20000801-09> [citado el 7 de mayo de 2017].
 28. Puchalski C. Integrating spirituality into patient care: An essential element of person-centered care [Internet]. Vol. 123, *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej*. 2013. p. 491-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24084250> [citado el 27 de noviembre de 2017].
 29. Puchalski C. Religion, Medicine and Spirituality : What We Know, What We Don ’t Know and What We Do. *Asian pacific J cancer Prev* [Internet]. 2010; 11 (1): 45-9. Available from: http://www.apocpcontrol.net/paper_file/issue_abs/Volume11_NoSupplement_1/45_Puchalski.pdf [citado el 8 de mayo de 2017].
 30. 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. *J Palliat Med* [Internet]. 2009; 12 (10): 885-904. Available from: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/43144163/spiritual_care_consensus_report.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1494291443&Signature=tGhgAH%2FAjuukq3408aYATHckQW-c%3D&response-content-disposition=inline%3Bfilename%3DImproving_the_Q [citado el 8 de mayo de 2017].
 31. Lo B, Kates LW, Ruston D, Arnold RM, Cohen CB, Puchalski C, et al. Responding to Requests Regarding Prayer and Religious Ceremonies by Patients Near the

- End of Life and Their Families. *J Palliat Med* [Internet]. 2003; 6 (3): 409-15. Available from: <http://www.liebertonline.com/doi/abs/10.1089/109662103322144727> [citado el 9 de junio de 2018].
32. Lucchetti G, Lucchetti A, Puchalski C. Spirituality in medical education: Global reality? [Internet]. Vol. 51, *Journal of Religion and Health*. Springer US; 2012. p. 3-19. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10943-011-9557-6> [citado el 11 de abril de 2017].
 33. Astrow AB, Puchalski C, Sulmasy DP. Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical considerations. *Am J Med* [Internet]. 2001; 110 (4): 283-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11247596> [citado el 12 de junio de 2018].
 34. Puchalski C. Spiritual issues as an essential element of quality palliative care: a commentary. *J Clin Ethics* [Internet]. 2008; 19 (2): 160-2. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18767476> [citado el 12 de junio de 2018].
 35. Sgreccia E. Manual de Bioética. Fundamentos y ética biomédica. In Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 2009. p. 673-4.