Programa de Atención Espiritual Centrado en el Paciente para la mejora de la calidad de vida en la atención integral en Hospitales de Alta Complejidad de Bogotá, Colombia, durante el Año 2025.

TESIS DE MAESTRÍA

que para obtener el Grado de MSc.

MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARIA

PRESENTA

Anderson Giovanni Galindo Vega

México, (2025)

La presente Tesis de Maestría debe ser citada como:

Galindo Vega, Anderson Giovanni (2025). *Programa de Atención Espiritual Centrado en el Paciente para la mejora de la calidad de vida en la atención integral en Hospitales de Alta Complejidad de Bogotá, Colombia, durante el Año 2025*. [tesis de Maestría. Universidad de Investigación e Innovación de México-UIIX]..



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional

Se permite la reproducción total o parcial y la comunicación pública de la obra con reconocimiento de la autoría.

No se permite el uso comercial ni la creación de obras derivadas.

Resumen.

La atención espiritual en el contexto hospitalario es un elemento esencial del cuidado integral, particularmente en centros de alta complejidad donde los pacientes experimentan un sufrimiento más intenso a nivel físico, emocional y existencial. No obstante, en la práctica clínica sigue sin abordarse adecuadamente esta dimensión, lo que restringe el desarrollo de una atención enfocada en el individuo. El objetivo del estudio fue crear un programa de ayuda espiritual para un hospital complejo, con un enfoque humanizado que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes. La hipótesis propuesta defiende que la puesta en marcha de un programa organizado de cuidado espiritual ayuda notablemente a incrementar la humanización de la salud y a satisfacer las necesidades holísticas de los enfermos. Se llevó a cabo un estudio documental de carácter descriptivo, basado en la revisión de literatura científica, marcos reguladores y modelos internacionales de intervención. Los descubrimientos mostraron que es necesario institucionalizar la atención espiritual como un servicio formal con protocolos estandarizados y recursos particulares para asegurar su uso ético y respetuoso. Se diseñó un programa que une objetivos, servicios establecidos, fases de implementación y un sistema permanente de evaluación mediante indicadores e instrumentos de retroalimentación, a partir de estos resultados. En conclusión, el programa es una propuesta relevante e innovadora para el sector hospitalario, ya que fomenta la integralidad del cuidado y una cultura institucional enfocada en el bienestar biopsicosocial y espiritual.

Palabras clave: atención espiritual, humanización en salud, hospital de alta complejidad, programa de intervención, calidad de vida

Abstract.

A vital part of comprehensive treatment in hospitals is spiritual care, particularly in high-complexity facilities where patients experience more existential, emotional, and physical pain. However, the growth of patient-centered care is constrained by the fact that this dimension is still not well addressed in clinical practice. Designing a spiritual care program for a high-complexity hospital using a humanized approach with the goal of enhancing patients' quality of life was the aim of this study. According to the concept, putting in place a systematic program for spiritual care greatly enhances humanization in healthcare and helps to address patients' whole range of needs. The assessment of worldwide intervention models, regulatory frameworks, and scientific literature provided support for the descriptive documentary research approach. The results made clear that, to guarantee its moral and considerate use, spiritual care must be institutionalized as a formal service with established procedures and specialized resources. A program that incorporates goals, specified services, phases of implementation, and an ongoing evaluation system using indicators and feedback tools was created considering these findings. In summary, because it fosters an institutional culture focused on biopsychosocial and spiritual well-being and reinforces the integrality of treatment, the suggested program is a novel and relevant approach for hospital settings.

Keywords: spiritual care, humanization in healthcare, high-complexity hospital, intervention program, quality of life

Agradecimientos.

En primer lugar, quiero expresar mi más profundo agradecimiento a Dios, fuente de toda sabiduría y fortaleza, quien ha guiado cada paso de este camino. A Él, por darme la claridad, el propósito y la perseverancia necesarios para completar este proyecto, le ofrezco mi gratitud eterna. Su presencia constante en mi vida ha sido el pilar sobre el cual he construido cada logro.

A mi pareja, que ha sido mi compañera de vida, mi apoyo incondicional y mi mayor motivación. Gracias por estar a mi lado en cada momento de este proceso, por tu paciencia, por tu comprensión y por creer en mí, incluso en los momentos más difíciles. Tu amor y tu aliento han sido fundamentales para alcanzar esta meta, y no hay palabras suficientes para agradecerte todo lo que has hecho por mí.

A mi familia, que siempre ha sido mi refugio y mi fuente de inspiración. A mis padres, por su ejemplo de esfuerzo y dedicación, y por inculcarme valores que me han guiado en cada etapa de mi vida. A mis hermanos, por su constante apoyo y por estar siempre dispuestos a darme una palabra de aliento, a mi prima que estuvo también acompañándome durante el proceso. A todos ustedes, les agradezco por su amor incondicional, por su fe en mí y por ser la fuerza que me impulsa a seguir adelante.

Dedicatorias.

A Dios, cuya presencia ha sido luz y guía en cada etapa de este proceso, dedico este trabajo. A Él, fuente de sabiduría, fortaleza y esperanza, elevo mi gratitud por haberme sostenido en los momentos de incertidumbre y por inspirar en mí el propósito de servir desde la ciencia y la fe.

A mi pareja y a mi familia, quienes con amor, paciencia y apoyo incondicional me han acompañado en este camino, les ofrezco esta dedicatoria como reflejo de su presencia constante en mi vida. Y a todos los pacientes y profesionales de la salud, cuya entrega, lucha y vocación dan verdadero sentido a este proyecto, les rindo un homenaje, con la esperanza de que este trabajo contribuya a una atención más humana, integral y espiritual.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN..... 8

CAPÍTULO 1. Proyección de la investigación. 13

1.1. Línea de investigación y su ámbito de estudio. 13

1.2. Planteamiento del problema. 13

1.3. Formulación del problema. 15

1.4. Justificación. 15

1.5. Objeto de estudio. 16

1.6. Campo de acción. 17

1.7. Objetivos. 18

1.7.1. Objetivo General. 18

1.7.2. Objetivos específicos. 18

1.8. Hipótesis. 18

1.10. Delimitación Espacial y Temporal. 19

CAPÍTULO 2. Fundamentos Teóricos Referenciales. 21

2.1. Estado del arte (Marco Histórico y Actual). 21

2.2. Marco Teórico. 23

2.3. Marco Conceptual. 36

2.4. Marco Contextual. 38

2.5. Marco Legal y Normativo. 41

CAPÍTULO 3. Fundamentos metodológicos y resultados de investigación. 45

3.1. Cuadro Operacionalización de variables. 45

3.2. Diseño metodológico. 50

3.2.1. Definición del enfoque, diseño y tipo de investigación de la tesis. 50

3.2.2. Definición de métodos, técnicas e instrumentos de obtención de datos. 50

3.2.3. Desarrollo de los instrumentos de obtención de datos. 51

3.2.4. Determinación de la muestra y su criterio de selección. 53

3.3. Validación conceptual del diseño a partir de la literatura 54

3.3.1. Aplicación de los instrumentos. 54

3.3.2. Procesamiento de la información. 55

3.4. Análisis de los resultados en los datos obtenidos. 56

3.5. Resultados y discusión. 67

CAPÍTULO IV: Propuesta de Transformación 72

4.1. Fundamentación de la propuesta de transformación. 72

4.2. Estructura de la propuesta de transformación. 73

4.3. Valoración/ evaluación / validación de la propuesta de transformación. 87

Tabla 6. Fases del proceso de evaluación del programa PROCASEI 89

CONCLUSIONES 92

RECOMENDACIONES 96

BIBLIOGRAFÍA 99

ANEXOS 110

Índice de tablas.

Tabla 1. Categorías y variables 46

Tabla 2. Matriz de análisis documental 57

Tabla 3. Presencia y contenido de variables 64

Tabla 4. Matriz de componentes del programa 84

Tabla 5. Criterios e indicadores de evaluación del programa PROCASEI 88

Tabla 6. Participación de actores en la evaluación del programa PROCASEI 90

INTRODUCCIÓN

En la práctica médica, nos topamos con realidades que van más allá de lo biológico. Son muchos los momentos en que hemos observado a pacientes afrontar situaciones extremas, como una enfermedad grave, una pérdida o un ingreso hospitalario prolongado, y expresar un deseo profundo de ser escuchados, entendidos y acompañados, además del tratamiento farmacológico o físico. En esos momentos, la espiritualidad de los pacientes aparece como un eje silencioso pero poderoso, que da sentido, calma y orientación. Sin embargo, esta dimensión tan humana suele quedar relegada o invisibilizada dentro de los esquemas clínicos tradicionales, dentro de los protocolos o temas que los profesionales de la salud sepamos abordar con seguridad y tranquilidad.

La espiritualidad, que no se comprende únicamente desde un punto de vista religioso, sino como la habilidad de hallar significado, propósito y conexión con lo trascendental, ha sido identificada como un elemento fundamental para el bienestar del ser humano. Organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), han incluido este asunto en los aspectos de calidad de vida, destacando su efecto en cómo se gestiona el sufrimiento, los procesos de toma de decisiones y la vivencia durante la enfermedad (Carmo, 2022). También el Consejo Directivo de la OMS (1983) en su 73° reunión del 4 de noviembre de 1983 estableció como estrategia mundial de salud para todos, la dimensión espiritual.

Esta dimensión está presente (aunque muchas veces no se nombre) desde la prevención de enfermedades hasta la fase final de la vida, en todo su proceso médico y de salud. En ese sentido, resulta preocupante que en muchos escenarios hospitalarios siga sin abordarse de una manera estructurada.

Según Puchalski et al. (2014), incluir la espiritualidad en el cuidado de la salud no solo apoya las creencias y los valores de los pacientes, sino que también fomenta un bienestar más amplio. No obstante, en el entorno hospitalario, sobre todo en los centros de alta complejidad, siguen existiendo grandes vacíos y falta de conocimiento. Se hacen evidentes en la escasez de programas institucionales para el apoyo espiritual, la falta de protocolos definidos y la insuficiente capacitación del personal para tratar este aspecto.

La carga técnica, la presión asistencial y una visión predominantemente biomédica del paciente han limitado el reconocimiento de esta dimensión, que ha sido ampliamente investigada

y observada en la literatura técnica, generando una atención que a veces se percibe como despersonalizada o fragmentada.

En años recientes, el modelo de atención centrada en la persona ha ganado impulso como reacción a la necesidad de humanizar los cuidados. Este punto de vista propone que el paciente no debe ser visto solamente como un portador de síntomas o enfermedades, ni como un número en los indicadores o presupuestos; sino más bien como una persona entera con una historia, valores, emociones y espiritualidad. Desde este punto de vista, cada consulta clínica se convierte en una oportunidad para conectar, comprender y cuidar con un profundo respeto por la individualidad. Kuckel et al. (2022) sostienen que para implementar este modelo es necesario modificar no sólo los procedimientos de asistencia, sino también las políticas institucionales y la cultura organizacional, con el fin de incorporar aspectos menos visibles, pero que tienen un gran significado para los pacientes.

Esta realidad, como médico clínico con sensibilidad hacia la perspectiva humanista, me ha hecho reflexionar sobre cómo podríamos avanzar desde la gerencia hospitalaria hacia un sistema de salud más completo. De este modo, surgió el interés por crear una propuesta que posibilitara la creación de un programa de asistencia espiritual en hospitales complejos, alineado con los principios de la atención centrada en el individuo. Una propuesta que no solo sea teórica, sino también práctica, adaptable y en sintonía con las demandas clínicas, éticas y organizacionales actuales.

La importancia de este tipo de programas es respaldada por diferentes investigaciones. Según Balboni et al. (2011), los enfermos que reciben soporte espiritual en procesos de enfermedades graves dicen tener niveles más altos de satisfacción, una adaptación emocional más adecuada y una percepción del cuidado recibido más positiva. Además, Koenig (2012) ha comprobado que la espiritualidad está relacionada con un menor sufrimiento y con indicadores de salud mental más favorables, incluso en circunstancias hospitalarias difíciles. No obstante, estos descubrimientos, la implementación continúa siendo escasa y muchas veces se hace de manera improvisada, sin apoyo metodológico ni normativo.

Además, hay un aspecto humano que no se puede pasar por alto: la mayoría de los trabajadores sanitarios no se sienten listos para tratar lo espiritual. Lucchetti et al. (2010) encontraron que numerosos médicos temen abordar estos asuntos debido a la falta de conocimiento,

por respeto a las creencias del paciente o por no contar con herramientas apropiadas. Esto refuerza la necesidad de contar con programas institucionales que no solo ofrezcan servicios espirituales a los usuarios, sino que también acompañen y capaciten al personal para integrarlos en su práctica diaria, sin imposiciones ni barreras, teniendo en cuenta que ya existen protocolos de diagnóstico historia clínica formatos encuestas validadas para aplicar y tratar la espiritualidad desde el área clínica asistencial.

Desde una perspectiva de gerencia hospitalaria, incorporar un programa de este tipo no solo tiene sentido clínico, sino también organizacional. Fortalece la cultura institucional hacia la humanización del cuidado, mejora la satisfacción del paciente y del equipo, y contribuye a mejorar indicadores de calidad relacionados con el trato digno y la atención integral. Además, permite alinear la práctica hospitalaria con estándares internacionales en salud que promueven la inclusión de dimensiones biopsicosociales y espirituales como parte del abordaje terapéutico.

En este marco, la presente investigación tiene como propósito diseñar un programa de atención espiritual para un hospital de alta complejidad, sustentado en la revisión de literatura científica y experiencias internacionales y nacionales exitosas. La propuesta no pretende ser un modelo cerrado, sino una guía estructurada, adaptable a contextos institucionales diversos, y coherente con un enfoque centrado en la persona. No se contempla su implementación inmediata ni el análisis empírico de resultados clínicos, dado que la naturaleza del estudio es documental y propositiva.

Esta investigación busca ser un aporte concreto al desafío de humanizar los hospitales desde adentro, no solo con discursos, sino con acciones que reconozcan la dimensión espiritual como parte legítima del cuidado en salud. Porque cuidar el cuerpo sin atender el alma es atender a medias. Y porque en los momentos más críticos de la vida, lo que más necesitan muchos pacientes no es una fórmula médica, sino una presencia significativa.

La investigación está estructurada en cuatro capítulos; el primero incluye la proyección de la investigación donde se presentan los aspectos correspondientes a la línea de investigación trabajada y su ámbito de aplicación de estudio, se desarrolla el planteamiento del problema, se formula la pregunta de investigación, así como la justificación, objeto de estudio y campo de acción, en correspondencia se formula el objetivo general y específicos vinculados estos últimos a los procesos, la hipótesis y el alcance temático y delimitación espacial y temporal

En el segundo capítulo se encuentran los fundamentos teóricos referenciales donde se relaciona el Estado del Arte, el Marco Teórico y Conceptual de la investigación en relación con el Marco Contextual y el Marco Legal Normativo.

En el tercer capítulo se encuentran los fundamentos metodológicos y los resultados de la investigación; para ello, se detalla el proceso de operacionalización de variables, el enfoque metodológico utilizado, el diseño y el tipo de investigación con que se ha trabajado. Todo ello en relación con los métodos teóricos y empíricos asumidos, donde se relacionan las técnicas y los instrumentos de recolección de datos para su respectiva aplicación desde la población y la muestra seleccionada para finalmente detallar los resultados alcanzados.

El cuarto y último capítulo presenta una Propuesta de Transformación derivado de los hallazgos encontrados en el proceso de análisis e interpretación de los resultados, lo cual permite la fundamentación de la propuesta, la realización de la estructuración de esta, así como la valoración/ evaluación y validación de la propuesta.

.

CAPÍTULO 1. Proyección de la investigación.

1.1. Línea de investigación y su ámbito de estudio.

Esta tesis se enmarca en la línea de investigación de la Gestión Estratégica y Organizacional en Hospitales, una categoría que nos permite abordar los retos actuales de la administración en salud desde una perspectiva integradora, eficiente y centrada en el usuario o paciente. Desde esta línea podemos reconocer que la calidad de la atención no depende exclusivamente del conocimiento clínico o de la infraestructura tecnológica, sino también de la capacidad que tienen las instituciones para organizar sus servicios de manera coherente con los valores humanos, sociales y éticos que configuran la experiencia del paciente con un adecuado manejo administrativo y financiero.

Dentro de esta línea de investigación, el estudio se adscribe al ámbito de los modelos de atención centrados en el paciente y enfoques preventivos, ya que consideramos que este enfoque representa una transformación profunda en la manera de entender el cuidado hospitalario. Desde este paradigma, el paciente deja de ser un receptor pasivo de tratamientos para convertirse en el centro mismo del sistema, reconociendo su historia de vida, sus emociones, su contexto familiar y, de manera particular, su dimensión espiritual.

Desde la perspectiva organizacional, este trabajo busca aportar a la gestión institucional una propuesta concreta, que sea replicable y alineada con los principios de calidad en salud, seguridad del paciente y humanización del cuidado. Asimismo, está en consonancia con las tendencias globales en materia de salud que afirman que el valor de un modelo de atención no se evalúa solamente por sus resultados clínicos, sino también por la manera en que consigue mitigar el sufrimiento y dignificar la existencia de los individuos que pasan por procesos de duelo, enfermedad o muerte.

1.2. Planteamiento del problema.

En los hospitales de alta complejidad, el cuidado a los enfermos tiende a estar enfocado en un modelo biomédico y en la solución técnica de la enfermedad, debido a la presión asistencial y a lo complicado que pueden ser los casos. No obstante, esta perspectiva limitada tiende a relegar aspectos esenciales del ser humano, como lo espiritual, que tienen un impacto directo en cómo se

experimenta la enfermedad, cómo se enfrenta el dolor y la calidad de vida (Koenig, 2012; Puchalski et al., 2014).

La OMS incluyó la espiritualidad en su definición de calidad de vida desde 1984, reconociendo así que es una parte esencial de la salud integral (Carmo, 2022). Además, los lineamientos para cuidados paliativos indican que cuidar la dimensión espiritual es tan importante como controlar los síntomas físicos o brindar apoyo emocional (WHO, 2018). A pesar de este reconocimiento, en la práctica hospitalaria, particularmente en instituciones con alta complejidad, la atención espiritual no es suficiente y está fragmentada; de hecho, en muchas ocasiones no existe (Balboni et al., 2011).

Encontramos pacientes con enfermedades graves que manifestaban necesidades espirituales insatisfechas, las cuales estaban asociadas con un padecimiento más fuerte, una mayor aplicación de tratamientos médicos agresivos hacia el final de la vida y una menor satisfacción con los cuidados que recibían (Lucchetti et al., 2010; Balboni et al., 2011).Sin embargo, diversos expertos en salud admiten que esta dimensión es importante; no obstante, expresan que carecen de los protocolos requeridos o de la preparación necesaria para gestionarla de manera segura y/o respetuosa (Kruizinga et al., 2018). Esta disparidad entre lo práctico y lo teórico produce una brecha que afecta la calidad de la atención y los indicadores de humanización en los hospitales.

A pesar de que en Colombia existen políticas de humanización en el sector sanitario que contemplan la atención integral, la mayor parte de las instituciones hospitalarias complejas no han puesto en marcha programas formales que incluyan lo espiritual. Esto contrasta con lo que indica la Joint Commission International (JCI), que requiere que los hospitales acreditados examinen y respondan a las demandas espirituales de los pacientes como parte del cuidado centrado en el individuo (JCI, 2019).

Es así como encontramos que el problema central radica en la ausencia de programas institucionales de asistencia espiritual en hospitales de alta complejidad, lo que genera una atención incompleta, que no responde al ser humano en su totalidad. Aunque existe mucha evidencia científica que respalda los beneficios clínicos y psicosociales de integrar lo espiritual al cuidado, vemos que persisten vacíos metodológicos, organizacionales y normativos en su implementación. Esta situación contradice el principio de atención integral y centrada en la persona, y plantea la

necesidad urgente de diseñar propuestas que permitan integrar formalmente la asistencia espiritual en la gestión hospitalaria.

1.3. Formulación del problema.

¿Cómo contribuir a la mejora de la calidad de vida en la atención integral en Hospitales de Alta Complejidad de Bogotá, Colombia, durante el año 2025, mediante la incorporación de un programa de asistencia espiritual centrado en el paciente?

1.4. Justificación.

El desafío de la atención hospitalaria en el presente es satisfacer las necesidades integrales de los pacientes, teniéndolos en cuenta como individuos biopsicosociales y espirituales. En este contexto, la espiritualidad se entiende no solo como el ejercicio de la religión, sino también como la búsqueda de un propósito, un sentido y una conexión con lo trascendental. Esto tiene una gran influencia sobre la forma en que se vive al estar enfermo, cómo se afronta el sufrimiento y cuál es la calidad de vida (Puchalski et al., 2014).

Por otro lado, se puede afirmar que este estudio ayuda a enriquecer el ámbito de la gestión hospitalaria al proporcionar un modelo novedoso de asistencia clínica espiritual fundamentado en lineamientos internacionales y evidencia científica. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la espiritualidad es un componente fundamental de la calidad de vida y una parte esencial del cuidado paliativo (WHO, s.f.). Igual que la European Association for Palliative Care (EAPC), como se menciona en (Best et al., 2020), sostiene la importancia de incluir la atención espiritual en los sistemas sanitarios a través de protocolos, programas estructurados y personal cualificado; sin embargo, hay vacíos persistentes en el ámbito hospitalario de alta complejidad para implementar esta dimensión, lo que restringe el enfoque integral de la atención.

Es relevante además señalar que este trabajo presenta una propuesta que se puede aplicar y reproducir en hospitales complejos, con el objetivo de humanizar la atención, consolidar la relación terapéutica y optimizar los indicadores hospitalarios de calidad proporcionada por los servicios y experimentada por los pacientes, sus familiares y los colaboradores institucionales. Los pacientes

que reciben ayuda espiritual, de acuerdo con Koenig (2012), sienten menos sufrimiento en términos emocionales y están más complacidos con la atención recibida.

Asimismo, Balboni et al. (2011) han mostrado que estos pacientes tienen mejores resultados en cuanto a salud mental y adaptación a la enfermedad. De acuerdo con la JCI, las entidades acreditadas deben analizar las necesidades espirituales de los pacientes en el contexto de la atención centrada en la persona. Respaldando la importancia de un programa estructurado en este campo (JCI, 2023).

En el contexto social, podemos asegurar que la investigación aborda el requerimiento de humanizar los servicios de los hospitales en entornos complicados y con alta tecnología, donde los pacientes a menudo experimentan soledad, vulnerabilidad e insignificancia. Integrar la asistencia espiritual en el modelo hospitalario contribuye a que la atención sea digna y, al mismo tiempo, a incorporar los diversos valores y creencias culturales de las personas. En Colombia, tenemos directrices del Ministerio de Salud que han señalado la humanización como un eje transversal en la política de atención sanitaria. En estas directrices se destaca el valor de reconocer la diversidad cultural y espiritual de los pacientes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

En última instancia, desde el punto de vista metodológico, la tesis es justificada al elaborar un modelo propositivo y documental que se basa en protocolos internacionales y literatura científica, lo cual tiene potencial para convertirse en una referencia para futuras implementaciones en hospitales de alta complejidad. La construcción de este programa ofrece un marco de actuación sistemático, con recursos, protocolos, actividades y criterios de evaluación, lo que aporta una ruta clara para las instituciones que buscan fortalecer la atención integral y dar cumplimiento a estándares de calidad y humanización.

1.5. Objeto de estudio.

El objeto de estudio de esta investigación es diseñar un programa que pueda ser de aplicación institucional de atención espiritual en hospitales de alta complejidad, con un enfoque centrado en la persona. Este objeto parte desde la necesidad de fortalecer los modelos de atención hospitalaria vigentes a través de estrategias que reconozcan a la espiritualidad como una dimensión

esencial del bienestar humano, como lo respalda la literatura científica en todos los ámbitos del proceso salud-enfermedad que incluye no solo la atención biomédica, sino que considera aspectos de duelo, cronicidad o agudización de los cuadros clínicos y claramente en el proceso al final de vida. El estudio se enfoca en comprender, estructurar y proponer los elementos fundamentales con los cuales se deben conformar un programa de esta naturaleza: recursos, actores clave, procesos, servicios y mecanismos de evaluación, todo esto buscando claramente estar alineados con los principios de la atención integral, la calidad en salud y la humanización del cuidado. El estudio se trata de una investigación de tipo propositivo y documental, ya que tiene como finalidad aportar herramientas prácticas y conceptuales a las instituciones para su gestión hospitalaria para incorporar de manera formal, ética y efectiva la dimensión espiritual dentro del modelo institucionales de atención.

1.6. Campo de acción.

Este estudio tiene como campo de cobertura la administración organizativa en hospitales e instituciones de salud de gran complejidad, enfocándose especialmente en los procedimientos vinculados a la planificación y ejecución de programas institucionales destinados a cuidar al paciente. Dentro de este campo, el foco se centra tanto en los servicios asistenciales, las unidades de humanización o calidad, los equipos interdisciplinarios de salud y los espacios administrativos que toman decisiones sobre modelos de atención centrados en la persona. El diseño del programa tiene como idea proyectarse como una herramienta para ser considerada en planes estratégicos institucionales, comités hospitalarios, sistemas de acreditación o políticas internas de atención integral, sin limitarse a una especialidad clínica específica sino a toda la institución. Se reconoce que su aplicación requiere un trabajo transdisciplinario entre las distintas áreas hospitalarias, por lo cual el campo de acción abarca tanto lo asistencial como lo organizativo de la institución.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo General.

- Diseñar un programa de Atención Espiritual Centrado en el Paciente para contribuir a la mejora de la calidad de vida en la atención integral en Hospitales de Alta Complejidad de Bogotá, Colombia, durante el año 2025.

1.7.2. Objetivos específicos.

- Determinar los referentes teóricos del programa de asistencia espiritual y su relación con la calidad de vida de los pacientes atendidos en hospitales de alta complejidad en Bogotá, Colombia, en el 2025.
- Caracterizar el estado actual de la atención espiritual y su impacto en la calidad de vida de los pacientes en hospitales de alta complejidad en Bogotá, Colombia, durante el año 2025.
- Elaborar la propuesta del programa de asistencia espiritual con enfoque centrado en el paciente orientado a mejorar la calidad de vida de los pacientes en hospitales de alta complejidad en Bogotá durante el año 2025.
- Valorar la viabilidad de la propuesta del programa de asistencia espiritual para la mejora de la calidad de vida del paciente en hospitales de alta complejidad en Bogotá, Colombia, durante el año 2025

1.8. Hipótesis.

La propuesta de un programa de Atención Espiritual Centrado en el Paciente mejora la calidad de vida en la atención integral en Hospitales de Alta Complejidad de Bogotá, Colombia, durante el Año 2025.

Según esta hipótesis, la integración formal de la dimensión espiritual en las prestaciones sanitarias, respaldada por protocolos, sistemas de evaluación y recursos, significará un progreso para humanizar el cuidado y fomentar una atención integral enfocada en el ser humano. La base de

esto es el diseño y la evaluación del programa, basados en la revisión de documentos y en pruebas científicas; no es necesario llevar a cabo una investigación de campo para validar directamente.

Esta integración formal de la dimensión espiritual, respaldada por protocolos estandarizados, sistemas permanentes de evaluación y recursos adecuados, favorecerá la humanización del cuidado y responderá a las necesidades holísticas del paciente, según lo respaldado por la revisión documental y evidencia científica.

1.9. Alcance temático.

El presente estudio tiene un alcance documental y propositivo, fundamentado en la revisión de la literatura científica, y algunos marcos normativos y protocolos internacionales que se encuentren sobre asistencia espiritual en salud. Su propósito no es validar empíricamente la propuesta, sino diseñar un modelo aplicable en hospitales de alta complejidad, que sirva como referente para futuras investigaciones y para potenciales implementaciones en escenarios hospitalarios reales.

El alcance se limita al diseño de un programa estructurado de asistencia espiritual, que define algunos recursos, protocolos, actividades y criterios de evaluación, con el fin de fortalecer la atención centrada en la persona y mejorar la calidad de vida de los pacientes hospitalizados.

1.10. Delimitación Espacial y Temporal.

Delimitación Espacial:

Este trabajo no tendrá como desarrollo un contexto hospitalario específico, sino que de forma genérica toma como referencia general el entorno de los hospitales o instituciones de salud de alta complejidad, tercer nivel u otra denominación que incluya las características propias de clínicas que a nivel organizacional y estructural cuenten con atención especializada, alta demanda tecnológica, equipos multidisciplinarios y pacientes con patologías graves o crónicas. Se busca que el diseño del programa propuesto sea adaptable y replicable en instituciones que respondan a esta tipología, tanto del sector público como privado.

Delimitación Temporal:

El diseño del programa se realizará durante el período de la investigación de tesis, como referencia bibliografía se tomarán las evidencias publicadas en los últimos 10 años. Desde el punto de vista del programa se diseñará con un enfoque que permita un marco de tiempo para la implementación piloto del programa si se quisiera iniciar o poner en operación de unos 12 meses para su instauración en un centro hospitalario con sus respectivos protocolos y estructura de seguimiento.

Delimitación temática

Esta investigación es documental y propositiva: se centra en el diseño de un programa institucional de asistencia espiritual (recursos, procesos, servicios, evaluación) para fortalecer la atención centrada en la persona en hospitales de alta complejidad. No incluye medición de efectividad clínica ni validación en campo; tampoco desarrolla contenidos doctrinales o proselitistas, y no aborda guías clínicas específicas por especialidad.

CAPÍTULO 2. Fundamentos Teóricos Referenciales.

El presente capítulo reúne algunos de los elementos conceptuales, históricos y normativos que dan soporte a esta investigación y nos permiten comprender la relevancia de la atención espiritual en el contexto hospitalario. En primer lugar, se aborda el estado del arte, que presenta una revisión crítica de los avances y vacíos en torno al tema, reconociendo tanto la evolución histórica como las tendencias actuales en los entornos en salud. Posteriormente, el marco teórico expone las principales perspectivas y enfoques disciplinares que han orientado el estudio de la espiritualidad en salud, ofreciendo bases sólidas para la construcción del programa propuesto. En el marco conceptual, por su parte, delimita las categorías centrales de la investigación. A continuación, el marco contextual establece el problema en los contextos internacionales y latinoamericanos, específicamente en Colombia. Esto permite demostrar la relevancia de la propuesta en situaciones concretas. Por último, el marco legal y normativo incluye algunas de las políticas vigentes y directrices jurídicas que apoyan la incorporación del aspecto espiritual en la atención hospitalaria. Esto posibilita que este estudio se sitúe dentro de las normas nacionales e internacionales relacionadas con humanización y calidad en salud.

2.1. Estado del arte (Marco Histórico y Actual).

El estudio de la espiritualidad en el contexto hospitalario ha ido ganando cada vez más protagonismo en el cuerpo de la literatura científica, convirtiendo un asunto marginal y circunscrito a lo religioso en una parte fundamental de la atención integral. Han sido diferentes los autores (Puchalski et al., 2014; Koenig, 2012) que han demostrado que la atención espiritual está relacionada de forma significativa con el bienestar y con la calidad de vida y la forma que tiene el enfermo de enfrentarse a la enfermedad. La espiritualidad no es solamente una dimensión religiosa, sino que es mucho más que esta mirada, pues se asume como parte intrínseca de la experiencia humana.

En este escenario, la Conferencia de Consenso sobre Cuidados Espirituales en Salud Paliativa (dirigida por Puchalski y su equipo en 2009) fue un acontecimiento crucial al sentar las bases para incorporar la atención espiritual a los cuidados paliativos de calidad.

Se hace hincapié en un enfoque interdisciplinario (Puchalski et al., 2014). La relevancia de este tema ha sido confirmada por estudios más actuales, no solo en la enfermedad terminal, sino también en otras condiciones clínicas severas. De hecho, la atención espiritual optimiza la experiencia del paciente y colabora con un tratamiento más centrado en el individuo (Steinhauser et al., 2017).

Sin embargo, a pesar del avance global, la sistematización y formalización del cuidado espiritual en nuestro país, sobre todo en hospitales complejos de la ciudad de Bogotá, sigue siendo escasa, ya que aunque existen orientadores normativos sobre la integralidad del cuidado de la salud como la Ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria de Salud), que consagra el derecho fundamental a la salud integral, y la resolución 3100 de 2019, donde se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en salud y se enfatiza el enfoque humanizado, el cuidado espiritual es un tema aún poco instaurado desde la mirada institucional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

En la atención hospitalaria, el ámbito espiritual suele abordarse de forma informal o bien fragmentada e incluso sólo a través del acompañamiento de los capellanes, sin protocolos de actuación unificados, particularidades de recursos, o sistemas de evaluación que garanticen una completa y duradera inclusión del espíritu en la atención hospitalaria (López-Tarrida, et al, 2020). Esta situación supone una separación entre los estándares internacionales y la realidad local, con las consecuencias directas que tiene para la propia calidad de vida y la experiencia de los pacientes hospitalizados, en centros de alta complejidad que se ven enfrentados a niveles altos de dolor y de incomodidad emocional y física.

La importancia de incorporar la atención espiritual en el cuidado integral de los pacientes en hospitales colombianos ha sido resaltada por estudios regionales, que subrayan que no hacerlo limita la humanización del cuidado y la satisfacción de las necesidades holísticas del paciente (Medina, et al., 2023; Mendoza, et al, 2025). La importancia de incorporar la atención espiritual en el cuidado integral de los pacientes en hospitales colombianos ha sido resaltada por estudios regionales, que subrayan que no hacerlo limita la humanización del cuidado y la satisfacción de las necesidades holísticas del paciente (Medina, et al., 2023; Mendoza, et al, 2025). En particular, los estudios realizados en unidades de cuidados intensivos y oncología han establecido que el apoyo

espiritual contribuye a disminuir la angustia existencial y a mejorar la adherencia a los tratamientos. Estos dos elementos son fundamentales para optimizar la calidad de vida (Medina, et al., 2023).

En consecuencia, sigue siendo necesario crear y formalizar programas bien estructurados de atención espiritual, centrados en el paciente, que se ajusten a las particularidades y requerimientos concretos de los hospitales de alta complejidad en Bogotá. Para acortar la distancia entre la teoría y la práctica, es fundamental adoptar un modelo interdisciplinario basado en evidencias científicas, marcos normativos a nivel nacional e internacional y buenas prácticas globales (Rosmarin et al., 2021; Puchalski et al., 2014).

Se apoya en esa ausencia existencial y propone la elaboración de una propuesta para un programa de atención espiritual humanizada que conlleve una mejora de la calidad de vida y potencie la atención integral de carácter humano en un ambiente hospitalario complejo, y de esa manera responder a una necesidad que es cada vez más notoria en el sistema sanitario colombiano y que está escasamente desarrollada en el año 2025

2.2. Marco Teórico.

2.2.1. Espiritualidad y salud como dimensión integral

Según la literatura científica, la espiritualidad es un componente esencial en los procesos de salud y enfermedad, así como en las experiencias humanas. Desde una perspectiva conceptual, la búsqueda de sentido, propósito y trascendencia está relacionada con la espiritualidad. La religión, en cambio, tiende a tener una naturaleza institucional que se basa en prácticas y creencias compartidas (Moreira-Almeida et al., 2016; Koenig, 2018). La Asociación Mundial de Psiquiatría indica en su declaración de posición que la religión se interpreta como el elemento institucionalizado de vivencias trascendentes, en cambio, la espiritualidad está relacionada con valores esenciales, significados y metas. Moreira-Almeida y otros, 2016)

Se ha considerado que la espiritualidad, dentro del campo de la salud, es un factor que afecta la calidad de vida, el manejo de las enfermedades y la capacidad para sobreponerse al sufrimiento (Hidalgo et al., 2023; Balboni et al., 2022). Según los modelos actuales en medicina y enfermería,

el bienestar integral tiene que incluir la dimensión espiritual además de las dimensiones biológica, psicológica y social, lo cual constituye una atención realmente holística (Puchalski et al., 2014). Esta perspectiva incorpora la espiritualidad no como un componente secundario, sino como una dimensión transversal que afecta la adherencia a los tratamientos, disminuye los síntomas de ansiedad y depresión, y mejora la sensación de bienestar general en pacientes con enfermedades crónicas o terminales (Koenig, 2020; Rosmarin, Pargament & Koenig, 2021).

Asimismo, la espiritualidad ha sido relacionada con resultados clínicos positivos en una variedad de poblaciones y contextos hospitalarios. Los estudios que se han llevado a cabo en servicios de cuidados paliativos y en unidades de cuidados intensivos (UCI) señalan que incluir la atención espiritual disminuye el padecimiento existencial, aumenta la satisfacción con la atención brindada y fortalece el acompañamiento por parte de la familia (Klimasiński, 2021; Delgado-Guay et al., 2021). Además, las investigaciones llevadas a cabo en grupos de personas geriátricas y pediátricas han comprobado que la valoración espiritual es un elemento protector frente a la ansiedad, el dolor y los síndromes geriátricos. Esto proporciona instrumentos para construir resiliencia y esperanza (Avelar-González et al., 2020; Szilagyi et al., 2022).

Estos resultados han llevado a que se propongan marcos teóricos de atención centrada en la persona, los cuales incorporan de manera explícita la dimensión espiritual. Estos enfoques indican que, por medio de herramientas estandarizadas como FICA, HOPE o FACIT-sp, es posible identificar de manera temprana las necesidades espirituales y crear planes de intervención que se adapten a la diversidad cultural y religiosa de los pacientes y al contexto clínico (Puchalski et al., 2014; Hosseini et al., 2023).

Es así como se sostiene que la visión de la espiritualidad hace parte constitutiva de la atención en salud, entendida desde una perspectiva holística e interdisciplinaria. Esta perspectiva nos ofrece un fundamento para el diseño de un programa de atención espiritual en hospitales de alta complejidad, con énfasis en la valoración, la integración de equipos profesionales y la creación de protocolos basados en la evidencia científica.

2.2.2. Modelos teóricos de atención espiritual en salud

En los últimos años se han consolidado diferentes marcos conceptuales y modelos teóricos que orientan la incorporación de la dimensión espiritual en el ámbito de la salud. Uno de los más influyentes es el propuesto por Christina Puchalski y colaboradores, quienes desde el modelo de cuidado integral de la persona plantean que la espiritualidad constituye un componente esencial del bienestar y que debe ser incluida en la atención clínica de manera estructurada, particularmente en contextos de enfermedad grave y cuidados paliativos (Puchalski et al., 2014). Este enfoque sostiene que el cuidado espiritual no es exclusivo de líderes religiosos, sino que puede y debe ser promovido por todo el equipo de salud, siempre respetando las creencias y valores de cada paciente.

También vemos como Balboni et al., (2014) proponen el modelo de espiritualidad clínica, que enfatiza la integración de la espiritualidad en la práctica médica a partir de tres ejes: la evaluación sistemática de las necesidades espirituales, el fortalecimiento de la comunicación entre pacientes y profesionales, y la formación en competencias espirituales para el personal sanitario. Este modelo destaca que el abordaje de la dimensión espiritual puede tener un impacto directo en la calidad de vida, la adherencia a tratamientos y la experiencia del paciente en el sistema de salud.

En el contexto latinoamericano, autores como Delmonte et al., (2016) han desarrollado perspectivas que vinculan la espiritualidad con el campo de la salud mental y la medicina. Sus investigaciones subrayan que, en sociedades culturalmente diversas, como las de América Latina, la religión y la espiritualidad constituyen recursos fundamentales de afrontamiento para los pacientes y sus familias. En este sentido, proponen adaptar los modelos de atención espiritual a los contextos locales, garantizando que los equipos de salud integren prácticas culturalmente sensibles.

Más recientemente, la espiritualidad ha comenzado a ser reconocida como un determinante social de la salud**.** Long et al., (2024) señalan que los factores espirituales deberían incorporarse rutinariamente en las políticas y prácticas sanitarias, al igual que ocurre con otros determinantes como la educación, el ingreso o el acceso a servicios. Esta perspectiva plantea un cambio de paradigma, al considerar la espiritualidad no solo como un aspecto individual de afrontamiento, sino como un elemento estructural que influye en la equidad y la justicia en salud.

En conjunto, estos modelos teóricos muestran que la atención espiritual en salud no se limita a intervenciones puntuales, sino que constituye un marco integral que articula valores, prácticas y políticas. Su convergencia resalta la necesidad de formación interdisciplinaria, protocolos estandarizados de evaluación y espacios institucionales que permitan su implementación efectiva en hospitales y otros servicios de alta complejidad.

2.2.3. Instrumentos y metodologías para la evaluación espiritual

Para que la dimensión espiritual se incorpore en la atención de salud, es necesario no solo reconocer su relevancia, sino también contar con instrumentos metodológicos que permitan evaluarla de manera sistemática y respetuosa. En este contexto, se han creado varias herramientas que ayudan a los distintos especialistas de la salud a determinar las necesidades espirituales del paciente y su impacto en el camino y proceso de salud-enfermedad.

Uno de los más conocidos es el modelo FICA (Fe, Importancia, Comunidad y Atención en el cuidado), desarrollado por Puchalski y colaboradores, (ver anexo 1) el cual ha demostrado ser una herramienta práctica para que médicos, enfermeras y otros profesionales puedan explorar de forma breve la espiritualidad del paciente durante la anamnesis clínica (Borneman et al., 2010). Este instrumento se centra en el valor de la fe o creencias, el papel que estas juegan en la vida del paciente, la comunidad religiosa o espiritual de apoyo, y también cómo los profesionales pueden acompañar dichas necesidades en el marco del tratamiento.

De igual modo, el HOPE (Hope, Organized religion, Personal spirituality, Effects on care) (consultar anexo 2) es otra herramienta que ha sido validada extensamente y que contribuye a organizar la conversación clínica acerca de la espiritualidad. Este instrumento destaca de manera particular la importancia de la esperanza y cómo las creencias individuales influyen en las decisiones médicas (Fonseca 2022).

En los últimos años, también se ha promovido el uso de cuestionarios estandarizados como el FACIT-Sp (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-being), (ver anexo 3) ampliamente utilizado en pacientes con enfermedades crónicas y oncológicas. Según

Bredle et al. (2011), este instrumento ha mostrado una gran fiabilidad psicométrica para evaluar el bienestar espiritual mediante dimensiones como la fe, la paz interior y el sentido de la vida. Su utilidad ha sido corroborada en varios entornos culturales, lo cual lo transforma en una herramienta de referencia a nivel global. Es importante señalar la validación y adaptación de escalas en español en el contexto iberoamericano.

Por ejemplo, Fernández-Pascual et al. (2024); Vargas-Escobar (2015) Se validó la versión española de la Escala de Clasificación Espiritual y del Cuidado Espiritual (SSCRS-Sp) (consultar anexo 4) entre enfermeros, demostrando que tenía una consistencia interna apropiada y corroborando su eficacia para valorar cómo se percibe la espiritualidad y el cuidado espiritual en contextos clínicos. Estos instrumentos muestran que la evaluación espiritual ha evolucionado de ser un elemento marginal o empírico para convertirse en una parte estructurada del procedimiento clínico. No obstante, su implementación no solo requiere herramientas validadas, sino también la formación del personal de salud para que las aplique con competencia cultural, sensibilidad y ética.

2.2.4. Intervenciones basadas en espiritualidad en la práctica clínica

En los últimos años, las intervenciones relacionadas con la espiritualidad en la práctica clínica han adquirido importancia como parte de un enfoque integral para cuidar la salud. Estas acciones tienen como objetivo reconocer la espiritualidad como una herramienta de resiliencia y afrontamiento que influye positivamente en la calidad de vida, el bienestar emocional y todo el ciclo del proceso de salud-enfermedad de los pacientes y sus seres queridos.

Según Balboni et al. (2022), entre las técnicas más empleadas se incluyen el yoga, la meditación, la oración y el mindfulness: intervenciones cuerpo-mente que han mostrado resultados beneficiosos en cuanto a disminuir el dolor, la depresión y la ansiedad, así como aumentar la regulación de las emociones y el manejo frente a patologías crónicas o terminales.

Estas prácticas, a pesar de que tienen sus raíces en variadas tradiciones culturales y religiosas, se han incorporado al ámbito clínico como intervenciones complementarias fundamentadas en la evidencia. La atención espiritual interdisciplinaria, en la que participan

médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, entre otros para brindar soporte a nivel espiritual, es otro elemento relevante.

Investigaciones recientes indican que esta clase de cooperación promueve la comunicación entre los profesionales y posibilita un enfoque más sensible y a la medida de las necesidades espirituales, particularmente en contextos de enfermedades graves y cuidados paliativos (Ferrel et al., 2023).

También descubrimos otras formas de terapia, como la musicoterapia espiritual y la narración de historias (*life review*), que se han convertido en herramientas para fomentar en los pacientes hospitalizados la expresión de sus valores, emociones y creencias. Estas prácticas no solo disminuyen el sufrimiento espiritual, sino que también fomentan el fortalecimiento de la esperanza y la percepción de dignidad durante los últimos instantes de vida (Caldeira et al., 2017).

En Latinoamérica, se han registrado experiencias de telesalud espiritual a lo largo de la pandemia de COVID-19. Esto evidencia que, mediante plataformas digitales, se puede brindar apoyo a los enfermos y sus familias en el ámbito espiritual y psicológico. Según Palma y colaboradores (2021), estas acciones no solamente aumentaron la probabilidad de recibir atención, sino que también resaltaron el rol de la tecnología como un puente para mantener el soporte espiritual en circunstancias de aislamiento.

Algunos de los datos existentes corroboran que las intervenciones basadas en la espiritualidad tienen que ser vistas como una parte esencial de un modelo asistencial orientado a la persona, no como prácticas opcionales o complementarias independientes. El hecho de que se incorporen de forma sistemática a los programas hospitalarios posibilita una respuesta ética y humanizada a un aspecto esencial del cuidado, relacionado con la dignidad, la trascendencia y el sentido de vida de cada paciente.

2.2.5. Capacitación profesional en espiritualidad y salud

El adiestramiento de los profesionales sanitarios en cuestiones vinculadas a la espiritualidad se ha convertido en un componente fundamental para asegurar un enfoque completo al atender a

los pacientes. La faceta espiritual ha sido descuidada en los planes de estudio de medicina y enfermería a lo largo del tiempo, lo que ha restringido el avance de habilidades para reconocer y afrontar dichas necesidades de forma organizada (Saad et al., 2020).

La relevancia de formar al personal sanitario en evaluación y atención espiritual ha sido resaltada por varias organizaciones internacionales. En particular, la Asociación Brasileña de Psiquiatría ha divulgado guías que resaltan la relevancia de incluir el historial espiritual en la anamnesis clínica, brindando directrices para incorporar esta dimensión en el trabajo cotidiano de médicos, psicólogos y otros expertos (Mosqueiro et al., 2023). Esta clase de manuales representa un gran avance para transformar la atención espiritual en una norma clínica.

Los datos empíricos muestran que la capacitación interprofesional en espiritualidad perfecciona las aptitudes comunicativas, favorece la empatía y disminuye la percepción de sufrimiento moral en los equipos clínicos. La formación de médicos, enfermeras, capellanes, trabajadores sociales y otros colaboradores en contextos de cuidados intensivos y oncológicos pediátricos fomenta el desarrollo de habilidades compartidas para proporcionar apoyo espiritual y mejora la colaboración interdisciplinaria (Szilagyi et al., 2022; Kubitza et al., 2023).

Asimismo, la capacitación ha evidenciado tener un efecto favorable en el bienestar de los empleados sanitarios y en la satisfacción laboral, pues disminuye el peso emocional que significa cuidar a los pacientes en circunstancias de dolor espiritual. Siguiendo este hilo, la capacitación no solo tiene un efecto en la calidad del servicio que se brinda, sino también en la salud mental y la capacidad de resiliencia de los equipos (Kubitza et al., 2023).

En América Latina, aún existen desafíos para incorporar oficialmente la espiritualidad en los programas académicos de pregrado y posgrado relacionados con las ciencias de la salud. No obstante, se nota un interés en aumento por incorporar este aspecto en materias vinculadas con la bioética, la comunicación clínica y los cuidados paliativos.

2.2.6. Espiritualidad y bioética en el ámbito hospitalario

En la legitimación de incorporar la espiritualidad en el cuidado de la salud, sobre todo en situaciones hospitalarias en las que los conflictos clínicos van más allá de lo estrictamente

biomédico, ha jugado un papel fundamental la bioética. La atención espiritual se conecta directamente con conceptos bioéticos como la justicia, la no maleficencia, la beneficencia y la autonomía en situaciones de gran complejidad, por ejemplo, en los programas de cuidados paliativos o las unidades de cuidados intensivos (Puchalski et al., 2009).

Desde el punto de vista de la autonomía, tener en cuenta las creencias religiosas y espirituales del paciente se vuelve un requisito indispensable para tomar decisiones informadas. Si se niega o se minimiza esta dimensión, puede infringirse el derecho del paciente a expresar sus valores durante la terapia. De igual manera, la beneficencia y la no maleficencia exigen que el equipo de salud trate las necesidades espirituales como parte del alivio del sufrimiento, evitando de esta forma los daños que podrían presentarse si se ignora este aspecto en la atención (Balboni et al., 2022).

La espiritualidad ha sido identificada también como un pilar de la justicia en salud, dado que asegura una atención justa y respetuosa con la diversidad religiosa y cultural. Dado que en países latinoamericanos la pluralidad espiritual es muy amplia, esta dimensión tiene mayor importancia porque abarca no solo las preferencias individuales, sino también prácticas colectivas que están firmemente arraigadas en el tejido social (Delgado-Guay et al., 2021).

Por otro lado, la bioética aplicada a la asistencia espiritual presenta el desafío de mantener una postura neutral a nivel institucional. Como lugares plurales, los hospitales tienen el deber de garantizar que los servicios de acompañamiento espiritual se ofrezcan con un enfoque abierto y respetuoso, sin que una tradición religiosa sea vista como más importante que otra. Esto implica instruir a los profesionales para que ofrezcan un acompañamiento basado en principios universales de compasión y dignidad, sin imponer creencias particulares (Saad et al., 2020).

Por lo tanto, podemos afirmar que la convergencia entre la espiritualidad y la bioética refuerza el modelo de atención centrada en el individuo, fomentando un cuidado que tiene en cuenta la globalidad del ser humano y que se basa en principios éticos que pueden aplicarse al ejercicio clínico hospitalario.

2.2.7. Espiritualidad y salud mental

La conexión entre la salud mental y la espiritualidad ha suscitado un interés creciente en los estudios científicos, pues se ha determinado que las convicciones espirituales y religiosas pueden desempeñar el papel de un factor protector frente a la depresión, la ansiedad y el sufrimiento existencial. De acuerdo con diversos estudios, la espiritualidad está relacionada con un incremento en la capacidad de resiliencia, esperanza y afrontamiento positivo en circunstancias de enfermedad; por lo tanto, se transforma en un recurso esencial para que el paciente se recupere a nivel psicosocial (Rosmarin et al., 2021).

En entornos de hospitales, incorporar la espiritualidad en la práctica clínica de la salud mental no solo hace posible tratar el aspecto psicológico del paciente, sino también el que tiene que ver con el sentido y propósito de su vida. Según Puchalski et al. (2009), el cuidado espiritual, cuando se integra interdisciplinariamente, optimiza la relación terapéutica y hace más simples los procesos de comunicación empática y humana entre pacientes, familias y profesionales médicos.

Por otra parte, investigaciones recientes han resaltado la eficacia de las intervenciones psicológicas que se ajustan al contexto religioso o espiritual del paciente. Abreu Costa y Moreira-Almeida (2022) documentan la efectividad de la terapia cognitivo-conductual adaptada a la religión (TCC-R), que ha demostrado su habilidad para reducir síntomas de depresión y ansiedad, lo que refuerza el cumplimiento de las terapias convencionales. Estos hallazgos señalan que la dimensión espiritual no debe ser vista como un componente secundario, sino como una parte vital de la atención clínica en lo que respecta a la salud mental.

Además, el reconocimiento de la espiritualidad ayuda a evitar que el personal sanitario sufra de síndrome de burnout y deterioro moral. Según una revisión de Kubitza et al. (2023), La espiritualidad puede incrementar la resiliencia en los equipos de cuidados críticos, aliviando el sufrimiento moral y promoviendo un bienestar superior entre los profesionales. Esto es especialmente relevante en sistemas de salud que son muy exigentes, en los cuales los equipos clínicos suelen enfrentarse a situaciones difíciles y decisiones que tienen un fuerte impacto emocional.

2.2.8. Espiritualidad en cuidados paliativos y fin de vida

En los cuidados paliativos, el cuidado espiritual es un aspecto fundamental en la búsqueda de una atención plenamente integral y centrada en la persona. La espiritualidad se vuelve un recurso importante para lidiar con el sufrimiento, hallar sentido en la vivencia de la enfermedad y ayudar a que los pacientes y sus familias sean acompañados, en situaciones de fin de vida. De acuerdo con Puchalski et al. (2009), el enfoque espiritual es inseparable de los cuidados paliativos, porque permite reconocer las esperanzas, creencias y valores del paciente como componentes del proceso terapéutico.

Investigaciones actuales han evidenciado que, si se incorporan acciones espirituales en los equipos de cuidados paliativos, se logra un aumento en la satisfacción con el cuidado recibido y mejora la calidad de vida. Wisesrith, et al (2021) señalan que atender las necesidades espirituales de los pacientes con cáncer terminal no solo reduce la angustia emocional, sino que fomenta, además, una aceptación más amplia de la enfermedad y un paso más apacible hacia el final de la vida.

De manera similar, Delgado-Guay et al. (2021), en una investigación multicéntrica con pacientes latinoamericanos con cáncer avanzado, demuestran que la religiosidad y la espiritualidad funcionan como elementos de resiliencia ante el dolor espiritual y los síntomas relacionados; no obstante, también indican que más de la mitad de los pacientes manifiestan que sus necesidades espirituales no son completamente satisfechas en los contextos hospitalarios. Este hallazgo evidencia la distinción entre reconocer la espiritualidad como un elemento de la salud y ponerla en práctica de forma sistemática en el ejercicio clínico.

Se ha reconocido a la enfermería como un componente fundamental para brindar atención espiritual en las últimas etapas de la vida, en lo que se refiere al equipo de salud. Según Batstone et al. (2020), una enfermería auténticamente holística incluye el ámbito espiritual en su práctica diaria, lo que ayuda a humanizar la atención. Simultáneamente, capacitarse en habilidades espirituales es fundamental para que médicos, psicólogos, capellanes y otros profesionales puedan abordar de manera interdisciplinaria las necesidades de los pacientes y sus familias con sensibilidad.

En resumen, la perspectiva espiritual en los cuidados paliativos y al final de la vida fortalece la dignidad del individuo y ayuda a que la atención médica no se restrinja a lo biomédico, sino que abarque toda la experiencia humana, incluyendo lo físico, lo emocional, lo social y lo trascendental.

2.2.9. Espiritualidad en pediatría y adolescencia

En pediatría y adolescencia, la atención espiritual es una rama emergente de la medicina hospitalaria que reúne el cuidado clínico, la asistencia a las familias y el crecimiento integral del niño. A diferencia de los adultos, los niños y adolescentes pasan por procesos de búsqueda de sentido, construcción de identidad y dependencia familiar, lo cual hace que la dimensión espiritual sea un recurso fundamental para su manejo frente a la enfermedad y la hospitalización (Wiener et al., 2013).

Diversos estudios han demostrado que la espiritualidad y la religión han funcionado como instrumentos de resiliencia en estos grupos etarios, mejorando su capacidad para afrontar el dolor, la incertidumbre y los peligros vitales. En un estudio piloto sobre la atención espiritual interprofesional en hematología-oncología pediátrica, Szilagyi et al. (2022) evidenciaron que la implementación de programas de capacitación en atención espiritual hizo que los pacientes, sus familias y los equipos médicos se comunicaran mejor y sintieran más apoyo.

Según la literatura, las familias de los pacientes pediátricos que padecen enfermedades graves a menudo confían en la espiritualidad para encontrar esperanza y tomar decisiones difíciles. Esto convierte el cuidado espiritual en un componente esencial de la atención centrada en la familia (Rossato et al., 2021). En esta línea, no solo se cuida al paciente, sino también a su círculo cercano, que siente miedo, sufrimiento y la necesidad de hallar consuelo en creencias trascendentes.

Una vez más, autores como Puchalski et al. (2014) han subrayado que la espiritualidad en pediatría debe tratarse desde una perspectiva interdisciplinaria que incluya a médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y capellanes, asegurando que las prácticas de fe y los rituales importantes para cada familia puedan ser honrados en el entorno hospitalario. Esta perspectiva no solo mejora el bienestar emocional, sino que también incrementa la calidad de la atención integral durante los momentos más críticos del ciclo de vida.

2.2.10. Espiritualidad en enfermedades crónicas y hospitalización prolongada

No solo los enfermos, sino también sus familiares más allegados, se ven impactados por la situación de padecimiento de una enfermedad en todos los aspectos: físico, espiritual, psicológico y social. Según las pruebas (Pham et al., 2020), es imprescindible la espiritualidad para afrontar el sufrimiento continuo, la incertidumbre y las limitaciones que estos procedimientos de salud-enfermedad traen consigo.

Los individuos que padecen enfermedades crónicas, como cáncer, insuficiencia cardíaca, enfermedades autoinmunes o problemas renales, frecuentemente atraviesan un sufrimiento existencial y cuestionamientos vinculados con el sentido de la vida, la justicia del sufrimiento y la esperanza en lo que está por venir. Balboni et al. (2022) sostienen que la atención espiritual, cuando es integrada en el cuidado clínico, no solo mejora la calidad de vida y la resiliencia del paciente, sino que también reduce la carga emocional de las familias y facilita la toma de decisiones compartida.

Asimismo, investigaciones hechas en Latinoamérica han evidenciado que la espiritualidad, aun cuando no esté ligada a la práctica religiosa institucional, ayuda a disminuir la angustia espiritual y favorece una mejor percepción del bienestar en pacientes que son hospitalizados durante períodos prolongados (Klimasiński et al., 2022). En este sentido, la espiritualidad funciona como un soporte en situaciones en las que el sufrimiento no se puede mitigar siempre desde lo biomédico.

Por otra parte, el equipo médico reconoce que las hospitalizaciones prolongadas necesitan una atención espiritual más visible y estructurada, ya que la atmósfera del hospital puede parecer fría, impersonal y rutinaria. Cuando se realizan prácticas de cuidado espiritual en instituciones de alta complejidad, la relación terapéutica se vuelve más humana y se fortalece; esto abarca desde escuchar activamente hasta ayudar a realizar rituales significativos (Puchalski et al., 2014).

2.2.11. Espiritualidad y personal de salud

En los últimos años, el papel del personal de salud en el cuidado espiritual ha adquirido cada vez más relevancia, ya que se ha reconocido que no solamente los pacientes tienen

necesidades espirituales, sino también los profesionales están sometidos a elevados niveles de estrés, sufrimiento vicario y riesgo de agotamiento. Según la literatura, el acompañamiento espiritual no debe estar limitado solamente a los capellanes o las figuras religiosas. Si los equipos son preparados en habilidades de escucha activa, comunicación empática y reconocimiento de las dimensiones existenciales de la enfermedad, puede ser parte integral de una práctica clínica (Balboni et al., 2022).

De acuerdo con varios estudios, reforzar la dimensión espiritual de los trabajadores sanitarios ayuda a aumentar la resiliencia, elevar el contento en el trabajo y reducir el desgaste emocional, particularmente en situaciones complejas como las unidades de cuidados intensivos o cuando se trata de enfermedades avanzadas (Kubitza et al., 2023). Además, los programas de educación interprofesional enfocados en el cuidado espiritual han resultado beneficiosos para la formación de enfermeros, trabajadores sociales, médicos y psicólogos. Según Szilagyi et al. (2022), estos programas fomentan una perspectiva interdisciplinaria que satisface de manera óptima las necesidades del paciente y su familia.

De este modo, la espiritualidad se transforma en un instrumento tanto para los pacientes como para los profesionales que les brindan atención. La inclusión de esta dimensión en la práctica profesional permite al personal sanitario no solo contribuir a que el bienestar de los pacientes mejore, sino también hallar un método para cuidarse a sí mismo, lo cual favorece una práctica más humana y sostenible, acorde con la visión holística de la medicina contemporánea.

2.2.12. Espiritualidad en la familia y cuidadores

La atención espiritual en el entorno hospitalario no se restringe al enfermo, sino que se expande de forma natural hacia los familiares y los que lo cuidan. Según varios estudios, las necesidades espirituales de los familiares, especialmente en situaciones de enfermedad terminal o grave, son tan importantes como las de los propios pacientes. Esto se debe a que representan un recurso esencial para hacer frente a la angustia y al dolor anticipado, así como para el proceso de tomar decisiones (Balboni et al., 2022).

Durante los cuidados paliativos, la familia se convierte en un núcleo de acompañamiento que también requiere apoyo espiritual. Según Puchalski et al. (2009), el tratamiento de las necesidades de los cuidadores no solo mejora su bienestar a nivel espiritual y emocional, sino que también eleva la calidad del cuidado que recibe el paciente. Además, investigaciones recientes señalan que discutir sin reservas los valores y convicciones espirituales en el entorno familiar ayuda a tomar decisiones médicas más acordes con lo que desea el paciente y reduce las disputas en situaciones complicadas (Kuckel et al., 2022).

En América Latina, investigaciones multicéntricas han informado que los familiares de personas con enfermedades en etapas avanzadas consideran la espiritualidad como un factor que refuerza la esperanza, fomenta la resiliencia y ayuda a aceptar la enfermedad (Delgado-Guay et al., 2021). Esto enfatiza que los programas de hospitales deben incorporar en sus protocolos áreas de acompañamiento espiritual a nivel familiar, no solo como soporte emocional, sino también como método para hacer más humanos los procesos de atención y reducir el sufrimiento colectivo.

Por lo tanto, al considerar la espiritualidad como un recurso de afrontamiento para los enfermos y sus familias se debe reforzar modelos de atención hospitalaria más completos, en los que se fomente la intervención de capellanes, psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales sanitarios en equipos interdisciplinarios que guíen a la familia durante su proceso de enfermedad y duelo.

2.3. Marco Conceptual.

Para distinguir la espiritualidad de otras nociones afines, como la religiosidad o la religión, que, aunque están relacionadas no son lo mismo, es fundamental comprenderla como una categoría de análisis en el campo de la salud. Según la Asociación Mundial de Psiquiatría (Moreira-Almeida et al., 2016), puede definirse a la espiritualidad como una dimensión intrínseca de la experiencia de los seres humanos que guarda relación con lo sagrado, la trascendencia o una realidad suprema. Esta dimensión está fuertemente ligada a nuestros valores y al propósito y sentido de vida. Es un aspecto que puede desarrollarse a nivel individual, comunitario o dentro de las tradiciones culturales, sin requerir la adherencia obligatoria a un credo particular.

La religión, en contraposición, es percibida generalmente como la expresión institucionalizada de lo espiritual. Esta última es un sistema organizado de creencias y prácticas que giran alrededor de lo divino o sagrado dentro de una comunidad específica. La espiritualidad está relacionada con la experiencia personal y el afán de encontrarle sentido a la vida, mientras que la religión se conecta con las estructuras, los rituales y las normas compartidas (Koenig, 2012; Peteet 2019; Alexander Moreira-Almeida et al., 2018). Dado que posibilita un enfoque más amplio de la dimensión espiritual de los pacientes, incluso para aquellos que no se identifican con una religión particular, esta distinción es importante para el campo de la salud.

En este contexto, el cuidado espiritual hace referencia al grupo de intervenciones que buscan satisfacer las necesidades existenciales, trascendentales y de sentido que surgen en circunstancias de enfermedad, dolor o final de la vida. Puchalski et al. (2009) afirman que esto supone reconocer, por un lado, las creencias y valores del paciente y, por el otro, establecer espacios para brindar apoyo, escuchar y acompañar que fortalezcan la resiliencia y la capacidad de enfrentar adversidades. Este cuidado no se restringe solamente a la esfera religiosa o al trabajo de los ministros de culto; es un proceso interdisciplinario en el que capellanes, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeras y médicos pueden ejercer un papel activo, siempre respetando la cosmovisión y autonomía del paciente.

Por lo tanto, la investigación actual se basa en un triángulo conceptual que incluye la religión, la espiritualidad y el cuidado espiritual. Estas ideas no solamente contribuyen a especificar los objetivos del programa sugerido, sino que además justifican la importancia de incorporar el aspecto espiritual como un elemento del enfoque integral de atención en hospitales de alta complejidad.

Los instrumentos para evaluar las necesidades espirituales, como el HPSNQ, han obtenido recientemente un mayor reconocimiento. El cuestionario, que fue desarrollado y validado en entornos de hospitales, presenta propiedades psicométricas confiables y válidas; por ende, se establece como un instrumento útil para evaluar las necesidades espirituales de los pacientes internados en hospitales (Hosseini et al., 2023). La escala SSCRS-Sp, además, ha sido validada entre enfermeros, lo que ha demostrado una alta consistencia interna y validez conceptual. Por eso,

es un recurso útil para valorar cómo ven los profesionales la atención espiritual en entornos clínicos hispanohablantes (Fernández-Pascual et al., 2024).

Las guías producidas por la Asociación Brasileña de Psiquiatría, por otro lado, subrayan que es relevante incluir una historia espiritual estandarizada como parte del proceso clínico —lo cual resulta particularmente beneficioso en situaciones de salud mental— y criterios definidos para diferenciar entre inquietudes espirituales y síntomas psiquiátricos (Mosqueiro et al., 2023). Este enfoque asegura que el tratamiento esté en consonancia con las creencias del individuo sin patologizar su espiritualidad y, además, hace más sencillo el desvío hacia recursos específicos.

El trabajo de revisión sistemática publicado en JAMA (Balboni et al., 2022) enfatiza la relación entre la espiritualidad y la calidad de vida en enfermedades graves. Asimismo, fomenta un modelo de atención personalizado que incorpora el aspecto espiritual como elemento esencial para proporcionar una atención compasiva y coherente.

El trabajo de Long et al. (2024) sugiere que la espiritualidad es un determinante de salud de largo alcance, lo que significa que las políticas, prácticas y sistemas sanitarios deberían ser construidos considerando este aspecto; esto tiene consecuencias directas para cómo se estructuran los programas clínicos a nivel institucional.

2.4. Marco Contextual.

La atención espiritual en hospitales de alta complejidad no se puede entender independientemente, sino que debe considerarse dentro de un contexto nacional y regional que muestra tanto logros como obstáculos. La fragmentación y la desigualdad son características de los sistemas de salud en América Latina, lo que limita la posibilidad de brindar una atención completa que contemple el aspecto espiritual. En un estudio multicéntrico que involucró 257 unidades de cuidados intensivos (UCI) de nueve naciones latinoamericanas, se evidenció una alta tasa de mortalidad (17,8%) y una cobertura desigual en términos de recursos humanos y tecnológicos, con escasos especialistas disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana. Esta situación

representa un escenario complicado para implementar servicios integrales de atención, incluyendo la espiritualidad (Estenssoro et al., 2017).

En el ámbito de las políticas sanitarias, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, 2022) resaltó que las naciones latinoamericanas han progresado hacia modelos de atención centrada en el individuo, con el objetivo de integrar más los niveles asistenciales y fortalecer la atención primaria. No obstante, todavía existen diferencias en la inclusión de elementos espirituales y culturales que son esenciales en sociedades muy diversas y religiosas. Un ejemplo de esto es una investigación realizada en pacientes oncológicos de República Dominicana. Este estudio, que enfatiza la relevancia de incluir este elemento en el trabajo de los grupos de salud, evidenció que la espiritualidad y la religión son cruciales para afrontar una enfermedad (López-Sierra, 2019).

Asimismo, la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos ha difundido competencias concretas para el cuidado espiritual en los cuidados paliativos, enfatizando lo relevante que es formar equipos interdisciplinarios y tener sensibilidad cultural en los grupos sanitarios (Espinel & Colautti, 2020).

En Colombia, los hospitales de alta complejidad enfrentan retos particulares que surgen del envejecimiento poblacional, la presión epidemiológica por las enfermedades crónicas y la elevada demanda de servicios en áreas urbanas con una gran concentración de población.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2016), Colombia ha ido implementando gradualmente un enfoque de atención centrado en la persona (ACP), conforme a lo que indica la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Este enfoque tiene como objetivo asegurar una atención diferenciada y con perspectiva biopsicosocial. Estas políticas permiten que el cuidado espiritual se incluya como un componente de la atención integral.

Ya se han realizado en hospitales de referencia nacional y universitarios, como el Instituto Nacional de Cancerología, experiencias relacionadas con la evaluación espiritual en situaciones oncológicas. Estas investigaciones demuestran que existe una correlación positiva entre la espiritualidad y los pacientes con un diagnóstico oncológico avanzado (Muñoz-Medina 2023).

Asimismo, estudios nacionales han evidenciado que Bienestar Espiritual es fundamental para la humanización de los servicios hospitalario, por lo que contribuye no solo a la mejora continua sino también a la garantía de calidad, (OJG Ramírez · 2019) No obstante, la ausencia de lineamientos nacionales específicos sobre asistencia espiritual limita su incorporación sistemática en los planes de atención hospitalaria.

Es necesario entender la atención espiritual en hospitales de alta complejidad de Bogotá, Colombia, dentro de un marco contextual específico que muestre tanto los retos como los logros particulares de esta situación institucional. Si ben la investigación parte de un programa general que puede ser replicado en distintos hospitales de alta complejidad, en particular, el Hospital Universitario San Ignacio y el Instituto Nacional de Cancerología, son dos centros de referencia nacional que enfrentan retos derivados de la alta carga epidemiológica, la complejidad clínica de sus pacientes y la demanda creciente por una atención integral y humanizada (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Estas organizaciones han ganado experiencias tempranas en la valoración y cuidado de la dimensión espiritual, sobre todo en pacientes con diagnósticos crónicos o de cáncer. Muñoz-Medina (2023) comprobó que este proceso tiene una correlación positiva con la mejora de la calidad de vida y el bienestar emocional. No obstante, estas prácticas todavía no se han sistematizado ni formalizado en protocolos de la institución, lo que indica que no hay un marco organizado para la atención espiritual centrada en el paciente.

Los estudios multicéntricos observados en la región latinoamericana reflejan situaciones de atención intensiva con retos en términos de recursos tecnológicos y humanos que restringen la incorporación completa de servicios espirituales durante los cuidados hospitalarios (Estenssoro et al., 2017). Además, Espinel y Colautti (2020) han destacado que es fundamental la sensibilidad cultural y la capacitación interdisciplinaria para llevar a cabo el cuidado espiritual en situaciones clínicas difíciles.

En Colombia, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) fomentan una perspectiva biopsicosocial y diferencial que permite incluir el cuidado espiritual como un componente fundamental de la atención centrada en la persona

(Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Sin embargo, la falta de directrices nacionales concretas para el apoyo espiritual restringe su implementación práctica y sistemática en hospitales complejos, como los que se han mencionado. Así, la creación de un Programa de Atención Espiritual enfocado en el paciente para el Instituto Nacional de Cancerología y el Hospital Universitario San Ignacio es una necesidad real y apremiante, que se ajusta a las pautas nacionales e internacionales, pero está orientada a su implementación práctica. Este programa pretende ser un modelo replicable que contribuya a la humanización y mejora continua de la calidad de vida de los pacientes en estos centros, generando evidencia aplicable a otros hospitales de la región

2.5. Marco Legal y Normativo.

La espiritualidad, reconocida hoy como un componente esencial del bienestar humano, ha sido progresivamente incorporada en lineamientos internacionales, legislaciones nacionales y códigos éticos que regulan la atención en salud. De este modo, resaltamos el soporte fundamental para justificar la inclusión de esta dimensión en los servicios hospitalarios, al tiempo que se busca que la atención espiritual se brinde con respeto, equidad y profesionalismo.

Referentes internacionales

La Constitución de la OMS en el año 1946 establece la visión amplia de la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, que sirve como marco conceptual para incorporar otras dimensiones del bienestar humano en políticas sanitarias (WHO, 1946). La resolución WHA37.13, adoptada en 1984 por la Asamblea Mundial de la Salud, invitó a los Estados miembros a incluir aspectos espirituales y culturales en sus planes de acción para la salud pública (WHO, 1984). La resolución WHA37.13 se ha mencionado como fuente para defender que en el ámbito de la salud se incluyan prácticas y políticas que tengan en cuenta la espiritualidad, aunque la palabra "espiritual" no fue añadida oficialmente a la definición constitucional de la OMS.

La Declaración Universal de la UNESCO sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) destaca el respeto por la diversidad espiritual, moral y cultural de los individuos, y establece principios que guían las políticas sanitarias y la práctica clínica en contextos plurales. Esta

afirmación reafirma el deber ético que tienen los sistemas de salud de respetar las creencias y valores personales de los pacientes, así como de tener en cuenta aspectos no solo biomédicos cuando se toman decisiones clínicas (UNESCO, 2006).

También se ha reconocido, a través de guías y estándares de acreditación institucional, la importancia de tener en cuenta las dimensiones espirituales al evaluar a un paciente. Por ejemplo, en países con políticas hospitalarias avanzadas (como la de The Joint Commission en Estados Unidos), se aconseja incluir procesos de evaluación de creencias y preferencias que contemplen lo espiritual como un elemento importante de la atención centrada en el individuo (The Joint Commission, 2019). Estos referentes globales proporcionan criterios aplicables que contribuyen a convertir la responsabilidad normativa y ética en procesos institucionales, tales como secciones de historia clínica, protocolos de derivación y documentación de procedimientos espirituales.

Normatividad colombiana relevante

La integración de la dimensión espiritual en la atención sanitaria está permitida y respaldada por componentes del marco jurídico colombiano. Primeramente, la Constitución Política de Colombia (artículos 18 y 19) consagra la libertad de cultos y de conciencia; además, en su artículo 49 establece que la salud es un derecho esencial. Estos principios imponen al Estado el deber de asegurar el acceso integral y respetuoso a los servicios sanitarios (Constitución Política de Colombia 1991).

El concepto de integralidad y calidad en la prestación de servicios se ve fortalecido por la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (derecho fundamental a la salud), que establece un marco que permite y demanda que la atención vaya más allá de los aspectos meramente biológicos, siempre respetando la autonomía y el consentimiento informado del usuario (Congreso de Colombia, 2015). De manera complementaria, la Ley 1733 de 2014 (Ley Consuelo Devis Saavedra) establece regulaciones sobre los cuidados paliativos en Colombia y, a través de un enfoque integral para el tratamiento de enfermedades crónicas y terminales, incorpora explícitamente el apoyo espiritual y psicosocial; este mandato es particularmente relevante para poner en marcha servicios de acompañamiento espiritual en hospitales complejos (República de Colombia, 2014).

En lo que respecta a la habilitación de proveedores y a la regulación asistencial, la Resolución 3100 del año 2019 establece las condiciones de inscripción y habilitación de los servicios sanitarios. Esta resolución incluye criterios enfocados en el usuario, la calidad y la seguridad, que facilitan el establecimiento de procesos de humanización y registro clínico (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019). La Resolución 429 de 2016, la cual introdujo la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), instauró el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Este modelo se enfoca en que los servicios sean integrales, continuos y aceptables, lo que permite incorporar evaluaciones e intervenciones que estén alineadas con las necesidades y valores espirituales y culturales de la ciudadanía (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Por último, los lineamientos para la investigación en salud (Resolución 8430 de 1993) establecen pautas técnicas y éticas que se aplican al crear evidencia y gestionar datos de pacientes. Estos son aspectos que deben tenerse en cuenta al evaluar o investigar el impacto y la eficacia de un programa de asistencia espiritual (Ministerio de Salud, 1993).

Estos instrumentos indican que las regulaciones y leyes colombianas no solo permiten, sino que incluso pueden requerir incluir la dimensión espiritual en la práctica clínica, siempre que se respeten los marcos de dignidad humana, libertad de conciencia y evidencia técnica.

Derechos humanos, ética clínica y calidad

Los códigos profesionales y de ética que regulan la atención clínica en Colombia exigen que se respete la fe y la espiritualidad del paciente, además de que reciba un trato digno. Esto está vinculado con el derecho a la libertad de religión y conciencia (Declaración Universal de Derechos Humanos, 1948). La Ley 23 de 1981, también conocida como Código de Ética Médica, requiere que los expertos respeten la dignidad y los valores humanos. Esto significa que cualquier intervención espiritual tiene que hacerse con el consentimiento informado, sin proselitismo y tomando en cuenta la sensibilidad cultural (República de Colombia, 1981).

La regulación y las directrices internacionales sugieren, en lo que respecta a la gestión y la calidad, que la valoración espiritual debe estar incorporada tanto en los procesos de atención como en la historia clínica; así, se facilitará el acceso a la información por parte de los equipos

interdisciplinarios y se favorecerá la continuidad del cuidado. La incorporación de indicadores de calidad que incluyan satisfacción, respeto a valores, reducción del sufrimiento y coordinación de la atención es compatible con las exigencias de acreditación y control de gestión contempladas en la normativa de habilitación (The Joint Commission s.f.; Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Implicaciones para el diseño del programa de asistencia espiritual

A la luz de lo anterior, el diseño de un programa de asistencia espiritual debe articularse con obligaciones y oportunidades normativas concretas entre ellas: (1) garantizar respeto a la libertad de conciencia y a la no discriminación (Constitución y leyes), (2) integrar la valoración espiritual en la historia clínica y en los flujos de interconsulta, siguiendo criterios de documentación y confidencialidad (Resolución 3100/2019; buenas prácticas de acreditación), (3) orientar las intervenciones en el marco de cuidados paliativos cuando corresponda acorde a la Ley 1733/2014 (Congreso de Colombia, 2014) y (4) prever la evaluación e investigación del programa respetando normas éticas acorde a la Resolución 8430/1993 (República de Colombia, 2014). Además, la inclusión de la dimensión espiritual en la planificación institucional encuentra soporte en la PAIS acorde a la Resolución 429/2016 (Ministerio de Salud y Protección social, 2016) y en la interpretación de la integralidad que establece la Ley 1751/2015 (Congreso de la república, 2015).

El diseño de un programa de ayuda espiritual tiene que basarse en un marco normativo estricto que asegure la protección de los derechos esenciales de los pacientes, incorporando el aspecto espiritual a los procedimientos clínicos y administrativos con ética y sistematicidad. El hecho de cumplir con estas obligaciones legales y estar en conformidad con políticas de atención centrada en la persona facilita no solo que se dé respuesta a las exigencias sociales e institucionales, sino también que se mejore la calidad de vida del paciente y la humanización del cuidado. Esta perspectiva estratégica y normativa proporciona el apoyo esencial para desarrollar una propuesta que sea viable, relevante y coherente con los estándares nacionales e internacionales vigentes, asegurando la integración sostenible y efectiva de la atención espiritual en el entorno hospitalario de Colombia.

CAPÍTULO 3. Fundamentos metodológicos y resultados de investigación.

En este capítulo, describiremos los principios metodológicos que guían el avance de esta investigación, cuyo objetivo es sugerir la creación de un programa institucional de cuidado espiritual para hospitales con alta complejidad, utilizando un enfoque centrado en la persona. En relación con la naturaleza del estudio, se adoptó una metodología de tipo cualitativo y documental, que permite revisar, analizar y sintetizar experiencias, conceptos y modelos existentes (si los hay) relacionados con la atención espiritual en el ámbito hospitalario. Vale la pena destacar que lo que se describe en el presente capítulo no es información recolectada en campo sino lo encontrado y revisado en la literatura científica vigente que permita orientar la presentación del resultado final.

3.1. Cuadro Operacionalización de variables.

Con el propósito de garantizar una adecuada organización conceptual y metodológica del Programa de Asistencia Espiritual, se elaboró una matriz de operacionalización de variables. Esta herramienta nos permitirá traducir y comprender los conceptos centrales del programa en elementos observables y aplicables dentro del contexto hospitalario. Su utilidad radica en clarificar cómo las categorías de análisis, 4 para nuestro estudio (asistencia espiritual hospitalaria, tipo de recursos, elementos organizacionales y evaluación del programa) se concretan en subcategorías específicas, estableciendo cada una con una definición conceptual y operacional que orienta su aplicación práctica. De esta manera, presentamos una tabla que no solo ofrece un marco de referencia para la implementación y seguimiento del programa, sino que también constituye un insumo metodológico que respalda la coherencia que queremos entre los objetivos de la investigación y las acciones que se proyectan en la práctica clínica y organizacional.

Operacionalización de categorías para el diseño del programa

Tabla 1.
Categorías y variables

Tema: Programa de Atención Espiritual Centrado en el Paciente para la mejora de la calidad de vida en la atención integral en Hospitales de Alta Complejidad de Bogotá, Colombia, durante el Año 2025.							
Pregunta de investigación	**Objetivo general**	**Objetivos específicos**	**Hipótesis**	**Variables estudiadas**	**Dimensiones**	**Definición Conceptual**	**Definición Operacional**
¿Cómo contribuir a la mejora de la calidad de vida en la atención integral en Hospitales de Alta Complejidad de Bogotá, Colombia, durante el año 2025, mediante la incorporación de un programa de asistencia espiritual centrado en el paciente?	Diseñar un programa de Atención Espiritual Centrado en el Paciente para contribuir a la mejora de la calidad de vida en la atención integral en Hospitales de Alta Complejidad de Bogotá, Colombia, durante el año 2025.	Determinar los referentes teóricos del programa de asistencia espiritual y su relación con la calidad de vida de los pacientes atendidos en hospitales de alta complejidad en Bogotá, Colombia, en el 2025.	La implementación de un programa organizado de asistencia y atención espiritual con un enfoque centrado en el paciente, diseñado para hospitales complejos en Bogotá, Colombia, contribuirá a que los pacientes experimenten una mayor calidad de vida.	Variable independiente: Programa de Atención Espiritual Centrado en el Paciente	Valoración espiritual	Proceso mediante el cual se identifican las necesidades, creencias y prácticas espirituales del paciente y su familia, integrando la espiritualidad como parte del cuidado integral en salud.	Aplicación de instrumentos validados (ej. FICA, HOPE) en la historia clínica espiritual y entrevistas iniciales realizadas por el equipo interdisciplinario.
					Población que recibe o beneficia	Conjunto de actores (pacientes, familiares y colaboradores) que acceden al acompañamiento espiritual en el contexto hospitalario.	Registro de pacientes que aceptan la valoración espiritual en admisión o por interconsulta; inclusión de familiares y personal hospitalario en actividades y talleres.
					Modos de registro o articulación	Formas de documentar y coordinar la información derivada de la valoración y la intervención	Integración del módulo de historia clínica espiritual en el sistema de información hospitalario y protocolos de

						espiritual con otros servicios clínicos.	interconsulta con servicios tratantes.
					Intervenciones o terapias espirituales	Estrategias terapéuticas dirigidas a promover el bienestar espiritual del paciente y su familia.	Actividades individuales y grupales: acompañamiento en oración, meditación, rituales adaptados, terapias complementarias como imposición de manos, consejería espiritual.
		Caracterizar el estado actual de la atención espiritual y su impacto en la calidad de vida de los pacientes en hospitales de alta complejidad en Bogotá, Colombia, durante el año 2025.		Variable dependiente: Calidad de Vida	Recursos humanos (equipo interdisciplinario)	Grupo de profesionales de distintas áreas de la salud y líderes religiosos capacitados que conforman el servicio de asistencia espiritual.	Registro del equipo interdisciplinario: médico líder, psicólogo, trabajador social, enfermería, capellanes o líderes religiosos, con formación en espiritualidad clínica.
					Recursos físicos	Infraestructura y espacios disponibles en el hospital para ofrecer el acompañamiento espiritual.	Capilla u oratorio neutro, salas multipropósito para actividades grupales, disponibilidad de habitaciones para intervenciones individuales.
					Recursos tecnológicos	Herramientas tecnológicas que facilitan la gestión, seguimiento y comunicación del programa.	Implementación de software para registro en historia clínica, plataformas para tele acompañamiento espiritual, equipos audiovisuales para sesiones grupales.

		Elaborar la propuesta del programa de asistencia espiritual con enfoque centrado en el paciente orientado a mejorar la calidad de vida de los pacientes en hospitales de alta complejidad en Bogotá durante el año 2025.		Elementos organizacionales	Políticas y lineamientos institucionales	Directrices que orientan la integración del cuidado espiritual como parte de la misión institucional.	Resoluciones internas, protocolos y manuales operativos que formalizan la asistencia espiritual como servicio clínico.
					Procesos de capacitación	Estrategias de formación continua del personal para integrar la dimensión espiritual en la atención.	Programas de formación periódica y talleres en espiritualidad clínica para todo el personal asistencial y administrativo.
					Indicadores de evaluación	Parámetros que permiten medir los resultados e impacto del programa en los pacientes y la organización.	Indicadores de proceso (número de valoraciones, interconsultas), de resultado (satisfacción, mejora de calidad de vida) y de impacto (reducción de ansiedad, adherencia al tratamiento).
		Valorar la viabilidad de la propuesta del programa de asistencia espiritual para la mejora de la calidad de vida del paciente en hospitales de alta complejidad		Evaluación del programa	Herramientas de retroalimentación	Mecanismos que recogen la percepción de los usuarios y del personal sobre el servicio.	Encuestas de satisfacción, entrevistas semiestructuradas, buzones físicos y virtuales para sugerencias, reuniones periódicas de evaluación con el equipo interdisciplinario.

		en Bogotá, Colombia, durante el año 2025					

Fuente: Elaboración propia

3.2. Diseño metodológico.

3.2.1. Definición del enfoque, diseño y tipo de investigación de la tesis.

Enfoque

Este análisis se basa en un enfoque cualitativo de tipo documental, que tiene como objetivo entender e interpretar de manera exhaustiva la literatura actual sobre la atención espiritual centrada en el paciente, ya sea normativa, institucional o académica. Este enfoque permite la evaluación de ideas complejas y amplias para fundamentar teóricamente el diseño de un programa de asistencia espiritual en hospitales complejos.

Diseño Metodológico

La investigación se lleva a cabo conforme a la investigación cualitativa, se basa en una revisión de la literatura con componentes de la revisión sistemática y descriptiva de la documentación científica y normativa y de las experiencias clínicas relevantes en desarrollo de un programa de cuidado espiritual, siguiendo un enfoque de diseño analítico-descriptivo. Se clasifica y analiza los componentes claves que debería incorporar una propuesta viable y ajustada a los marcos normativos nacional e internacional.

Tipo de investigación:

La investigación es de tipo documental y propositivo, ya que no requiere la recopilación directa de datos de campo, sino que se basa en el análisis crítico y la consolidación de información secundaria. La propuesta desarrollada se basa en la síntesis rigurosa de la evidencia y en la articulación normativa, con el objetivo de guiar la puesta en práctica en hospitales complejos de Bogotá durante 2025.

3.2.2. Definición de métodos, técnicas e instrumentos de obtención de datos.

Según los niveles de adquisición del conocimiento científico, el desarrollo de este estudio se basa sobre todo en procedimientos para la obtención de conocimiento teórico, ya que la

investigación es documental y propositiva por naturaleza y no engloba la recolección directa de datos empíricos. El análisis de leyes y relaciones fundamentales se facilita gracias a los métodos teóricos, que hacen posible el desarrollo, la fundamentación y el mantenimiento de nuevos saberes mediante el estudio reflexivo de fenómenos y objetos. Los métodos teóricos empleados en esta investigación abarcan el hipotético-deductivo, que se emplea para crear hipótesis operativas que guían la elaboración del programa; el analítico-sintético, que permite descomponer y comprender los componentes cruciales del programa diseñado y condensar los hallazgos en una propuesta lógica; y el histórico-lógico, que posibilita analizar de qué manera ha variado y progresado la idea de atención espiritual en contextos hospitalarios.

Respecto a los métodos empíricos, este estudio no incluye la recolección de datos primarios por medio de métodos convencionales como la observación, la encuesta o la entrevista; sin embargo, emplea el análisis documental como técnica para conseguir y organizar de manera sistemática información secundaria. Esta metodología se fundamenta en el análisis organizado de fuentes como documentos normativos, artículos científicos, políticas públicas, directrices institucionales y protocolos hospitalarios, que forman la base conceptual y práctica del programa de asistencia espiritual sugerido.

Como principal método, se utiliza la revisión de literatura con componentes sistemáticos, que posibilita llevar a cabo una búsqueda ordenada y orientada en bases de datos académicas reconocidas como LILACS, PubMed y SciELO.

Para realizar el análisis de la información obtenida, se emplea un análisis categórico y temático del contenido, respaldado por la creación de matrices analíticas que contribuyen a organizar las fuentes. Esto facilita reconocer modelos, buenas prácticas y lagunas en el cuidado espiritual hospitalario, los cuales a su vez guían la propuesta final del diseño del programa.

3.2.3. Desarrollo de los instrumentos de obtención de datos.

El primer parámetro de obtención de datos es la creación de algoritmos de búsqueda con descriptores estandarizados (DeCS/MeSH), combinados con operadores booleanos (“AND”, “OR”, “NOT”). Para organizar y analizar la información obtenida durante la revisión documental, se diseñó un instrumento en forma de matriz de análisis documental. Esta herramienta nos permitió

sistematizar los resultados de la búsqueda y el contenido de cada fuente seleccionada, agrupando los documentos por: Autor, año de publicación, Nombre del artículo, tema abordado, componentes de programa identificados y relación con los objetivos específicos del estudio.

Se plantea de igual forma la construcción de otra matriz que destaque los ejes temáticos establecidos en el diseño de un programa de Asistencia espiritual, destacando el abordaje o no de variables en cada programa seleccionado. Esto permitirá ver las necesidades identificadas para el diseño del programa de atención espiritual. Se desarrolló de manera iterativa, modificando categorías y subcategorías a medida que se progresaba en el proceso de revisión. Esto posibilitó un examen crítico más exhaustivo y contextual de las fuentes estudiadas. Este instrumento también permitió la comparación de los modelos y las prácticas que ya existían, produciendo contenido y material organizado para la elaboración final del programa.

Desarrollo y validación del algoritmo y los instrumentos de obtención de datos

Se desarrolló el algoritmo de búsqueda utilizando términos estandarizados del vocabulario controlado DeCS/MeSH, junto con operadores booleanos ("AND", "OR", "NOT"), con el propósito de garantizar una estrategia de búsqueda en bases de datos académicas y repositorios institucionales que sea exacta, consistente y replicable. Esta metodología, ampliamente utilizada en revisiones documentales y sistemáticas, asegura que el material escogido sea exhaustivo y relevante, reduciendo al mínimo la parcialidad en la selección de fuentes.

En relación con las herramientas que se derivan del análisis, sobre todo las matrices de categorización temática y revisión documental, aunque no fueron "validadas" en el sentido convencional, su rigor fue garantizado a través de un procedimiento de diseño reflexivo e iterativo. En este proceso, categorías y subcategorías fueron modificadas y perfeccionadas durante la revisión, tomando en cuenta los descubrimientos y el contexto de la investigación. Asimismo, el análisis y la posterior elaboración de propuestas se benefician de la selección y clasificación de documentos, que se basa en criterios claros y replicables.

De este modo, la precisión y pertinencia del algoritmo, junto con la sistematización cuidadosa de la información en las matrices, aseguran la confiabilidad y robustez del proceso de obtención y análisis de datos para fundamentar el programa de atención espiritual.

3.2.4. Determinación de la muestra y su criterio de selección.

La muestra de esta investigación está compuesta por documentos elegidos a través de un método estructurado de búsqueda, diseñado para encontrar información relevante y actualizada acerca de la asistencia espiritual en el ámbito clínico y sanitario. Definimos los criterios de inclusión y exclusión de la literatura para la selección de fuentes, con miras a su análisis posterior.

Los criterios de inclusión son:

1. Documentos que traten sobre la realización, el análisis o los efectos de programas de ayuda espiritual en centros sanitarios.
2. Investigaciones y análisis que examinarán el vínculo entre la espiritualidad y la calidad de vida de los pacientes en entornos clínicos.
3. Protocolos de instituciones, lineamientos oficiales o reglamentos hospitalarios y de organizaciones sanitarias que incluyan elementos claros de atención espiritual.
4. Documentos de los cuales estuviera disponible el texto completo para su análisis.
5. Publicaciones realizadas durante los últimos diez años, en idioma español, inglés o portugués.

Los criterios de exclusión son:

1. Documentos que no traten directamente el cuidado espiritual en ambientes hospitalarios.
2. Investigaciones enfocadas únicamente en prácticas religiosas sin conexión clínica o sin poner el foco en la calidad de vida del paciente.
3. Fuentes que describan programas implementados en ambientes confesionales o comunitarios que no puedan ser utilizados o trasladados a hospitales.

Además, se utilizó el método de rastreo bibliográfico (snowballing) para ampliar la búsqueda, consultando las referencias mencionadas en los artículos más relevantes con el fin de encontrar otras fuentes que satisficieran los mismos criterios. Esta táctica posibilitó que se pudiera

extender la cobertura documental y garantizar que las experiencias institucionales importantes para la elaboración del programa propuesto fueran incluidas.

3.3. Validación conceptual del diseño a partir de la literatura

3.3.1. Aplicación de los instrumentos.

Dado que el enfoque de la presente investigación está centrado en el diseño de un programa clínico basado en la revisión y análisis de fuentes documentales, se aplicaron los instrumentos y ruta de búsqueda anteriormente nombrados de la literatura para orientar y garantizar la rigurosidad, trazabilidad y pertinencia de la información seleccionada de la literatura científica.

Se aplicaron algoritmos de búsqueda estructurados, diseñados a partir de descriptores estandarizados (DeCS/MeSH), combinados con operadores booleanos (“AND”, “OR”, “NOT”) y filtros temáticos que permitieran la recuperación precisa de literatura científica relacionada con espiritualidad en el ámbito hospitalario. Este procedimiento se desarrolló en bases de datos reconocidas como PubMed, Scielo, LILACS, priorizando artículos con acceso gratuito y texto completo, de los últimos 5 años, adicional se seleccionaron también, documentos de consenso y experiencias institucionales de programas de asistencia espiritual en salud y documentos recomendados por expertos.

Términos DeCS/MeSH utilizados: Spirituality, Health, Patient-Centered Care, Program, Hospital.

Algoritmos de búsqueda:

- ("spirituality"[MeSH Terms] OR "spirituality"[All Fields]) AND ("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields])
- ("spirituality"[MeSH Terms] OR "spirituality"[All Fields]) AND ("health"[MeSH Terms] OR "health"[All Fields]) AND ("patient-centered care"[MeSH Terms] OR ("patient-centered"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "patient-centered care"[All Fields] OR ("patient"[All Fields] AND "centered"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "patient centered care"[All Fields]) AND Program [All Fields] AND ("hospitals"[MeSH Terms] OR "hospitals"[All Fields] OR "hospital"[All Fields])

Con el primer algoritmo anteriormente aplicado a PUBMED la base de datos arrojo un total de 10922 artículos, que al filtrar que fueran de los últimos 5 años redujo considerablemente a 3535 artículos, al aplicar filtro de texto completo gratuito redujo a 1910 artículos al delimitar los idiomas a inglés, español y portugués, se redujo a 1899 artículos, al adicionar filtro de especie y seleccionar humano redujo a 1255 artículos, en 126 páginas de visualización, y se procedió a realizar una lectura de títulos donde se preseleccionaron cerca de 200 títulos con lectura rápida de resumen y se seleccionaron 90 artículos de esos al realizar lectura del documento se descartaron 50 artículos por contenido, quedando con 40 artículos de base para la estructura del presente trabajo sin embargo luego de realizar lectura completa se eligieron 25 artículos de referencia que dan soporte a la creación y diseño del programa.

El segundo algoritmo arrojo un total de 62 artículos al aplicar filtro de publicaciones de los últimos 5 años arrojo 29, al seleccionar texto completo gratuito arrojo 17, del cual se realizó lectura de títulos y se seleccionó 1 artículo de interés para el análisis.

Otros artículos que fueron seleccionados se adquirieron a través de recomendación de expertos, así como búsqueda de rastreo de referencias bibliográficas 7 artículos para análisis.

La búsqueda se delimitó temporalmente a publicaciones de los últimos cinco años (2020–2025), con excepciones justificadas cuando el artículo resultaba ser una fuente de referencia internacional, como ocurre con algunas definiciones relevantes en el ámbito de la espiritualidad clínica.

De esta manera quedamos con un total de 33 artículos para el análisis. Los documentos recuperados fueron analizados a partir de criterios de inclusión previamente definidos (ver apartado 3.2.4), y posteriormente sistematizados mediante dos instrumentos de organización de la información.

3.3.2. Procesamiento de la información.

Una vez aplicada la estrategia de búsqueda documental y seleccionadas las fuentes pertinentes, se desarrolló un proceso de análisis y sistematización rigurosa de los datos

recolectados, con el objetivo de identificar patrones conceptuales, elementos operativos recurrentes y componentes aplicables al diseño del programa clínico propuesto.

El procesamiento de la información se realizó mediante una lectura analítica y crítica de cada documento incluido, priorizando aquellos que aportaban modelos estructurados de atención espiritual, protocolos clínicos, enfoques interdisciplinarios y herramientas de evaluación en contextos hospitalarios. Para facilitar este análisis, en primer lugar, se elaboró una tabla de referencia en la que se incluyeron 29 artículos, registrando autor y año, título del artículo, idea principal o concepto clave, y los aportes específicos para el diseño del programa y en segundo lugar, se construyó una matriz basada en las 11 variables definidas en la tabla de operacionalización, en la cual se seleccionaron únicamente 4 artículos que presentaban programas de asistencia espiritual estructurados. En esta matriz se consignó, para cada variable, si estaba contemplada o no en los estudios revisados. Estas herramientas de análisis permitieron organizar la evidencia de manera sistemática y facilitaron la integración de elementos conceptuales, metodológicos y prácticos para la propuesta de diseño que se presenta en el capítulo IV.

El procesamiento de la información fue desarrollado en paralelo con el avance de los capítulos teóricos de la tesis, lo cual permitió establecer un puente constante entre el marco conceptual y la aplicación práctica de los hallazgos, garantizando así coherencia interna y validez de la propuesta.

3.4. Análisis de los resultados en los datos obtenidos.

Resultados de la revisión documental

A continuación, se compendia en la tabla de resultados las características relevantes de los artículos seleccionados que surgieron como resultado de la aplicación y selección de búsqueda de la literatura para su análisis y posterior soporte en la creación y diseño del programa de espiritualidad.

Tabla 2.
Matriz de análisis documental

Autor - año	Título articulo	ideas principales o conceptos clave	aportes para el diseño de un programa
Ana Karla Avelar-González1 et al, 2020	Spirituality and Religious Practices and Its Association with Geriatric Syndromes in Older Adults Attending to a Geriatric's Clinic in a University Hospital	La espiritualidad y las prácticas religiosas (PR) se han asociado con resultados positivos en la salud y podrían ser un factor protector contra el desarrollo de algunos Síndromes Geriátricos.	Valoración espiritual. Intervenciones o terapias espirituales
David H Rosmarin, Kenneth I. Pargament, Harold G. Koenig, 2020	Spirituality and mental health: challenges and opportunities	la espiritualidad desempeña un papel fundamental en la difusión de tratamientos basados en la evidencia,	Intervenciones o terapias espirituales
Janine Brown, et al., 2020	Care Considerations in a Patient- and Family-Centered Medical Assistance in Dying Program	Las consideraciones espirituales incluyeron: honrar la elección, escuchar las historias de vida, apoyar las necesidades espirituales y reconocer la pérdida.	Valoración espiritual. Población que recibe o beneficia. Intervenciones o terapias espirituales, Recursos humanos
Mark D. Faries, et al. 2025	Religion and Spirituality in Lifestyle Medicine	La asistencia a servicios religiosos está asociada con un riesgo significativamente menor de enfermedad por todas las causas. mortalidad cardiovascular y por cáncer. práctica religiosa como punto de partida para considerar la incorporación de la R/E en la práctica de estilos de vida.	Valoración espiritual. Población que recibe o beneficia. Intervenciones o terapias espirituales, Recursos humanos
Cassio Murilo Trovo Hidalgo,, et al. 2023	Spiritual needs among hospitalized patients at a public hospital in Brazil: a cross-sectional study	Las necesidades espirituales, psicosociales y religiosas son prevalentes entre los pacientes hospitalizados, y los equipos multidisciplinarios deben considerarlas en su enfoque de atención. Además, este estudio sugiere que las	Valoración espiritual. Población que recibe o beneficia. Intervenciones o terapias espirituales, Recursos humanos

		necesidades psicosociales y espirituales pueden ser aún mayores en pacientes que no reciben cuidados paliativos.	
Stanisław Głaz, 2021.	Psychological Analysis of Religiosity and Spirituality: Construction of the Scale of Abandonment by God (SAG)	La religiosidad, la espiritualidad y su medición son campos bien desarrollados en la psicología de la religión. Presenta el concepto de "abandono de Dios" y su operacionalización, mediante la construcción y validación de la Escala de Abandono de Dios: SAG	Valoración espiritual
Marianna de Abreu Costa, Alexander Moreira-Almeida, 2021	Religion-Adapted Cognitive Behavioral Therapy: A Review and Description of Techniques	eficacia de la terapia cognitivo-conductual adaptada a la religión (TCC-R); técnicas de adaptación religiosa a la TCC que han demostrado ser eficaces.	Valoración espiritual. Población que recibe o beneficia. Intervenciones o terapias espirituales, Recursos humanos
Fahimeh Alsadat Hosseini, et al. 2023	Designing and psychometric properties of the hospitalized patients' spiritual needs questionnaire (HPSNQ) in the medical-surgical hospital setting	Desarrollo y evaluación de las propiedades psicométricas de un cuestionario sobre las necesidades espirituales de los pacientes en entornos hospitalarios médico-quirúrgicos.	Valoración espiritual
Kaitlyn Simpson, et al, 2022	How health systems facilitate patient-centered care and care coordination: a case series analysis to identify best practices	identificación de las mejores prácticas en atención centrada en el paciente y coordinación de la atención. Se evaluaron los mecanismos responsables de los resultados exitosos de la intervención y los facilitadores institucionales asociados, el análisis de casos cruzados produjo elementos de enfoque de alto nivel para el liderazgo del sistema de salud, incluyendo valores institucionales en torno a la ACP/CC, optimización de la infraestructuras, modelos de empleo que mejoran la rendición de cuentas,	Recurso humano, físico y tecnológico, lineamientos institucionales, indicadores de evaluación, herramientas de retroalimentación

		esfuerzos de implementación.	
Susan Edgman-Levitan, Stephen C. Schoenbaum., 2021	Patient-centered care: achieving higher quality by designing care through the patient's eyes	estrategias específicas relacionadas con la atención centrada en el paciente	Recurso humano, físico y tecnológico, lineamientos institucionales, indicadores de evaluación, herramientas de retroalimentación
Wasinee Wisesrith, Pilaiporn Sukcharoen, Kanittha Sripinkaew, 2021	Spiritual Care Needs of Terminal Ill Cancer Patients	abordar las necesidades espirituales de los pacientes con cáncer terminal, ayuda a mejorar la prestación de atención integral para que los pacientes sean felices en la fase final de la vida.	Valoración espiritual. Población que recibe o beneficia. Intervenciones o terapias espirituales, Recursos humanos
Juciano Augusto da Silva Negré, Leonardo Santos de Souza3, Elaine Cristina Negri., 2023	Brazilian Adults' Hope and Spirituality in Preoperative Heart Surgery: A Cross-Sectional Study	La esperanza se asoció con la religión y la religiosidad de los participantes. Considerando la importancia en los procesos de salud y enfermedad, todo el equipo de salud debe considerar en su práctica un marco de condiciones que facilite el proceso de espiritualidad del paciente durante la hospitalización.	Valoración espiritual. Población que recibe o beneficia. Intervenciones o terapias espirituales, Recursos humanos
Élida Mara Carneiro, et al, 2020	Effects of the laying on of hands on anxiety, stress and autonomic response of employees in a hospital: A double-blind randomized controlled trial	El estudio mostró una mejora significativa en los neutrófilos y la actividad parasimpática cardíaca. Se observó una reducción de los parámetros eritrocitarios y de la interleucina. En ambos grupos, se observó una reducción significativa de la ansiedad, el estrés, la depresión y los afectos negativos tras una sesión. La imposición de manos con conexión espiritual mediante "pase" espirita parece ser eficaz para aumentar la actividad vagal cardíaca y la regulación de las respuestas inmunes de los empleados de un hospital público con estrés/ansiedad.	Intervenciones o terapias espirituales

Élida Mara Carneiro et al., 2020	Effect of Spiritist "Passe" on Preoperative Anxiety of Surgical Patients: A Randomized Controlled Trial, Double-Blind	Se observaron reducciones marcadas de la ansiedad y la tensión muscular preoperatorias, así como una mejora del bienestar, en los pacientes expuestos al tratamiento espirita, en comparación con la atención médica simulada o estándar.	Intervenciones o terapias espirituales
Ivana Ljubicic Bistrovic, Mario Tomljanovic, Rudolf Ljubicic, 2021	Psico-Oncology and spirituality	El crecimiento espiritual del individuo desempeña un papel esencial en el tratamiento, La medicina moderna debe basarse en un enfoque multidisciplinario del paciente y abarcar todas las dimensiones humanas (racional, emocional y espiritual), mientras que el tratamiento en sí debe ser personalizado y participativo.	Población que recibe o beneficia, Intervenciones o terapias espirituales, ,Recursos humanos (equipo interdisciplinario)
Marcus Renato Castro Ribeiro et al., 2020	The role of spirituality in the COVID-19 pandemic: a spiritual hotline project	uso de las Líneas Directas de Salud Mental, 'líneas de emergencia' donde las personas pueden hablar con un profesional de salud mental utilizando un número de teléfono y/o un navegador de Internet. Se ha creado el Proyecto Línea de Atención Espiritual. línea de atención por psiquiatras y psicólogos que se entrenaron para dar asistencia espiritual	Población que recibe o beneficia, Intervenciones o terapias espirituales, ,Recursos humanos (equipo interdisciplinario)
Maciej Klimasinski, et al. 2022	Spiritual Distress and Spiritual Needs of Chronically Ill Patients in Poland: A Cross-Sectional Study	Las necesidades espirituales se asocian con las creencias personales; sin embargo, la espiritualidad trasciende el contexto religioso, ya que la angustia espiritual no está relacionada con el nivel de devoción religiosa. Por lo tanto, cualquier paciente con una enfermedad crónica grave necesita atención espiritual básica, que incluye ser tratado con compasión.	Población que recibe o beneficia, Intervenciones o terapias espirituales, ,Recursos humanos (equipo interdisciplinario)
Tracy A. Balboni, et al, 2022	Spirituality in Serious Illness and Health	El estudio proporcionó implicaciones sugeridas para	Población que recibe o beneficia, Intervenciones

		abordar la espiritualidad en enfermedades graves y resultados de salud como parte de una atención centrada en la persona y sensible a los valores.	o terapias espirituales, ,Recursos humanos (equipo interdisciplinario)
Elizabeth Batstone, et al, 2020	Spiritual care provision to end-of-life patients: A systematic literature review	La enfermería verdaderamente holística incorpora e integra el ámbito espiritual del cuidado, en particular para los pacientes al final de la vida. Se debe alentar a los profesionales, en todos los niveles de experiencia y conocimientos, y en todos los entornos laborales, a desarrollar su propia conciencia, capacidad y competencia para brindar atención complementaria.	Valoración espiritual. Población que recibe o beneficia. Intervenciones o terapias espirituales, Recursos humanos
Marvin O. Delgado-Guay, et al, 2021	Association between Spirituality, Religiosity, Spiritual Pain, Symptom Distress, and Quality of Life among Latin American Patients with Advanced Cancer: A Multicenter Study	Los pacientes del estudio multicéntrico percibieron que la espiritualidad y la religiosidad les ayudaron a afrontar su enfermedad y su angustia emocional, y les proporcionaron un mejor manejo de la enfermedad y una mejor calidad de vida. Aun así, los pacientes sufren, y más del 50% de los pacientes con cáncer de mama avanzado reportaron que el equipo médico no atendió ni apoyó plenamente su dolor espiritual y sus necesidades espirituales/religiosas.	Valoración espiritual. Población que recibe o beneficia. Intervenciones o terapias espirituales, Recursos humanos
Katelyn NG Long, et al, 2024	Spirituality As A Determinant Of Health: Emerging Policies, Practices, And Systems	En un sistema clínico y de salud pública renovado, los factores espirituales se considerarían rutinariamente al crear políticas y prácticas centradas en la persona y la comunidad.	Políticas y lineamientos institucionales, Procesos de capacitación, Indicadores de evaluación, Valoración espiritual
Alejandra Palma, et al, 2021	Implementation of a Palliative Hospital-Centered Spiritual and Psychological Telehealth System	Es posible brindar cuidados paliativos espirituales y psicológicos a los pacientes hospitalizados. Pacientes y familias durante las	Población que recibe o beneficia. Intervenciones o terapias espirituales, Recursos humanos y tecnológicos

	During COVID-19 Pandemic	restricciones de la pandemia mediante la prestación de servicios interdisciplinarios de telesalud.	
Jenny Kubitza,Greta Großmib, Katharina Schütte-Nütgendo, Eckhard Fricka, 2023	Influence of spirituality on moral distress and resilience in critical care staff: A scoping review	Las instituciones necesitan involucrar más al personal en el diseño, la implementación y la prestación de intervenciones espirituales para minimizar el sufrimiento moral.	Políticas y lineamientos institucionales, Procesos de capacitación, Indicadores de evaluación, Valoración espiritual
Farrell et al, 2023	Interprofessional communication training to address spiritual aspects of cancer care	Es necesario que capellanes y profesionales clínicos colaboren para mejorar la comunicación en la atención espiritual entre disciplinas y para defender el valor de la atención espiritual ante los administradores de la salud y los responsables de la toma de decisiones. Brindar una atención espiritual eficaz es fundamental para la calidad general de la atención, La atención espiritual tiene el potencial de aliviar el sufrimiento del paciente y mejorar su calidad de vida	Políticas y lineamientos institucionales, Procesos de capacitación
Fernández-Pascual, et al, 2024	Validation of Spanish Version of the Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS-Sp) in Nursing Professionals	La SSCRS-Sp mostró una buena consistencia interna, lo que indica que los ítems de la escala miden de forma fiable los constructos objetivo. La SSCRS-Sp puede utilizarse para evaluar la percepción sobre la espiritualidad y el cuidado espiritual.	Valoración espiritual. Intervenciones o terapias espirituales
Marcelo Saad, 2020	Should Spiritual Care Be Covered by Health Care Insurance and Health Systems?	La relación entre la R/S y la salud nos permite afirmar que esta atención debe incluirse en un enfoque integral de salud. La importancia de la atención de la R/S es demasiado grande como para depender de iniciativas institucionales aisladas o de la disponibilidad de un	Políticas y lineamientos institucionales, Procesos de capacitación

		capellán sanitario profesional. Los seguros de salud y los sistemas nacionales de salud tendrían la obligación de prestar este servicio junto con otras terapias ya contempladas.	
Maciej W. Klimasiński, 2021	Spiritual care in the intensive care unit	efectos positivos de brindar atención espiritual en las UCI. Esta atención mejora la calidad de vida de los pacientes, la satisfacción con la atención médica e incluso previene o alivia las consecuencias psicológicas negativas de la hospitalización. Además, beneficia al personal de la UCI, a su motivación, eficiencia laboral y bienestar, y reduce el riesgo de agotamiento.	Población que recibe o beneficia, Intervenciones o terapias espirituales, ,Recursos humanos (equipo interdisciplinario)
Daniel P. Kuckel, et al. 2022	The Spiritual Assessment	La evaluación espiritual ofrece la oportunidad de mejorar la relación médico-paciente e incorporar las perspectivas del paciente, las cuales pueden tener un impacto significativo en la toma de decisiones clínicas.	Valoración espiritual. Intervenciones o terapias espirituales
Csaba Szilagyi, et al , 2022	Interprofessional spiritual care education in pediatric hematology-oncology: A pilot study	Al utilizar ISPEC, la educación en atención espiritual interprofesional tiene un gran potencial para desarrollar las capacidades de los miembros del equipo, manejo a pacientes pediátrica y adolecente	Procesos de capacitación, Valoración espiritual, Población que recibe o beneficia, Recursos humanos (equipo interdisciplinario)

Fuente: Elaboración propia

Alineados con la operacionalización de variables definida en el apartado metodológico, a continuación se muestra 4 de los resultados obtenidos en la búsqueda de la literatura, se realiza un análisis de los contenidos organizándolo en la matriz que destaca las 11 variables de los 4 bloques temáticos (la asistencia espiritual en su dimensión clínica y sus componentes asociados; los recursos, humanos, físicos y tecnológicos necesarios para su implementación; los elementos

organizacionales que facilitan su integración institucional; y los mecanismos de evaluación que orientan la sostenibilidad y mejora del servicio.) destacando si contempla o no en su documentos los aspectos de un programa de asistencia clínica espiritual en el contexto hospitalario, De este modo, tenemos resultados que respaldan la pertinencia de avanzar hacia el diseño de un programa estructurado de asistencia espiritual.

Tabla 3.
Presencia y contenido de variables

Autor/ Año	Nombre del Articulo	Valoración espiritual	Población que recibe o beneficia	Modos de registro o articulación	Intervenciones o terapias espirituales	Recursos humanos (equipo interdisciplinario)	Recursos físicos	Recursos tecnológicos	Políticas y lineamientos institucionales	Procesos de capacitación	Indicadores de evaluación	Herramientas de retroalimentación
Khalili Khouzaniet al. 2025	Identifying the key components of providing spiritual care in the hospital: a scoping review study	Contempla	Contempla	Contempla	Contempla	Contempla	Contempla	Contempla	Contempla	Contempla	Contempla	Contempla
Bruno Paz Mosqueiro, et al, 2023	Brazilian Psychiatric Association guidelines on the integration of spirituality into mental health clinical practice: Part 1. Spiritual history and differential diagnosis	Contempla	Contempla	No contempla	Contempla	Contempla	No contempla	No contempla	No contempla	Contempla	No contempla	No contempla
Christina Puchalski et all. 2011	La mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos: el informe de la Conferencia de Consenso	Contempla	Contempla	Contempla	Contempla	Contempla	Contempla	No contempla	No contempla	Contempla	Contempla	No contempla
Marcelo Fonseca C., 2022	Atención de las necesidades espirituales y religiosas de pacientes por personal de salud. Un modelo basado en el acompañamiento espiritual	Contempla	Contempla	No contempla	Contempla	Contempla	No contempla	No contempla	Contempla	Contempla	No contempla	No contempla

Fuente: Elaboración propia

Asistencia espiritual hospitalaria

En este primer bloque, los documentos analizados concuerdan en que la valoración espiritual tiene que ser un paso inicial, claro y organizado. Como ejemplo, Khalili Khouzani et al. (2025) subrayan la relevancia de valorar como un componente fundamental del cuidado espiritual y la necesidad de integrarla en los procesos clínicos. En la misma línea, Puchalski et al. (2011), en

su investigación acerca de la mejora de la calidad en el cuidado espiritual, sugieren realizar entrevistas e instrumentos estandarizados (como FICA/HOPE) y documentarlos dentro del historial clínico para asegurar que haya continuidad y coordinación con el plan de tratamiento.

En cuanto a la población que se beneficia, los datos demuestran que el apoyo espiritual incluye diferentes contextos clínicos y fases de la vida.

En unidades de cuidados intensivos, como lo aborda Klimasiński (2021), describe efectos positivos de la atención espiritual en pacientes críticos y la utilidad de que el equipo tratante conozca y utilice esa información durante la estancia. En entornos pediátricos, como Szilagyi et al. (2022) aborda y muestra en su proceso de educación y prueba piloto, documentan que la formación interprofesional mejora la capacidad del equipo para abordar las necesidades espirituales, reconociendo el sufrimiento espiritual compartido y la necesidad de intervenir en ambos niveles.

En cuanto a modos de registro y articulación, las fuentes insisten en que la valoración e intervenciones queden visibles en el expediente clínico y sean accesibles a todas las disciplinas. De nuevo, el mapeo de Khalili Khouzani et al. (2025) marca este punto como componente esencial al igual que la doctora Puchalski et al. (2009) lo integran como estándar de mejora de calidad.

Por último, uno de los componentes más variado y amplio encontrado en la literatura son las intervenciones o terapias espirituales que incluye tanto prácticas tradicionales/rituales religiosas y no religiosas como por ejemplo oración, reconciliación, acompañamiento de líderes religiosos, hasta estrategias cuerpo–mente y terapias complementarias ejemplo, meditación, musicoterapia, técnicas de relajación, entre otros. Como evidencia específica observamos por ejemplo la intervención que aborda Carneiro et al. (2020) reportan reducción significativa de ansiedad y estrés con imposición de manos en personal hospitalario, aportando un ejemplo de técnica concreta que puede adaptarse a pacientes y contextos clínicos con la debida formación y consentimiento.

En este primer análisis de bloque se evidencia, primero que la asistencia espiritual hospitalaria es eficaz y estructurada si comienza con una valoración estructurada y validada; segundo que incluye a pacientes y familias de todas la edades y en diferentes servicios hospitalarios e incluso para el personal asistencial; tercero se articula mediante registro clínico adaptado con el plan de cuidados general de un paciente en el hospital; y cuarto que cuenta con un abanico de

intervenciones que combinan prácticas espirituales y religiosas según preferencias, necesidades y seguridad del paciente.

Recursos

En la revisión de los artículos que abordan la dimensión de recursos para la asistencia espiritual hospitalaria, se identifica como eje común la relevancia del recurso humano interdisciplinario. El trabajo de Mosqueiro et al. (2023) resalta que la integración de la espiritualidad en la práctica clínica en salud mental requiere la capacitación formal de múltiples perfiles profesionales, incluyendo médicos, especialistas, psicólogos y enfermeros, todos los artículos apuntan que el equipo debe estar preparados para realizar una historia espiritual y brindar acompañamiento respetuoso y basado en evidencia. En la misma línea, Puchalski et al. (2009), en el informe de la Conferencia de Consenso, plantea que la calidad de los cuidados espirituales en el contexto de cuidados paliativos por ejemplo se logra únicamente mediante un abordaje de equipo, donde participan no solo profesionales clínicos, sino también capellanes, vemos artículos que incluyen también trabajadores sociales y voluntarios capacitados, apoyados por infraestructuras adecuadas que permitan la privacidad y el respeto a la diversidad de creencias. Estos enfoques coinciden en que la espiritualidad, para ser parte real del cuidado integral, necesita de un recurso humano diverso, sensibilizado y debidamente entrenado.

Por otro lado, los artículos recientes que se encontraron amplían la mirada hacia los recursos físicos y tecnológicos. El estudio de Khalili Khouzani et al. (2025) propone que, además de consolidar equipos interdisciplinarios, es indispensable garantizar la existencia de espacios espirituales neutrales dentro del hospital, diseñados para ser accesibles a pacientes y familias de diferentes tradiciones religiosas o no religiosas, evitando símbolos exclusivos que puedan generar exclusión. Respecto a los recursos tecnológicos, Palma et al. (2021) y el proyecto de Ribeiro et al. (2020), durante la pandemia por COVID-19, evidencian que la telesalud y las líneas telefónicas para brindar asistencia espiritual son instrumentos útiles para extender la cobertura, asegurar el seguimiento constante y brindar apoyo espiritual y psicológico a distancia. Además, Fonseca (2022) destaca que el modelo de acompañamiento espiritual debe tener en cuenta la integración

con las tecnologías de registro clínico para garantizar que la información espiritual se incluya en el expediente completo del paciente. Estos hallazgos evidencian que los recursos para el programa no se limitan al capital humano, sino que requieren espacios accesibles y plataformas digitales que fortalezcan la atención integral, inclusiva y continua de la espiritualidad.

En cuanto a los elementos organizacionales, la literatura coincide en que la atención espiritual debe dejar de ser un esfuerzo aislado para convertirse en parte estructural de los sistemas de salud. Autores como Saad (2020) resaltan que su importancia es tal que debería integrarse en los modelos de cobertura y financiamiento, equiparándola a otros servicios ya reconocidos en la atención clínica.

De igual manera, se enfatiza la necesidad de una articulación interprofesional y de respaldo institucional. Ferrell et al. (2023) destacan la colaboración entre capellanes y equipos clínicos como un eje para garantizar calidad, mientras que Long et al. (2024) propone que los factores espirituales sean considerados de forma rutinaria en políticas y prácticas centradas en la persona. Estos aportes reafirman que un programa de asistencia espiritual requiere no solo de recursos, sino también de un marco normativo y organizacional sólido que asegure su sostenibilidad en el tiempo

Con relación a la evaluación de los programas de asistencia espiritual, la evidencia revisada muestra un abordaje muy superficial. Autores como Khalili Khouzani et al. (2025) y Puchalski et al. (2009) destacan la relevancia de tener indicadores explícitos o, mejor dicho, métodos que posibiliten medir los procedimientos y los resultados del acompañamiento espiritual, aunque no describen modelos estandarizados de evaluación.

La evaluación debería incluir, además, el efecto en la organización, la integración entre profesiones y cómo los usuarios perciben la calidad es posible gracias a algunos enfoques indirectos, como los de Saad (2020) y Ferrell et al. (2023). Sin embargo, en general es que no está muy estructurado indicadores o formas universales de hacer medición administrativa o de programas aplicables en la práctica hospitalaria.

3.5. Resultados y discusión.

El análisis de los artículos seleccionados permitió reconocer que la espiritualidad ocupa un lugar importante dentro del campo de la salud, tanto en la práctica clínica cotidiana como en la

planificación de sistemas sanitarios. Si bien hay enfoques que varían de acuerdo con el contexto cultural, la especialidad médica o la población estudiada, se observa un consenso amplio respecto a que la dimensión espiritual forma parte integral del cuidado del ser humano. En este sentido, la revisión muestra que la atención espiritual no solo responde a creencias individuales, sino que constituye un recurso para todos para afrontar el sufrimiento, mejorar la calidad de vida y favorecer procesos de tratamientos y adaptación en situaciones difíciles de la enfermedad.

Se destaca la asociación entre espiritualidad, prácticas religiosas y resultados en salud. Estudios como el de Avelar-González et al. (2020) muestran que la espiritualidad puede funcionar como un elemento protector contra síndromes geriátricos; por su parte, Faries et al. (2025) demuestran que la práctica religiosa frecuente está conectada con una reducción del riesgo de muerte a causa de enfermedades cardiovasculares y oncológicas. Estos resultados nos posibilitan un análisis conjunto que confirma que los aspectos espirituales deben ser vistos como factores sociales y clínicos de la salud, al igual que otros elementos como el modo de vida, las condiciones económicas y sociales o el respaldo social, entre otros.

Además, observamos que Rosmarin, Pargament y Koenig (2021) destacan que la espiritualidad también brinda posibilidades de expandir el impacto de las intervenciones en salud mental basadas en evidencia, lo cual señala que su función no es solo complementaria, sino además sinérgica con los tratamientos tradicionales. Vemos en relación con las necesidades espirituales, que los estudios coinciden en su importancia se enmarca en los pacientes hospitalizados, en cualquier entorno sea servicio crónico de urgencias, de cuidado crítico o paliativo. Hidalgo et al. (2023) demuestran que, en los pacientes hospitalizados, las necesidades psicosociales y espirituales pueden ser más altas que las de los pacientes bajo cuidados paliativos. Esto resalta la gran brecha en los modelos actuales de atención, que suelen estar orientados hacia un solo tipo de paciente.

Según Wiserith et al. (2021), en los enfermos terminales de cáncer, el cumplimiento de estas necesidades implica un proceso de fin de vida más humano, en el cual se convierten en objetivos clínicos la alegría y la tranquilidad. Además, autores como Balboni et al. (2022) sugieren que la espiritualidad debería considerarse un elemento habitual en el tratamiento de enfermedades graves, pues tiene una influencia directa tanto en los resultados clínicos como en la satisfacción del paciente con el sistema de salud.

El tercer conjunto de hallazgos importantes que logramos con este análisis son los instrumentos para valorar la espiritualidad, que representan un progreso fundamental para incorporar esta dimensión en la práctica clínica. Por ejemplo, hemos observado cómo Hosseini et al. (2023) elaboran y validan un cuestionario específico para los pacientes que están hospitalizados en áreas médico-quirúrgicas. Por otro lado, los enfermeros hispanohablantes utilizaron la escala SSCRS-Sp, que Fernández-Pascual et al. (2024) adecuaron y validaron. Estos aportes metodológicos son esenciales porque posibilitan que se pueda medir de manera objetiva un ámbito que, en primera instancia, parecía ser inobservable o intangible. Por otra parte, Kuckel, et al (2022) hallaron que la evaluación espiritual mejora la relación entre el médico y el paciente, ya que pone de manifiesto puntos de vista que normalmente no se consideran en el diagnóstico biomédico y proporciona un marco para tomar decisiones clínicas conjuntas.

Uno de los aspectos más amplios encontrados es el tema con relación a las intervenciones espirituales, los artículos revisados muestran una gran diversidad, que va desde modalidades clásicas religiosas como la oración, la meditación o los rituales, hasta terapias no religiosas pero si espirituales u holísticas como yoga, taichí, técnicas de relajación, incluso terapias artísticas como musicoterapia, escritura, contemplación y también se destaca terapias de carácter energético como la imposición de manos. Carneiro et al., (2020) documentan en ensayos clínicos los efectos positivos del de la terapia de "pase" en la reducción de ansiedad preoperatoria y en la mejora de la respuesta inmune en personal hospitalario. Del mismo modo, de Abreu Costa y Moreira-Almeida (2022) muestran cómo la terapia cognitivo-conductual puede adaptarse a un marco religioso para incrementar su eficacia, mientras que Batstone et al. (2020) y Delgado-Guay et al. (2021) resaltan el rol de la enfermería y del equipo multidisciplinario en brindar cuidados espirituales como parte de una atención integral, particularmente en pacientes con cáncer avanzado. La amplitud de estas prácticas refleja tanto la riqueza terapéutica e incluso cultural de la espiritualidad como la necesidad de integrar este tipo de actividades a protocolos que integren estas acciones.

Otro hallazgo importante son los modelos de atención centrada en la persona y la familia como base para articular el cuidado espiritual. Vimos autores como Brown et al. (2022) muestran que incluso en programas complejos como la asistencia médica para morir, las consideraciones espirituales se convierten en un eje para honrar elecciones, reconocer pérdidas y escuchar historias de vida. Además, observamos cómo Edgman-Levitan y Schoenbaum (2021) y Simpson et al.

(2022) extienden esta perspectiva desde la estructura del sistema, al reconocer que los valores de la institución, el mejoramiento de las infraestructuras y la implicación del paciente en la planificación de los servicios son fundamentales para establecer un enfoque centrado en el individuo. Siguiendo esta misma línea, Ljubičić et al. (2021) subrayan que el desarrollo espiritual personal necesita un modelo de atención multidisciplinario y participativo, en el cual todas las dimensiones del ser humano (espiritual, emocional y racional) tengan cabida.

Para concluir, observamos que los artículos también proponen que la atención espiritual tiene que ir más allá del plano individual e integrarse en políticas, sistemas y contextos organizacionales. Long et al. (2024) señalan que la espiritualidad debería incorporarse de forma sistemática en la salud pública y en la creación de políticas sanitarias, mientras que Saad (2020) plantea que los seguros y sistemas nacionales de salud tendrían la obligación de garantizar esta atención, más allá de iniciativas voluntarias o aisladas. Otro de los escenarios con los que nos encontramos en los estudios fueron en el contexto de la pandemia que acabamos de vivir, Los recursos tecnológicos como las plataformas digitales, la telesalud y las líneas de atención espiritual son aliados efectivos para asegurar continuidad y accesibilidad en circunstancias de limitación presencial, según lo revelan Palma et al. (2021) y el punto de vista expuesto en la carta de Ribeiro et al. (2020). Estos aportes indican que la sostenibilidad de la atención espiritual no solo depende de las intenciones individuales, sino también de los marcos normativos y organizacionales que la consideren como un elemento esencial de los servicios sanitarios.

Para concluir, el análisis de estos resultados hace posible afirmar que la espiritualidad no es un elemento secundario en la atención y el cuidado de la salud. En cambio, es un eje transversal que se relaciona con la calidad de vida, el contento del paciente, la efectividad de los tratamientos y la humanización de los servicios. La diversidad de enfoques identificados en los artículos analizados muestra tanto avances significativos como brechas persistentes: la falta de formación estandarizada de profesionales, la escasa integración de protocolos en sistemas de salud, y la necesidad de adaptar los recursos a diferentes niveles y a diferente tipo de población. Es así como, en lugar de constituir un cierre, estos datos se convierten en la base para proponer, un modelo estructurado de asistencia espiritual hospitalaria que articule instrumentos de evaluación, recursos interdisciplinarios, modalidades terapéuticas y criterios de sostenibilidad institucional.

CAPÍTULO IV: Propuesta de Transformación

La intervención terapéutica, no puede reducirse o limitarse solamente al manejo clínico (físico y/o mental) de la enfermedad o de la alteración del bienestar, sino que debe integrar de manera equilibrada el ser humano con toda su complejidad y diversidad. En este sentido, el programa de espiritualidad, que se presenta a continuación se basa en el modelo centrado en la persona y en el abordaje de las cinco dimensiones del ser humano (físico, psicológico, social, espiritual, ambiental), con el fin de responder a las necesidades espirituales de los pacientes y sus familias, que utilizan los servicios de un hospital de alta complejidad. Este enfoque busca no solo aliviar el sufrimiento físico, sino también acompañar el proceso de recuperación espiritual, dándole sentido a la vida, resiliencia, trascendencia y calidad de vida.

El éxito en la aplicación de este programa depende de la participación de todo el equipo administrativo y de salud, quienes, desde sus diferentes enfoques y campos de acción, están obligados a ofrecer un servicio y cuidado humanizado e integral, que involucre la dimensión espiritual como parte integral del bienestar del paciente.

Así mismo, se reconoce el papel vital de la familia en la participación integral de la recuperación de una persona que se encuentre hospitalizada o acuda a un hospital de alta complejidad.

4.1. Fundamentación de la propuesta de transformación.

La propuesta de transformación se basa en la importancia de incorporar el cuidado espiritual como un elemento fundamental del tratamiento en hospitales complejos. Los estudios científicos muestran que los pacientes no solo afrontan retos emocionales y físicos, sino también preguntas sobre la existencia que afectan su calidad de vida y cómo manejan el proceso de enfermedad. A pesar del progreso en la humanización de los servicios sanitarios, aún existen lagunas en la incorporación sistemática de programas que aborden estas dimensiones.

Por lo tanto, esta propuesta se fundamenta en tres ejes principales: la relevancia clínica, que consiste en robustecer una perspectiva integral del cuidado; la relevancia institucional, al aportar modelos de gestión centrados en el individuo; y la relevancia social, que responde a una demanda

cada vez mayor de acompañamiento espiritual en entornos hospitalarios. Por lo tanto, la propuesta no solo aborda una deficiencia detectada en la práctica, sino que también se ajusta a las políticas internacionales de salud que fomentan el respeto por la dignidad humana y el enfoque integral en los procesos de atención.

Desde la óptica de los gerentes de hospitales, incluir un programa de atención espiritual es una táctica novedosa para la gestión organizativa. Su implementación mejora los procedimientos de atención, propicia la articulación de recursos humanos interdisciplinarios y consolida la cultura institucional hacia un modelo enfocado en el individuo. Asimismo, al incorporar este elemento en la planificación estratégica, la institución logra una mayor capacidad de respuesta ante los estándares de acreditación y calidad en salud, que consideran la integralidad del servicio como un indicador de excelencia. La propuesta no solo afecta la experiencia del paciente, sino también el rendimiento operativo, la satisfacción de los trabajadores de salud y la imagen social del hospital como una organización dedicada.

4.2. Estructura de la propuesta de transformación.

4.2.1 Nombre del programa

Programa Clínico de Asistencia Espiritual Integral – PROCASEI

4.2.2 Objetivos de PROCASEI

General de la propuesta.

Implementar un modelo estructurado de atención espiritual que contribuya a la mejora de la calidad de vida en la atención integral en hospitales de alta complejidad en Bogotá, Colombia, durante el año 2025, orientado por los principios de la atención centrada en la persona, que responda de manera ética, interdisciplinaria y personalizada a las necesidades espirituales de los pacientes, sus familias y el personal institucional, al acompañamiento compasivo y a la humanización del cuidado.

Específicos de la propuesta

- Definir un procedimiento clínico organizado para la evaluación espiritual inicial de los enfermos, incorporando instrumentos validados y documentación institucional, como fundamento para el soporte a lo largo de la permanencia hospitalaria en hospitales complejos de Bogotá en 2025.
- Poner en marcha caminos claros y accesibles para poner en funcionamiento el servicio de asistencia espiritual desde el ingreso, la interconsulta, la petición directa o la sugerencia del personal, asegurando una cobertura puntual y centrada en el individuo.
- Crear un equipo interdisciplinario que tenga formación tanto clínica como espiritual, y que esté preparado para brindar intervenciones a nivel individual, familiar y grupal que sean consistentes con los objetivos terapéuticos del hospital y con sus servicios especializados.
- Establecer un sistema de registro, seguimiento y coordinación institucional que posibilite que el acompañamiento espiritual se incorpore a la historia clínica general del paciente y a los procedimientos asistenciales en hospitales de alta complejidad.
- Elaborar un programa de formación institucional con el objetivo de concienciar a todo el personal del hospital acerca de la dimensión espiritual del cuidado y mejorar las habilidades clínicas para identificar, atender o remitir al servicio de asistencia espiritual.
- Definir procedimientos de evaluación del programa a través de indicadores cualitativos, cuantitativos y organizacionales que posibiliten evaluar su efecto en la humanización del cuidado, la satisfacción del usuario y el reforzamiento del modelo centrado en el individuo en un contexto hospitalario particular.

4.2.3. Población beneficiaria

El Programa Clínico de Asistencia Espiritual Integral PROCASEI, está diseñado para atender de una manera ética, respetuosa y profesional las necesidades espirituales de tres grandes grupos dentro del hospital de alta complejidad: los **pacientes hospitalizados**, sus **familias o cuidadores**, y el **personal institucional** en sus distintos niveles.

Desde una perspectiva centrada en la persona y con un enfoque inclusivo, el programa reconoce que las experiencias de enfermedad, hospitalización, pérdida de cualquier tipo, toma de decisiones difíciles o procesos de final de vida pueden generar muchos desafíos profundos en la dimensión espiritual de las personas, independientemente de sus creencias religiosas, filosóficas o culturales. Por tanto, la atención espiritual ofrecida no se limita solo a quienes profesan una religión específica, sino que se brinda a todo aquel que exprese, manifieste o evidencie una necesidad de acompañamiento en el plano del sentido, la trascendencia, la esperanza o la conexión consigo mismo, con otros o con algo superior.

En ese marco, PROCASEI contempla como población beneficiaria directa a:

Pacientes hospitalizados en unidades clínicas o quirúrgicas, en cualquier fase de su proceso (ingreso, tratamiento, complicaciones, alta, cuidados paliativos), que manifiesten explícitamente su interés en recibir acompañamiento espiritual o que sean remitidos por algún profesional tratante ante signos de sufrimiento espiritual.

Familiares o cuidadores de pacientes que atraviesan situaciones críticas, prolongadas o emocionalmente desbordantes, y que puedan beneficiarse de un espacio de contención y acompañamiento que les permita encontrar sentido, resignificar la experiencia o afrontar el duelo anticipado o efectivo y no sentirse solos en el proceso.

Personal asistencial y administrativo de la institución, en el marco de un modelo organizacional humanizado, que reconoce la espiritualidad como un recurso de afrontamiento frente al desgaste emocional, el contacto con el sufrimiento ajeno o la toma de decisiones complejas en el entorno clínico con la que se pueden encontrar a diario cualquiera sea por su trabajo o sus hogares.

4.2.4. Componentes clave del programa

El Programa Clínico de Asistencia Espiritual Integral (PROCASEI) se organiza en función de diversos componentes interconectados, con el fin de asegurar una ayuda espiritual que sea personalizada, a tiempo, interdisciplinaria y asequible en el contexto hospitalario de una institución de alta complejidad. Estos elementos incorporan la dimensión espiritual al proceso clínico sin

dividir el cuidado y fomentan una cultura institucional enfocada en la dignidad humana, la compasión y el sentido.

1. Valoración espiritual inicial

El programa incluye una evaluación espiritual temprana desde la admisión del paciente, que se lleva a cabo utilizando instrumentos validados y reconocidos, como HOPE o FICA (ver anexos 1 y 2), entre otros. Esta valoración será documentada en la historia clínica espiritual, que permite identificar creencias, prácticas, fortalezas espirituales o situaciones de sufrimiento que pueden influir en el proceso de salud–enfermedad de la persona.

2. Activación del servicio por múltiples vías

Este servicio puede realizarse a través de diversas rutas como son:

- Pregunta en el proceso de admisión.
- Solicitud directa del paciente o familiar durante la estancia.
- Interconsulta realizada por cualquier profesional tratante.
- Sugerencia del personal asistencial ante signos de sufrimiento espiritual.

Esto garantizara accesibilidad, autonomía del paciente y oportunidad de intervención en cualquier momento del proceso hospitalario en el que se encuentre la persona.

3. Intervenciones individualizadas, familiares y grupales

El acompañamiento puede ser llevado a cabo de varias maneras, entre ellas: - Individualmente, en la habitación del paciente.

- Conocedor, en situaciones de duelo anticipado, decisiones complejas o crisis.
- Grupal, mediante actividades colectivas que se llevan a cabo en lugares apropiados de la institución.

Estas intervenciones se llevan a cabo con un enfoque respetuoso del contexto clínico de cada paciente, además de ser compasivas y culturalmente competentes.

4. Registro clínico y trazabilidad institucional

Cada intervención se registra en el programa mediante una historia clínica espiritual inicial y anotaciones subsecuentes acerca de la evolución espiritual, que luego se añaden al sistema de información clínica del hospital. Esto garantiza la continuidad del cuidado, la capacidad de rastrear y el trabajo en conjunto con otros equipos de salud. Estos últimos podrán ver las intervenciones, estrategias o planes que el equipo del programa estableció con el paciente y su familia dentro del folio de la historia clínica.

5. Participación del equipo interdisciplinario especializado

Las intervenciones del programa son realizadas por un equipo interdisciplinario capacitado, conformado por profesionales de medicina, psicología, trabajo social, enfermería y agentes espirituales o religiosos, según la tradición o preferencia del paciente con una estructura y formación en el ambiente clínico espiritual.

5.1 Inclusión de líderes espirituales externos

El programa contempla la posibilidad de la participación de líderes espirituales externos (capellanes, guías religiosos, referentes comunitarios), siempre y cuando:

- Sean solicitados por el paciente o su familia.
- Estén previamente capacitados por la institución en el modelo de atención.
- Actúen en coordinación con el equipo clínico del programa.

Esto garantiza una atención coherente, ética y respetuosa, sin generar tensiones con el plan terapéutico por la institución y sus profesionales.

6. Terapias espirituales complementarias

En coherencia con la voluntad del paciente y la evidencia clínica disponible, permite que el programa ofrezca prácticas como personalizadas según sus creencias tanto religiosas ritualistas como no religiosas, espirituales holísticos entre ellas encontramos:

- Escucha espiritual activa.
- Oración acompañada.
- Imposición de manos u otras formas de cuidado espiritual no invasivo.

- Momentos de silencio, meditación o resignificación simbólica.
- Terapias integrativas, musicoterapia, yoga, taichí, meditación, contemplación
- Lecturas edificantes, ejercicio, masajes,
- Otros

Estas acciones se realizan con consentimiento informado, bajo criterios clínicos y en coordinación con el equipo tratante.

7. Seguimiento durante la estancia y egreso espiritual

Se contempla el seguimiento continuo durante la hospitalización por parte del programa, así como un plan de egreso espiritual, que puede incluir:

- Recomendaciones personalizadas.
- Derivación a servicios externos (comunidad, red de apoyo).
- Continuidad mediante consulta externa en espiritualidad, en los casos que lo ameriten (cuidados paliativos, duelo, enfermedad crónica, etc.) que serán individualizadas según cada caso.

4.2.5. Estructura del equipo interdisciplinario

El equipo que se encargará del Programa Clínico de Asistencia Espiritual Integral PROCASEI estará compuesto como una unidad funcional interdisciplinaria, con habilidades clínicas, humanísticas y espirituales, enfocadas en ofrecer un cuidado integral centrado en el individuo. Este equipo será oficialmente reconocido dentro de la estructura del hospital y colaborará constantemente con los otros servicios médicos, administrativos y de apoyo.

Coordinación del programa

El programa será liderado por un profesional médico con formación complementaria en espiritualidad aplicada a la práctica clínica, quien asumirá la coordinación general del servicio, con funciones de planeación, articulación con los equipos clínicos, supervisión del equipo operativo,

evaluación de procesos y representación institucional del programa. Esta figura garantiza la integración real del servicio dentro del cuerpo médico y su legitimación como parte del modelo clínico integral y brindara apoyo asistencial según lo requiera el servicio.

Integrantes del equipo interdisciplinario

El equipo estará conformado por profesionales provenientes de distintas áreas, que compartirán competencias básicas en espiritualidad clínica, acompañamiento compasivo y atención centrada en la persona. Los perfiles principales son:

- **Psicología clínica:** Que brinde apoyo emocional y psicoespiritual, trabajo con creencias, resignificación, acompañamiento al duelo.
- **Trabajo social:** Que haga abordaje de redes de apoyo, contexto familiar, factores socioculturales vinculados a la espiritualidad.
- **Enfermería**: Brindando detección precoz de necesidades espirituales, intervención continua en el cuidado cotidiano, enlace con el equipo clínico.
- **Agentes espirituales o líderes religiosos externos**: que tengan participación según las creencias del paciente, previa validación institucional y capacitación en salud y espiritualidad.
- **Otros profesionales**: Voluntariado formado, profesionales de áreas complementarias con sensibilidad espiritual, cuando sea pertinente.

Formación y capacitación del equipo

Para temas de unificación y trabajo integral todos los integrantes del equipo recibirán formación institucional específica en espiritualidad clínica, basada en evidencia, centrada en el respeto, la inclusión y la competencia intercultural. Asimismo, se establecerán espacios de actualización permanente, estudio de casos, supervisión y trabajo en red con otros programas similares.

Principios de funcionamiento

También el equipo trabajará bajo los principios de interdisciplinariedad, confidencialidad, autonomía del paciente, ética profesional y articulación clínica, siendo capaz de adaptarse a

distintas situaciones clínicas (cronicidad, cuidados paliativos, crisis agudas, toma de decisiones complejas), sin imponer creencias ni sustituir otros abordajes, sino como complemento humanizador del cuidado institucional.

4.2.6. Articulación institucional

El Programa Clínico de Asistencia Espiritual Integral PROCASEI, se concibe no como un servicio aislado, sino como una unidad funcional plenamente integrada a la estructura organizacional, tanto a nivel asistencial y formativa del hospital. Su impacto no solo se evidencia en los encuentros clínicos, sino también en la transformación progresiva de la cultura institucional hacia un modelo más humano, compasivo y centrado en la persona que se apropien en todos los actores de la institución.

Inclusión en el sistema clínico institucional

Se considera importante que el programa esté vinculado formalmente al sistema de información clínica del hospital. Tanto la historia clínica espiritual como las notas de evolución espiritual quedarán registradas dentro del expediente electrónico del paciente, garantizando trazabilidad, comunicación con otros equipos y respeto manteniendo la confidencialidad según la ley vigente.

Asimismo, se integrará a los flujos institucionales de interconsulta, referencia interna y continuidad del cuidado, permitiendo que cualquier servicio clínico pueda activar la intervención del equipo de espiritualidad si así lo considera.

Articulación con servicios clínicos y asistenciales

PROCASEI trabajará en coordinación estrecha con las distintas unidades del hospital: medicina interna, cirugía, urgencias, cuidados intensivos, psiquiatría, oncología, cuidados paliativos, trabajo social, psicología, entre otras especialidades o servicios que tengan. Esta articulación permitirá:

- Identificar oportunamente casos que requieren acompañamiento espiritual.
- Incluir la dimensión espiritual en las decisiones clínicas complejas.
- Contribuir a los procesos de alta humanizada o egreso con seguimiento espiritual.

Formación y sensibilización institucional

Uno de los ejes transversales del programa será la formación diferenciada del talento humano institucional, promoviendo una comprensión integral del cuidado. Para ello se establecerán tres niveles de formación:

- **Sensibilización básica para todo el personal (asistencial, administrativo y de apoyo),** sobre el valor de la espiritualidad en la salud y el respeto por la diversidad y el reconocimiento de la evidencia científica en aspectos generales.
- **Capacitación intermedia para profesionales con contacto clínico directo,** enfocada en la detección de necesidades espirituales y rutas de activación del servicio.
- **Formación avanzada para el equipo del programa y líderes de áreas clave,** con enfoque clínico, ético y metodológico, educación en manejo, diligenciamiento e interpretación de instrumentos validados entre otros.

Estas actividades de formación se llevarán a cabo a través de cursos, talleres, diplomados, cápsulas virtuales, seminarios y material didáctico con el apoyo institucional académico.

Participación de líderes espirituales externos

El programa permite que los pacientes sean acompañados por líderes espirituales externos de su confianza bajo las siguientes condiciones:

- La familia o el paciente lo hayan solicitado explícitamente. • El hospital haya dado previamente la autorización al acompañante.
- Exista una solicitud expresa por parte del paciente o su familia.
- El acompañante haya sido previamente autorizado por el hospital.
- Se haya completado una capacitación básica en integración de salud y espiritualidad.
- Sus acciones se ejecuten conforme a las pautas institucionales y de manera coordinada con el equipo de atención clínica.

Se comprende esta participación como un componente del respeto hacia la diversidad espiritual y la autonomía, sin que reemplace o contradiga los tratamientos clínicos proporcionados por el equipo PROCASEI.

Alineación con políticas institucionales

Finalmente, el programa se ajustará a las políticas hospitalarias de calidad del cuidado, derechos del paciente, bioética, salud mental y humanización. De esta manera, colaborará con su puesta en práctica a través de acciones precisas y cuantificables.

4.2.7. Recursos necesarios

Para que el Programa Clínico de Asistencia Espiritual Integral PROCASEI se implemente de manera eficaz, es necesario disponer y adaptar los recursos humanos, físicos, tecnológicos y normativos que faciliten su integración paulatina en el modelo asistencial del hospital al que se quiera establecer. Esta integración debe asegurar la calidad del servicio, la seguridad del paciente y la coherencia institucional.

1. Recursos humanos

Un equipo interdisciplinario de agentes espirituales calificados y profesionales clínicos, liderado por un médico con formación en espiritualidad clínica, formará el equipo de asistencia espiritual.

Para su operación inicial, se prevé:

- Un coordinador médico del programa.
- Uno o dos profesionales de psicología con enfoque psicoespiritual.
- Uno o dos trabajadores sociales con experiencia en redes de apoyo y diversidad espiritual.
- Un profesional de enfermería con rol de enlace espiritual asistencial.
- Red de líderes espirituales externos autorizados por la institución.
- Personal de apoyo voluntario y administrativo (según necesidades y volumen de atención).

Todo el equipo deberá contar con formación o capacitación institucional en espiritualidad aplicada al entorno clínico, con procesos de actualización permanente y espacios de trabajo interdisciplinario, la propuesta puede ser flexible según la capacidad de cada institución.

2. Recursos físicos

El programa podrá funcionar al principio con los espacios disponibles en la institución, siempre que se pueda asegurar como mínimo lo siguiente:

- Un consultorio para atención individual o un cuarto privado para entrevistas y acompañamiento.
- Acceso a habitaciones de hospitalización, manteniendo las condiciones clínicas y la privacidad de cada paciente.
- Posibilidad de acceder a salones multifuncionales para reuniones familiares o actividades en grupo.

Ideal:

- Un oratorio o capilla institucional no confesional, concebido como un lugar para la reflexión, el silencio o la expresión espiritual variada.
- Los criterios de dignidad, neutralidad estética, accesibilidad y seguridad institucional deberán tenerse en cuenta al adecuar estos espacios.

3. Recursos tecnológicos

Para su articulación con los sistemas institucionales, se requerirá:

- Acceso al sistema de información clínica institucional, para el registro y consulta de la historia espiritual.
- Creación de formatos digitales estandarizados para la historia clínica espiritual y notas de evolución, y formatos de contingencia manual en caso de alteraciones de los sistemas digitales.
- Plataforma para la gestión de interconsultas, programación de actividades y seguimiento de casos.
- Soporte virtual para formación continua del equipo y del personal del hospital.

4. Recursos normativos y administrativos

El programa deberá tener el apoyo formal de la institución mediante:

- Resolución de creación o acto administrativo interno.
- Manual de funciones, rutas para atender y directrices operativas.
- Protocolo de cuidado espiritual, consentimiento informado y la participación de líderes que no pertenecen a la organización.
- Inclusión en planes de desarrollo institucional, humanización, calidad y salud mental.
- Asignación presupuestal básica para operación inicial, formación y difusión.

Estos aspectos son los que se consideran como vitales para un programa asistencial exitoso sin embargo como lo hemos resaltado se podrá adaptar según las necesidades y capacidad de cada uno.

Tabla 4.
Matriz de componentes del programa

Componente	**Descripción**	**Responsables**	**Población objetivo**	**Articulación institucional**
Valoración espiritual	Entrevista con enfoque clínico-espiritual con herramientas tipo FICA / HOPE.	Médico o profesional del equipo PROCASEI	Paciente hospitalizado	Historia clínica – ingreso hospitalario
Intervención individual	Acompañamiento espiritual, escucha activa, oración, pases energéticos, terapias integrativas.	Psicólogo, capellán, médico, voluntarios	Pacientes y/o familia	Unidad clínica tratante
Actividades grupales	Charlas, círculos de silencio, reflexión espiritual, terapias holísticas.	Equipo PROCASEI	Familiares / pacientes	Sala múltiple, capilla institucional

Consulta a líderes externos	Participación de guías espirituales según credo del paciente.	Coordinación PROCASEI	Paciente que lo solicite	Bajo lineamientos institucionales
Formación institucional	Capacitación a personal asistencial sobre espiritualidad en salud.	Coordinador médico, expertos clínicos, docente invitados	Todo el personal hospitalario	Articulado con Talento Humano y Calidad
Seguimiento y egreso	Registro final y referencia a consulta externa si es necesario.	Todo el equipo	Paciente al alta	Egreso médico y continuidad del cuidado

Fuente: elaboración propia

4.2.8. Etapas de implementación

La implementación del Programa Clínico de Asistencia Espiritual Integral PROCASEI, se plantea como un proceso progresivo, adaptable a las condiciones institucionales, que permita validar su pertinencia, afinar sus componentes operativos y garantizar su integración sostenible al modelo asistencial hospitalario. Las siguientes etapas orientan su despliegue estratégico:

1. Diagnóstico institucional

En este momento, se realiza un análisis de las condiciones presentes en la institución en cuanto a la atención espiritual, que incluye: ▪ Determinar las necesidades no satisfechas de los pacientes, sus familias y el personal.

- Identificación de las posibilidades, los recursos y los impedimentos existentes.
- Evaluación de la apertura hacia el ámbito espiritual y las políticas internas. - Orientación a los líderes de la clínica, la administración y la ética del hospital.

Esta evaluación permite el ajuste del programa a las particularidades técnicas, culturales y organizativas del ambiente hospitalario.

2. Diseño operativo y formalización

Se hace lo siguiente después de identificar el escenario institucional:

- Modificar el modelo de atención espiritual de acuerdo con el diagnóstico.
- Determinar el equipo inicial, los roles, los formatos clínicos y las rutas.
- Crear manuales y protocolos internos de acción.
- Conseguir la autorización de los comités relevantes (de calidad, bioética, humanización, científico).
- Producir un acto administrativo que establezca o gestione el programa.

Esta etapa afianza los fundamentos operativos, clínicos y formales del servicio.

3. Fase piloto

Se aplica el programa en una unidad clínica concreta o en un conjunto pequeño de servicios del hospital (por ejemplo, urgencias, medicina interna o cuidados paliativos), lo que posibilita:

- La evaluación del desempeño de los flujos clínicos y las rutas de activación.
- Examinar la interacción auténtica con otros equipos de asistencia.
- Evaluar los indicadores iniciales de acceso, satisfacción y eficacia.
- Obtener comentarios del personal, los pacientes y sus familias.

En esta etapa, se determinan las modificaciones que son necesarias en los tiempos, roles, documentación o la coordinación con otros servicios.

4. Ajustes y expansión progresiva

Se llevan a cabo cambios en el modelo operativo y se prevé su ampliación a toda la institución, tomando como referencia los resultados del piloto: ▪ Un aumento progresivo del equipo de profesionales.

- Incorporación del programa en las plantas y áreas clínicas.
- Fomento de la concienciación del personal y del componente educativo.
- Difusión institucional y colocación como un servicio oficial al interior del hospital.

5. Evaluación y sostenibilidad

Se establece un sistema permanente de monitoreo y evaluación del programa, una vez que se ha consolidado, con el fin de:

- Evaluar su impacto organizacional, humano y clínico.
- Reconocer las oportunidades de mejora y las buenas prácticas.
- Argumentar su inclusión en los planes estratégicos institucionales y su sostenimiento presupuestal.
- Fomentar su proyección como un modelo que puede ser reproducido en otras redes u hospitales.

4.3. Valoración/ evaluación / validación de la propuesta de transformación.

Para la evaluación del Programa Clínico de Asistencia Espiritual Integral PROCASEI, se propone una estructura que se desarrolle como un proceso continuo y multidimensional por la complejidad y la trazabilidad que tiene el programa como impacto en el centro asistencial ya que involucra todos los actores de la institución, de este modo tiene por finalidad garantizar en su proceso de instauración y ejecución su calidad, pertinencia, impacto clínico, sostenibilidad institucional y alineación con los principios de la atención centrada en la persona.

Es importante resaltar que este proceso no solo responde a exigencias metodológicas propias de la instauración de programas hospitalarios, sino que también reconoce que la espiritualidad propiamente dicha, tiene dificultades metódicas de cuantificar en su totalidad el impacto, sin embargo podemos desde algunas dimensiones observables tener como resultado medible la experiencia del paciente, así como resultados clínicos y organizacionales entre otros, por ello se requerirá de diferentes criterios, actores y métodos de evaluación, entre ellos consideramos:

1. Criterios de evaluación

Entre los criterios de evaluación requerimos de diferentes enfoques para dar una cobertura mucho más general, entre ellos tenemos, cuantitativos, cualitativos y clínico asistencias, a continuación, algunas descripciones

Tabla 5.
Criterios e indicadores de evaluación del programa PROCASEI

Tipo de criterio	Indicador específico	Método de medición	Fuente de información	Frecuencia sugerida
Cuantitativo	Nº de pacientes atendidos	Registro en historia clínica espiritual	Sistema clínico institucional	Mensual / Trimestral
	Nº de interconsultas solicitadas desde otros servicios	Registro de interconsultas activas	Plataforma de gestión hospitalaria	Mensual
	Cobertura por unidad hospitalaria	Porcentaje de unidades con pacientes atendidos	Reportes del programa	Trimestral
	Nº de actividades individuales, familiares y grupales realizadas	Registro por tipo de intervención	Formato de seguimiento del equipo	Mensual
	Nº de profesionales formados o sensibilizados	Listado de asistencia / actas de formación	Coordinación académica del hospital	Semestral
Cualitativo	Nivel de satisfacción de pacientes y familias	Encuesta institucional adaptada a espiritualidad	Encuestas post-intervención	Al alta / Post actividad
	Percepción del equipo clínico sobre el programa	Entrevistas o formularios anónimos	Encuestas internas	Semestral
	Testimonios voluntarios sobre experiencias significativas	Recolección narrativa (opcional)	Entrevistas semiestructuradas	Trimestral / Egreso
	Cambios en clima hospitalario	Observación cualitativa	Coordinación de humanización	Anual

	(relaciones, lenguaje, ambiente)			
Clínico–asistencial	Nº de pacientes con necesidades espirituales identificadas	Historia clínica espiritual	Sistema clínico institucional	Mensual
	Disminución de sufrimiento espiritual (cuando aplica)	Escalas validadas (Ej. escala de sufrimiento)	Valoración del equipo PROCASEI	Al alta / Seguimiento
	Impacto en adherencia al tratamiento / decisiones clínicas	Opinión del equipo tratante	Reuniones clínicas, evolución	Trimestral
	Articulación efectiva con equipos clínicos	Registros de coordinación	Historia clínica / notas de evolución	Continuo

Fuente: Elaboración propia

2. Fases de la evaluación

La evaluación del programa se distribuirá en tres momentos clave desde su instauración hasta su consolidación permitiendo ver lo pertinente de ajustar según las necesidades capacidad y condiciones tanto del programa como de la institución a continuación algunos criterios:

Tabla 6. Fases del proceso de evaluación del programa PROCASEI

Fase de evaluación	**Descripción**	**Objetivos principales**	**Momentos de aplicación**
Evaluación inicial (piloto)	Aplicación del programa en una unidad clínica específica para validar rutas, herramientas y roles.	Detectar fallos operativos, verificar pertinencia, ajustar flujos.	Durante los primeros 2–3 meses de implementación.
Evaluación intermedia	Análisis parcial del funcionamiento del programa en varias unidades o después de su ampliación progresiva.	Recolectar datos preliminares, medir percepción de usuarios y personal, identificar logros y barreras.	A los 6 meses o al primer año de implementación.

Evaluación consolidada	Valoración integral del programa tras su integración formal a la estructura hospitalaria.	Medir impacto clínico, humano y organizacional. Justificar continuidad y mejora.	Anualmente, como parte de la evaluación institucional.

Fuente: Elaboración propia

3. Participación de actores

La validación del programa en sus diferentes etapas incluirá la participación de actores involucrados con el programa que aporten visión desde su experiencia y contacto con el mismo, incluyendo el que ha participado recibiendo el servicio como aquel que se ha involucrado en su actuación tanto institucional como asistencial, a continuación, algunas descripciones:

Tabla 6.
Participación de actores en la evaluación del programa PROCASEI

ACTOR PARTICIPANTE	DESCRIPCIÓN DE SU PARTICIPACIÓN
Pacientes y cuidadores voluntarios	Participan mediante encuestas de satisfacción, entrevistas semiestructuradas y testimonios opcionales sobre su experiencia espiritual durante la hospitalización.
Profesionales del equipo PROCASEI	Aportan retroalimentación sobre la implementación del programa, reportan indicadores clínicos y evalúan la efectividad de las intervenciones espirituales.
Coordinadores clínicos y administrativos	Facilitan la integración del programa en las unidades asistenciales, supervisan su articulación con otros servicios y evalúan su impacto organizacional.
Comités institucionales (ética, calidad, humanización)	Acompañan la validación ética y técnica del programa, emiten recomendaciones y participan en la evaluación global de su pertinencia y sostenibilidad.

Fuente: Elaboración propia

La propuesta de atención espiritual que se expone en este capítulo es una opción factible y necesaria para hacer frente a los retos contemporáneos de la atención hospitalaria de alta complejidad. Se puede observar que, a través de su marco metodológico y teórico, así como de la estructura propuesta, es posible incorporar el acompañamiento espiritual dentro de un marco organizacional lógico, que cumpla con estándares de calidad y relevancia clínica. Al conectar

protocolos de acción, recursos humanos calificados y un sistema de evaluación constante, se ofrece herramientas específicas para abordar los aspectos emocionales, sociales y trascendentes del paciente que, en la práctica hospitalaria, suelen dejarse de lado. Esto contribuye a fortalecer la visión integral del cuidado.

Así, la propuesta va más allá de la atención individual, ya que se proyecta como un modelo de administración hospitalaria que afecta a la organización, a la satisfacción del personal y a cómo se percibe institucionalmente ante la sociedad. Su implementación permite la posibilidad de combinar la parte clínica con el aspecto humano del cuidado de manera armoniosa, lo que beneficia los procesos de acreditación y fortalece la humanización en los servicios sanitarios. Estos componentes, al incorporarse a la dinámica hospitalaria, son el punto de inicio para las conclusiones de esta investigación, en las que se resumen los hallazgos, contribuciones y proyecciones más importantes que resultaron del trabajo.

CONCLUSIONES

El propósito de la propuesta investigativa fue lograr el desarrollo de un programa de cuidado espiritual para hospitales complejos en Bogotá, Colombia. Esta propuesta sitúa al paciente en el centro y resulta relevante para la administración de hospitales en el año 2025. Todo esto fue alcanzado gracias a un estudio comparativo de los modelos internacionales, la revisión de los textos científicos y la síntesis de las prácticas adecuadas.

Las conclusiones de la investigación son las siguientes:

1. Se logró desarrollar una propuesta bien estructurada que incluye componentes organizativos, sociales y clínicos significativos para el entorno específico, mediante la revisión de la literatura científica, el estudio comparativo de modelos globales y la síntesis de prácticas eficaces.
2. Se determinó y se estableció el soporte organizacional, material y humano necesario para llevar a cabo el programa, subrayando la importancia de contar con un equipo interdisciplinario competente, espacios apropiados y apoyo institucional. Estos componentes constituyen un marco de trabajo que garantiza la sustentabilidad del programa y su vinculación con los procedimientos de acreditación hospitalaria y calidad, confirmando que la carencia de una estructura institucional es un obstáculo para brindar acompañamiento espiritual efectivo.
3. La propuesta engloba un protocolo de intervención exhaustivo, basado en la literatura actual, que uniformiza los procesos para detectar las necesidades espirituales, las estrategias de acompañamiento y las remisiones. Este protocolo es un instrumento que se puede replicar y que asegurará la continuidad, la pertinencia y la seguridad en la atención, abordando una necesidad que se ha demostrado tanto a nivel local como en programas internacionales.
4. También se establecieron los servicios particulares del programa, como el acompañamiento espiritual tanto grupal como individual, la formación en habilidades clínicas, el soporte durante procesos de duelo y la coordinación con los familiares. Estas intervenciones se llevan a cabo porque se han identificado deficiencias en el manejo hospitalario, donde la dimensión emocional y espiritual es frecuentemente ignorada. Esto confirma la suposición

de que, al incluirlas de manera sistemática, la experiencia del paciente mejora y la humanización del cuidado se fortalece.

5. La hipótesis de que la inclusión sistemática de estos servicios ayuda a optimizar la experiencia del paciente y a reforzar el sentido de humanización en los procedimientos de atención queda confirmada.
6. Se diseñó, además, un sistema de evaluación continua con indicadores de proceso y resultado, que permitirá monitorear el impacto del programa en la calidad de vida, la satisfacción del usuario y la integración del equipo interdisciplinario. Este sistema asegura la mejora constante y la alineación con estándares de acreditación, demostrando la viabilidad técnica y organizacional del componente espiritual dentro de la gestión institucional hospitalaria.
7. A pesar de que existe evidencia creciente sobre el impacto positivo que los programas de atención espiritual tienen en la calidad de vida del paciente, se ha podido identificar en hospitales complejos la falta de estos tipos de programas. Este descubrimiento corroboró que es pertinente tratar el asunto a través de un enfoque gerencial y académico, enfocado no únicamente en la humanización del cuidado, sino también en mejorar la administración hospitalaria.
8. La investigación evidenció que en los hospitales de alta complejidad en Bogotá no existen programas estructurados de atención espiritual a pesar de la creciente evidencia que muestra su efecto positivo en la calidad de vida. La formulación de esta propuesta, por lo tanto, representa un aporte académico y gerencial que promueve no solo la humanización del cuidado sino también la optimización de la gestión hospitalaria local.
9. El énfasis en la atención centrada en el individuo también implica considerar al paciente como un todo que tiene necesidades y creencias de índole espiritual, lo cual va más allá del modelo biomédico tradicional. Implementar PROCASEI permite consolidar un modelo que combina la sensibilidad humana con la rigurosidad científica, integrando empatía y evidencia empírica en el cuidado especializado hospitalario.
10. Desde la perspectiva de la metodología, se dedujo que era posible redactar propuestas fiables derivadas de la calidad de la literatura científica, con criterios de exclusión e inclusión que garantizaban la pertinencia de la información estudiada. Esta metodología permitió hallar similitudes en programas internacionales sobre ayuda espiritual como son

la evaluación inicial con instrumentos validados, la formulación de intervenciones para personas y familias, la formación del personal y la existencia de espacios físicos neutros para la oración y las reuniones espirituales. Dichos elementos se consolidaron en una propuesta adaptada al contexto colombiano e incluso latinoamericano y a las características de hospitales de alta complejidad, con miras a garantizar su aplicabilidad real.

Un aspecto importante de la propuesta es la atención centrada en la persona, lo que implica la consideración del paciente no sólo como simple recepto de recursos clínicos sino como un ser completo que tiene sus necesidades espirituales, creencias, valores; esta atención centrada en la persona deja atrás la habitual forma de concebir al sujeto desde una paciente únicamente biomédica y promueve una atención humana en salud, algo que es un requerimiento que se presenta cada vez más sobre todo en las políticas de calidad hospitalaria y en los textos científicos. Por lo tanto, la puesta en marcha de PROCASEI posibilitará afianzar un modelo que combine la sensibilidad humana con la rigurosidad científica, fusionando la compasión y la evidencia en el cuidado.

Además, la investigación muestra que el apoyo espiritual no solo favorece a los pacientes, sino también a sus familias y al personal del hospital, quienes están expuestos a altos niveles de agobio y estrés emocional. Un programa como PROCASEI, que está estructurado, puede ayudar a mejorar el bienestar del personal, promoviendo ambientes de trabajo más solidarios, disminuyendo la posibilidad de agotamiento laboral y reforzando el sentido de propósito en la tarea asistencial. Este descubrimiento tiene una importancia particular en hospitales de alta complejidad, donde las jornadas son largas y la toma de decisiones críticas, así como la exposición continua al sufrimiento humano, producen un impacto emocional que no puede ser pasado por alto.

Otro aporte relevante es la aclaración de que el cuidado espiritual no equivaldrá a una práctica determinada y concreta de la religiosidad, sino que debemos entenderlo a partir de este necesario acompañamiento susceptible de incluir, reconocer y respetar la diversidad de cosmovisiones, tradiciones y/o creencias. PROCASEI propone un modelo plural y flexible que garantiza el respeto a la autonomía del paciente y se ajusta a su contexto cultural, al tiempo que establece mecanismos para la integración con líderes comunitarios y guías espirituales. Esta visión garantiza la equidad en la prestación del servicio y responde al principio de dignidad humana como fundamento del cuidado en salud.

La evidencia recopilada también permite concluir que la integración de la espiritualidad en hospitales aporta un valor estratégico para las instituciones. Los programas de asistencia espiritual favorecen la satisfacción de los pacientes, fortalecen los indicadores de calidad y, a largo plazo, pueden incluso contribuir a la optimización de los recursos hospitalarios, al mejorar la adherencia a tratamientos y disminuir complicaciones relacionadas con el sufrimiento emocional no atendido, vemos también como literatura expresa reducción de tiempo de hospitalización entre otros. De este modo, PROCASEI no solamente que resulta una propuesta ética o humanista, sino que también un resultado eficaz y en consonancia con los actuales retos de la sostenibilidad de la salud.

Por último, el programa no solamente que resultará ventajoso para las personas con problemas crónicos en nuestra propuesta de trabajo, sino para sus familias y el colectivo de la institución donde estas personas conviven actualmente, con niveles altos de agotamiento emocional y estrés. PROCASEI ayudará a mejorar la calidad de vida del personal, creando entornos laborales más solidarios, reduciendo el riesgo de agotamiento profesional y consolidando la sensación de propósito en el trabajo asistencial. Su perspectiva inclusiva y plural asegurará que se respete la diversidad en términos culturales y espirituales, de acuerdo con el principio de dignidad humana como fundamento del cuidado.

De este modo, PROCASEI es una propuesta estratégica, ética y humanista en cuanto a su valor social y en cuanto a su valor operativo. Con ello, ayuda a mejorar la calidad de vida de los pacientes y consolida la sostenibilidad de los servicios hospitalarios en Bogotá y puede ser replicada en contextos similares.

RECOMENDACIONES

En virtud de los resultados alcanzados y la propuesta desarrollada a partir del presente estudio de investigación se hace necesario plantear un conjunto de recomendaciones de carácter práctico, las cuales orientan la implementación del Programa Clínico de Asistencia Espiritual Integral (PROCASEI) en hospitales complejos, garantizando de esta forma su proceso de instalación por un tiempo prolongado.

Primeramente, se aconseja que las instituciones hospitalarias incorporen el aspecto espiritual dentro de su modelo de atención y organización, no como un servicio adicional, sino como una parte esencial del cuidado integral. Para lograr esto, es esencial establecer un sitio formal para el programa dentro de la estructura administrativa, con un equipo interdisciplinario que esté claramente definido y dirigido por un profesional clínico que tenga formación en espiritualidad aplicada a la práctica hospitalaria. Esto posibilitará que las actividades del programa cuenten con apoyo institucional y se coordinen correctamente con otros servicios clínicos.

Por otra parte, es fundamental que el colectivo de Asistencia y administrativo esté presente en los procesos de formación/sensibilización continua en cuanto a la espiritualidad como una dimensión del cuidado. Estas formaciones, además de dotar de un conocimiento teórico, deben incidir/centrarse en el desarrollo de las habilidades comunicativas, de la escucha activa y del acompañamiento respetuoso para, por tanto, favorecer una cultura organizacional más compartida de la empatía y de lo humano.

Para garantizar una integración respetuosa y coherente en el hospital, la capacitación también debe incluir a líderes espirituales externos que estén involucrados en la atención. Se recomienda también que la implementación del programa cuente con protocolos estandarizados que incluyan la valoración espiritual desde el ingreso del paciente, la interoperabilidad con la historia clínica institucional y la posibilidad de generar interconsultas en cualquier momento de la atención. La estandarización no solo hará más fácil la integración del programa, sino que también posibilitará el seguimiento sistemático de los resultados y la creación de indicadores de calidad que sean medibles.

Se recomienda que los hospitales cuenten con áreas físicas neutrales y accesibles para que los pacientes, sus familiares y el personal hospitalario puedan hallar un lugar de acompañamiento

o recogimiento espiritual. Estos espacios tienen que estar concebidos de forma inclusiva, sin aludir a credos concretos, para asegurar el respeto por la diversidad en términos culturales y religiosos.

La necesidad de crear un sistema para evaluar continuamente el programa es otro aspecto esencial, con indicadores cualitativos y cuantitativos que posibiliten medir la repercusión en la calidad de vida de los pacientes, en la satisfacción de las familias y en el bienestar del personal del hospital. Este seguimiento permitirá que el programa no se limite a ser un ideal teórico, sino que produzca resultados concretos para la institución y sus usuarios.

Finalmente, se recomienda que los tomadores de decisiones en salud y las autoridades hospitalarias consideren al PROCASEI no solo como una estrategia asistencial, sino también como un modelo replicable que pueda ser adaptado a otros niveles de atención. La experiencia derivada de su aplicación en hospitales de alta complejidad puede convertirse en un referente para el diseño de políticas públicas que fortalezcan la humanización del cuidado en todo el sistema de salud colombiano o latinoamericano.

Desde una perspectiva metodológica, este estudio subraya la importancia de optar por una u otra perspectiva de acuerdo con las características que presente el problema y la posibilidad concreta existente de poder penetrar en los contextos clínicos. En esta ocasión, la elección de llevar a cabo una revisión de literatura con elementos sistemáticos y un análisis de contenido posibilitó la creación de una propuesta robusta, fundamentada en evidencias recientes, sin que fuera necesario hacer un trabajo de campo directo en hospitales.

Una sugerencia inicial en términos de metodología es que los estudios futuros, cuyo objetivo sea crear o evaluar programas de asistencia espiritual en hospitales complejos, empleen métodos combinados. Si bien la revisión de literatura puede servir de punto de partida o puede ser una forma de complementar una práctica, pero en la que también podría justificar la existencia de investigaciones cualitativas... por ej.: grupos de discusión o entrevistas detalladas tanto con los pacientes como con los familiares y los profesionales de salud, con el objetivo de poder ir entendiendo la experiencia vivida que además podría llegar a ilustrar los hallazgos teóricos que se pueden realizar.

De igual manera, se recomienda fortalecer los criterios de selección y análisis de los documentos utilizados. Es necesario que el investigador defina con precisión los criterios de

inclusión y exclusión, utilizando descriptores estandarizados como DeCS o MeSH, y que asegure un proceso transparente de sistematización de la información.

Finalmente, se sugiere que los programas diseñados a partir de investigaciones de este tipo cuenten con un sistema de validación metodológica antes de ser implementados. Esto supone que la propuesta se someta a la revisión de expertos en atención centrada en el individuo, gestión hospitalaria, bioética y espiritualidad clínica. La validación por parte de los compañeros médicos y académicos contribuye a aumentar la aplicabilidad y la relevancia del diseño, reduciendo así el riesgo de sesgos y asegurando un impacto más amplio en la práctica hospitalaria.

Desde la academia, esta tarea valida que es imprescindible incluir la espiritualidad como un eje transversal de cualquier proyecto formativo para profesional sanitario. La atención espiritual no es un ingrediente adicional sino un elemento fundamental de la atención integral centrada en la persona. Por consiguiente, se aconseja que las universidades y los centros de formación incluyan en sus planes de estudio materias, seminarios y talleres que habiliten a los futuros médicos, enfermeros, psicólogos y otros profesionales del ámbito sanitario para adquirir habilidades en la evaluación, el acompañamiento y el abordaje de necesidades espirituales.

A lo que añade implementar una mayor investigación científica en relación con la espiritualidad clínica, aplicando proyectos de grado y tesis de máster y de doctorado que ayuden a generar evidencias científicas contextualizadas; para visibilizar un tema que ha sido poco explorado en la región latinoamericana es necesario estudiar la presencia en congresos especializados y publicar artículos en revistas indexadas. Esto ayudaría a que se establezcan redes colaborativas y de conocimiento entre investigadores, entidades académicas e instituciones de salud.

Por último, los centros académicos tendrían que fomentar espacios de reflexión ética y crítica en torno a la incorporación de la espiritualidad en el ejercicio clínico. La capacitación debe ser tanto humanista como técnica, garantizando que los profesionales del futuro entiendan la espiritualidad no solo como un elemento religioso, sino también como una herramienta de resiliencia y afrontamiento para los pacientes. Esto permitiría progresar hacia una educación superior que esté en consonancia con los lineamientos internacionales de la salud centrada en la persona y con los principios de atención integral.

BIBLIOGRAFÍA

Avelar-González, A. K., Bureau-Chávez, M., Durón-Reyes, D., Mondragón-Cervantes, M. I., Jiménez-Acosta, Y. del C., Leal-Mora, D., & Díaz-Ramos, J. A. (2020). Spirituality and Religious Practices and Its Association with Geriatric Syndromes in Older Adults Attending to a Geriatric's Clinic in a University Hospital. Journal of Religion and Health, 59(6), 2794–2806. https://doi.org/10.1007/s10943-020-00990-0

Balboni, M. J., Puchalski, C. M., & Peteet, J. R. (2014). The Relationship between Medicine, Spirituality and Religion: Three Models for Integration. Journal of Religion and Health, 53(5), 1586–1598. https://doi.org/10.1007/s10943-014-9901-8.

Balboni, T. A., Paulk, M. E., Balboni, M. J., Phelps, A. C., Loggers, E. T., Wright, A. A., Block, S. D., Lewis, E. F., Peteet, J. R., & Prigerson, H. G. (2010). Provision of Spiritual Care to Patients With Advanced Cancer: Associations With Medical Care and Quality of Life Near Death. *Journal of Clinical Oncology*, *28*(3), 445–452. https://doi.org/10.1200/JCO.2009.24.8005

Balboni, T. A., VanderWeele, T. J., Doan-Soares, S. D., Long, K. N. G., Ferrell, B. R., Fitchett, G., Koenig, H. G., Bain, P. A., Puchalski, C., Steinhauser, K. E., Sulmasy, D. P., & Koh, H. K. (2022). Spirituality in Serious Illness and Health. JAMA, 328(2), 184. https://doi.org/10.1001/jama.2022.11086

Balboni, T., Balboni, M., Paulk, M. E., Phelps, A., Wright, A., Peteet, J., Block, S., Lathan, C., VanderWeele, T., & Prigerson, H. (2011). Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. *Cancer*, *117*(23), 5383–5391. https://doi.org/10.1002/cncr.26221

Batstone, E., Bailey, C., & Hallett, N. (2020). Spiritual care provision to end-of-life patients: A systematic literature review. Journal of Clinical Nursing, 29(19–20), 3609–3624. https://doi.org/10.1111/jocn.15411

Best, M., Leget, C., Goodhead, A., & Paal, P. (2020). An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC Palliative Care*, *19*(1), 9. https://doi.org/10.1186/s12904-019-0508-4

Borneman, T., Ferrell, B., & Puchalski, C. M. (2010). Evaluation of the FICA Tool for Spiritual Assessment. Journal of Pain and Symptom Management, 40(2), 163–173. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2009.12.019

Bredle, J. M., Salsman, J. M., Debb, S. M., Arnold, B. J., & Cella, D. (2011). Spiritual Well-Being as a Component of Health-Related Quality of Life: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy—Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). Religions, 2(1), 77–94. https://doi.org/10.3390/rel2010077

Brown, J., Goodridge, D., Harrison, A., Kemp, J., Thorpe, L., & Weiler, R. (2022). Care Considerations in a Patient- and Family-Centered Medical Assistance in Dying Program. Journal of Palliative Care, 37(3), 341–351. https://doi.org/10.1177/0825859720951661

Caldeira, S., Timmins, F., de Carvalho, E. C., & Vieira, M. (2017). Clinical Validation of the Nursing Diagnosis Spiritual Distress in Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. International Journal of Nursing Knowledge, 28(1), 44–52. https://doi.org/10.1111/2047-3095.12105

Carmo, K. B. do. (2022). Espiritualidad aplicada a la medicina. *Revista Bioética*, *30*(4), 870–882. https://doi.org/10.1590/1983-80422022304577es

Carneiro, É. M., Oliveira, L. F. A., da Silva, D. A. A., Sousa, J. B. F., Timóteo, R. P., Neto, O. B., Silva, A. de P., Rodriguez Junior, V., de Resende, L. A. P. R., & Borges, M. de F. (2020). Effects of the laying on of hands on anxiety, stress and autonomic response of employees in a hospital: A double-blind randomized controlled trial. Complementary Therapies in Medicine, 52, 102475. https://doi.org/10.1016/j.ctim.2020.102475

Carneiro, É. M., Tosta, A. de M., Antonelli, I. B. S., Soares, V. M., Oliveira, L. F. A., Borges, R. M. C., da Silva, A. P., & Borges, M. de F. (2020). Effect of Spiritist "Passe" on Preoperative

Anxiety of Surgical Patients: A Randomized Controlled Trial, Double-Blind. Journal of Religion and Health, 59(4), 1728–1739. https://doi.org/10.1007/s10943-019-00841-7

Congreso de Colombia (2014). Ley 1733 De 2014. Ley Consuelo Devis Saavedra, mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=59379

Congreso de la República (2015). Ley Estatutaria 1751 De 2015. Por Medio De La Cual Se Regula El Derecho Fundamental A La Salud Y Se Dictan Otras Disposiciones. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733

Constitución Política de Colombia (1991). Asamblea Nacional Constituyente. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125

de Abreu Costa, M., & Moreira-Almeida, A. (2022). Religion-Adapted Cognitive Behavioral Therapy: A Review and Description of Techniques. Journal of Religion and Health, 61(1), 443–466. https://doi.org/10.1007/s10943-021-01345-z

Delgado-Guay, M. O., Palma, A., Duarte, E., Grez, M., Tupper, L., Liu, D. D., & Bruera, E. (2021). Association between Spirituality, Religiosity, Spiritual Pain, Symptom Distress, and Quality of Life among Latin American Patients with Advanced Cancer: A Multicenter Study. Journal of Palliative Medicine, 24(11), 1606–1615. https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0776

Delmonte, R., Lucchetti, G., Moreira-Almeida, A., & Farias, M. (2016). Can the DSM-5 differentiate between nonpathological possession and dissociative identity disorder? A case study from an Afro-Brazilian religion. *Journal of Trauma & Dissociation*, *17*(3), 322–337. https://doi.org/10.1080/15299732.2015.1103351

Edgman-Levitan, S., & Schoenbaum, S. C. (2021). Patient-centered care: achieving higher quality by designing care through the patient's eyes. Israel Journal of Health Policy Research, 10(1), 21. https://doi.org/10.1186/s13584-021-00459-9

Espinel, J., & Colautti, N.; Comisión de Espiritualidad. (2020). Competencias para el cuidado espiritual de calidad en cuidados paliativos. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos.https://cuidadospaliativos.org/uploads/2020/10/Competencias%20Cuidado%20Espiritual.pdf

Estenssoro, E., Alegría, L., Murias, G., Friedman, G., Castro, R., Nin Vaeza, N., Loudet, C., Bruhn, A., Jibaja, M., Ospina-Tascon, G., Ríos, F., Machado, F. R., Biasi Cavalcanti, A., Dubin, A., Hurtado, F. J., Briva, A., Romero, C., Bugedo, G., Bakker, J., … Hernandez, G. (2017). Organizational Issues, Structure, and Processes of Care in 257 ICUs in Latin America: A Study From the Latin America Intensive Care Network. Critical Care Medicine, 45(8), 1325–1336. https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002413

Faries, M. D., Corrêa Fernandes, C., Phillips, E., West, T., & Stout, R. (2025). Religion and Spirituality in Lifestyle Medicine. American Journal of Lifestyle Medicine, 19(2), 324–333. https://doi.org/10.1177/15598276241276770

Fernández-Pascual, M. D., Reig-Ferrer, A., Martínez-Rodríguez, L., Quesada-Rico, J. A., McSherry, W., & Riquelme-Ros, L. (2024). Validation of Spanish Version of the Spirituality and Spiritual Care Rating Scale (SSCRS-Sp) in Nursing Professionals. Nursing Open, 11(12). https://doi.org/10.1002/nop2.70115

Ferrell, B. R., Buller, H., Paice, J. A., Glajchen, M., & Haythorn, T. (2023). Interprofessional communication training to address spiritual aspects of cancer care. Journal of Health Care Chaplaincy, 29(4), 381–393. https://doi.org/10.1080/08854726.2022.2097781

Fonseca Canteros, M. A. (2022). Atención de las necesidades espirituales y religiosas de pacientes por personal de salud. Un modelo basado en el acompañamiento espiritual. Revista de Cirugía, 74(3). https://doi.org/10.35687/s2452-454920220031351

Głaz, S. (2021). Psychological Analysis of Religiosity and Spirituality: Construction of the Scale of Abandonment by God (SAG). Journal of Religion and Health, 60(5), 3545–3561. https://doi.org/10.1007/s10943-021-01197-7

Gómez Ramírez, O. Y., Henao Castaño, A. M., Fuentes Ramírez, A., Díaz Heredia, L. P., & Molano-Pirazán, M. L. (2018). Bienestar espiritual en el ámbito hospitalario: aportes para la humanización en salud. Revista Latinoamericana de Bioética, 19(36–1), 49–60. https://doi.org/10.18359/rlbi.3627

Hidalgo Filho, C. M. T., Freitas, A. J. A. de, Abreu, L. S. de, Santiago, H. R., & Campolina, A. G. (2023). Spiritual needs among hospitalized patients at a public hospital in Brazil: a cross-sectional study. Sao Paulo Medical Journal, 141(2), 125–130. https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0985.r2.19052022

Hosseini, F. A., Momennasab, M., Guàrdia-Olmos, J., Yektatalab, S., Shaygan, M., & Zareiyan, A. (2023). Designing and psychometric properties of the hospitalized patients' spiritual needs questionnaire (HPSNQ) in the medical-surgical hospital setting. BMC Palliative Care, 22(1), 112. https://doi.org/10.1186/s12904-023-01213-5

Joint Commission International (2019). JCI Accreditation Standards for Hospitals, 7th Edition Draft Standards for Field Review Proposed New Standards and Requirements. https://growsafehse.com/wp-content/uploads/2024/01/Microsoft-Word-IPSG.3-to-3.2_7th-Edition-Draft-for-Field-Review_AUG2019.pdf

Khalili Khouzani, P., Yazdi-Feyzabadi, V., Setayesh, M., Mehrolhassani, M. H., & Rahimisadegh, R. (2025). Identifying the key components of providing spiritual care in the hospital: a scoping review study. BMC Palliative Care, 24(1), 142. https://doi.org/10.1186/s12904-025-01762-x

Klimasiński, M. W. (2021). Spiritual care in the intensive care unit. Anaesthesiology Intensive Therapy, 53(4), 350–357. https://doi.org/10.5114/ait.2021.109920

Klimasiński, M., Baum, E., Praczyk, J., Ziemkiewicz, M., Springer, D., Cofta, S., & Wieczorowska-Tobis, K. (2022). Spiritual Distress and Spiritual Needs of Chronically Ill Patients in Poland: A Cross-Sectional Study. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(9), 5512. https://doi.org/10.3390/ijerph19095512

Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. *ISRN Psychiatry*, *2012*, 1–33. https://doi.org/10.5402/2012/278730

Koenig, H. G. (2018). Religion vs. Spirituality. In *Religion and Mental Health* (pp. 3–19). Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811282-3.00001-X

Koenig, H. G. (2020). Maintaining Health and Well-Being by Putting Faith into Action During the COVID-19 Pandemic. Journal of Religion and Health, 59(5), 2205–2214. https://doi.org/10.1007/s10943-020-01035-2

Kruizinga, R., Scherer-Rath, M., Schilderman, H. J. B. A. M., Puchalski, C. M., & van Laarhoven, H. H. W. M. (2018). Toward a Fully Fledged Integration of Spiritual Care and Medical Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, *55*(3), 1035–1040. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.11.015

Kubitza, J., Große, G., Schütte-Nütgen, K., & Frick, E. (2023). Influence of spirituality on moral distress and resilience in critical care staff: A scoping review. Intensive and Critical Care Nursing, 76, 103377. https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103377

Kuckel, D. P., Jones, A. L., & Smith, D. K. (2022). The Spiritual Assessment. *American Family Physician*, *106*(4), 415–419.

Ley Estatutaria 1751,2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de Colombia. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html

Ljubičić Bistrović, I., Tomljanović, M., & Ljubičić, R. (2021). Psycho-Oncology and Spirituality. Psychiatria Danubina, 33(Suppl 4), 954–959.

Long, K. N. G., Symons, X., VanderWeele, T. J., Balboni, T. A., Rosmarin, D. H., Puchalski, C., Cutts, T., Gunderson, G. R., Idler, E., Oman, D., Balboni, M. J., Tuach, L. S., & Koh, H. K. (2024). Spirituality As A Determinant Of Health: Emerging Policies, Practices, And Systems. *Health Affairs*, *43*(6), 783–790. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2023.01643

Lopez-Sierra, H. E. (2019). Cultural Diversity and Spiritual/Religious Health Care of Patients with Cancer at the Dominican Republic. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, 6(2), 130–136. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_70_18

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.

Lucchetti, G., Granero, A. L., Bassi, R. M., Latorraca, R., & Nacif, S. D. P. (2010). Espiritualidad en la práctica clínica: o que o clínico debe saber. *Rev Bras Clin Med*, *8*(2), 154-8.

Medina, S. E. M., Castillo, C. I. H., & Pedraza, R. S. (2023). Espiritualidad y calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado. *Revista Colombiana de Cancerología*, *27*(3), 332-341.

Mendoza, G. I. A., Barrera, M. J., Chiliquinga, E. M. C., & Chuquirima, C. N. C. (2025). La espiritualidad en la atención crítica: un enfoque integral. *Revista Científica de Salud BIOSANA*, *5*(2), 300-308.

Ministerio de Salud (1993). Resolución Número 8430 De 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.pdf

Ministerio de Salud Protección Social (2016). Política de atención integral en salud. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/modelo-pais-2016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS) Plan Estratégico 2016-2021. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf

Ministerio De Salud Y Protección Social (2016). Resolución 429 De 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud.

https://normograma.supersalud.gov.co/compilacion/docs/resolucion_minsaludps_0429_2016.htm

Ministerio De Salud Y Protección Social (2019). Resolución Número 3100 De 2019. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203100%20de%202019.pdf?ID=5823

Moreira-Almeida, A., Sharma, A., Van Rensburg, B. J., Verhagen, P. J., & Cook, C. C. H. (2018). WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. Actas Españolas de psiquiatria, 46(6), 242–248.

Moreira-Almeida, A., Sharma, A., van Rensburg, B. J., Verhagen, P. J., & Cook, C. C. H. (2016). WPA Position Statement on Spirituality and Religion in Psychiatry. World Psychiatry, 15(1), 87–88. https://doi.org/10.1002/wps.20304

Mosqueiro, B. P., Costa, M. de A., Caribé, A. C., Oliveira e Oliveira, F. H. A., Pizutti, L., Zimpel, R. R., Baldaçara, L., da Silva, A. G., & Moreira-Almeida, A. (2023). Brazilian Psychiatric Association guidelines on the integration of spirituality into mental health clinical practice: Part 1. Spiritual history and differential diagnosis. Brazilian Journal of Psychiatry. https://doi.org/10.47626/1516-4446-2023-3056

Muñoz Medina, S. E., Hernández Castillo, C. I., & Sánchez Pedraza, R. (2023). Espiritualidad y calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado. Revista Colombiana de Cancerología, 27(3), 332–341. https://doi.org/10.35509/01239015.914

Negré, J. A. da S., Souza, L. S. de, & Negri, E. C. (2023). Brazilian Adults' Hope and Spirituality in Preoperative Heart Surgery: A Cross-Sectional Study. Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery, 38(4). https://doi.org/10.21470/1678-9741-2022-0230

OECD (2022), Primary Health Care for Resilient Health Systems in Latin America, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/743e6228-en

Palma, A., Rojas, V., Ihl, F., Ávila, C., Plaza-Parrochia, F., Estuardo, N., & Castillo, D. (2021). Implementation of a Palliative Hospital-Centered Spiritual and Psychological Telehealth

System During COVID-19 Pandemic. Journal of Pain and Symptom Management, 62(5), 1015–1019. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.04.016

Peteet, J. R., Zaben, F. al, & Koenig, H. G. (2019). Integrating spirituality into the care of older adults. International Psychogeriatrics, 31(1), 31–38. https://doi.org/10.1017/S1041610218000716

Pham, T. v., Beasley, C. M., Gagliardi, J. P., Koenig, H. G., & Stanifer, J. W. (2020). Spirituality, Coping, and Resilience Among Rural Residents Living with Chronic Kidney Disease. Journal of Religion and Health, 59(6), 2951–2968. https://doi.org/10.1007/s10943-019-00892-w

Puchalski, C. M., Vitillo, R., Hull, S. K., & Reller, N. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. Journal of palliative medicine, 17(6), 642–656. https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427

Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paul, M., Pugliese, K., & Sulmasy, D. (2009). Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. Journal of Palliative Medicine, 12(10), 885–904. https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0142

Ribeiro, M. R. C., Damiano, R. F., Marujo, R., Nasri, F., & Lucchetti, G. (2020). The role of spirituality in the COVID-19 pandemic: a spiritual hotline project. Journal of Public Health, 42(4), 855–856. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa120

Rosmarin, D. H., Pargament, K. I., & Koenig, H. G. (2021). Spirituality and mental health: challenges and opportunities. *The Lancet Psychiatry*, *8*(2), 92–93. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30048-1

Rossato, L., Benfato, J. C., Ullán, A. M., & Scorsolini-Comin, F. (2021). Religious–spiritual experiences of family members and caregivers of children and adolescents with cancer. Palliative and Supportive Care, 1–9. https://doi.org/10.1017/S1478951521001590

Saad, M., & de Medeiros, R. (2020). Should Spiritual Care Be Covered by Health Care Insurance and Health Systems? Journal of Pain and Symptom Management, 60(6), e27–e28. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.09.028

Simpson, K., Nham, W., Thariath, J., Schafer, H., Greenwood-Eriksen, M., Fetters, M. D., Serlin, D., Peterson, T., & Abir, M. (2022). How health systems facilitate patient-centered care and care coordination: a case series analysis to identify best practices. BMC Health Services Research, 22(1), 1448. https://doi.org/10.1186/s12913-022-08623-w

Steinhauser, K. E., Fitchett, G., Handzo, G. F., Johnson, K. S., Koenig, H. G., Pargament, K. I., Puchalski, C. M., Sinclair, S., Taylor, E. J., & Balboni, T. A. (2017). State of the Science of Spirituality and Palliative Care Research Part I: Definitions, Measurement, and Outcomes. *Journal of Pain and Symptom Management*, *54*(3), 428–440. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.028

Szilagyi, C., Lion, A. H., Varner Perez, S. E., Koch, S., Oyedele, O., Slaven, J. E., Montz, K., Haase, J. E., & Puchalski, C. M. (2022). Interprofessional spiritual care education in pediatric hematology-oncology: A pilot study. Pediatric Blood & Cancer, 69(3). https://doi.org/10.1002/pbc.29515

UNESCO (2006). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa

Vargas-Escobar, L.M., (2015). Validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual. Revista Colombiana de Enfermería. Volumen 11. Págs. 34-44. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6547179

WHO (1946). Constitution of the World Health Organization. https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf

WHO (1983). Consejo Ejecutivo, 73 (1983). Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000: la dimensión espiritual. https://iris.who.int/handle/10665/186572

WHO (2018). Integrating palliative care and symptom relief into primary health care. https://www.who.int/publications/i/item/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-primary-health-care

WHO (s.f). Palliative Care. https://www.who.int/health-topics/palliative-care

Wiener, L., McConnell, D. G., Latella, L., & Ludi, E. (2013). Cultural and religious considerations in pediatric palliative care. Palliative and Supportive Care, 11(1), 47–67. https://doi.org/10.1017/S1478951511001027

Wisesrith, W., Sukcharoen, P., & Sripinkaew, K. (2021). Spiritual Care Needs of Terminal Ill Cancer Patients. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention, 22(12), 3773–3779. https://doi.org/10.31557/APJCP.2021.22.12.3773

ANEXOS

Anexo 1. Herramienta FICA

FICA©

HERRAMIENTA DE EVALUACION ESPIRITUAL

Fe o creencias:
¿Cuál es su fe o creencia?_____
_____

¿Te consideras espiritual o religiosa? _____
_____

¿Qué cosas crees dan significado a su vida? _____
_____

Importancia e Influencia:
¿Es importante en tu vida?_____
_____

¿Qué influencia tiene sobre cómo te cuidas?_____
_____

¿Cómo tus creencias han influido en su comportamiento durante esta enfermedad o situación?_____
_____

¿Qué papel desempeñan tus creencias en la recuperación de tu salud?
_____

Comunidad:
¿Es parte de una comunidad espiritual o religiosa? _____
_____

¿Es esto de apoyo para ti y como?_____
_____

¿Hay una persona o grupo de personas que realmente amas o que son realmente importantes para usted? _____
_____

Abordar:
¿Cómo te gustaría, tu proveedor de atención medica, abordara estos problemas en su atención medica?_____
_____
_____
_____

©1999 Christina Puchalski, M.D., Reprinted with permission from Christina Puchalski, M.D.

Fuente: Borneman et al., (2010).

Anexo 2. Herramienta HOPE

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

H: Fuentes de esperanza, significado, bienestar, fuerza, amor y conexión
¿Qué es lo que le da fuerza interior?
¿Cuáles son sus fuentes de esperanza, fuerza, consuelo y paz?
¿A qué se aferra en los momentos difíciles de la vida?
¿Qué es lo que lo sostiene y lo mantiene en marcha?
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?
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?
O: Religión organizada
¿Se considera parte de una religión organizada?
¿Qué importancia tiene para usted?
¿Qué aspectos de su religión son útiles para usted?
¿Es parte de un comunidad religiosa o espiritual?
¿Cómo le ayuda con su enfermedad?
P: Prácticas espirituales personales
¿Tiene creencias espirituales independientes a su religión organizada?, ¿cuáles?
¿Cree en Dios?
¿Qué tipo de relación tiene usted con Dios?
¿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)
E: Efectos de la asistencia médica y problemas al final de la vida
¿Cómo su enfermedad, o situación actual, le ha afectado para realizar las actividades que le ayudan espiritualmente?
¿Cómo ha afectado su relación con Dios?
Como médico, ¿hay algo que pueda hacer para ayudarle a acceder a los recursos o actividades que por lo general le ayudan?
¿Está preocupado por los conflictos entre sus creencias y su situación/atención/decisiones médicas?
¿Sería útil para usted poder hablar con un capellán o líder espiritual de su comunidad?
¿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.).
Si es un paciente terminal: ¿cómo sus creencias afectan el tipo de atención médica que le gustaría recibir en los próximos días/semanas/meses?

Fuente: Fonseca (2022)

Anexo 3. Herramienta FACIT Sp

FACIT-Sp-12 (Version 4)

Below is a list of statements that other people with your illness have said are important. **Please circle or mark one number per line to indicate your response as it applies to the past 7 days.**

		Not at all	A little bit	Somewhat	Quite a bit	Very much
Sp1	I feel peaceful	0	1	2	3	4
Sp2	I have a reason for living	0	1	2	3	4
Sp3	My life has been productive	0	1	2	3	4
Sp4	I have trouble feeling peace of mind	0	1	2	3	4
Sp5	I feel a sense of purpose in my life	0	1	2	3	4
Sp6	I am able to reach down deep into myself for comfort	0	1	2	3	4
Sp7	I feel a sense of harmony within myself	0	1	2	3	4
Sp8	My life lacks meaning and purpose	0	1	2	3	4
Sp9	I find comfort in my faith or spiritual beliefs	0	1	2	3	4
Sp10	I find strength in my faith or spiritual beliefs	0	1	2	3	4
Sp11	My illness has strengthened my faith or spiritual beliefs	0	1	2	3	4
Sp12	I know that whatever happens with my illness, things will be okay	0	1	2	3	4

English (Universal)
Copyright 1987, 1997 by David Cella, Ph.D.

Fuente: Bredle et al., (2011)

Anexo 4. Escala de evaluación espiritual y el cuidado espiritual

Escala de Evaluación de la Espiritualidad y el Cuidado Espiritual (versión en español)

En cada pregunta, por favor encierre en un círculo la respuesta que mejor refleje la medida en que usted está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación.

a. Creo que las enfermeras(os) pueden brindar cuidado espiritual acordando reuniones con el capellán del hospital, sacerdote, pastor, rabino o líder espiritual del paciente, si así lo requiere.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
.	.	.	.	.

b. Creo que las enfermeras(os) pueden dar apertura para brindar cuidado espiritual demostrando amabilidad, preocupación y empatía.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
.	.	.	.	.

c. Creo que la espiritualidad tiene que ver con la necesidad de perdonar y ser perdonada(o).

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
.	.	.	.	.

d. Creo que la espiritualidad solo incluye ir a la iglesia o un lugar de culto religioso.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
.	.	.	.	.

e. No creo que la espiritualidad esté relacionada con la creencia y fe en Dios o ser superior.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
.	.	.	.	.

f. Creo que la espiritualidad tiene que ver con la búsqueda de significado en las situaciones buenas y malas de la vida.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
.	.	.	.	.

g. Creo que las enfermeras(os) pueden brindar cuidado espiritual pasando tiempo con un paciente dándole apoyo, ánimo y fortaleza, especialmente en momentos de necesidad.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
.	.	.	.	.

h. Creo que las enfermeras(os) pueden proporcionar cuidado espiritual al promover en el paciente el encontrar significado y propósito a su enfermedad.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
.	.	.	.	.

i. Creo que la espiritualidad se relaciona con tener una sensación de esperanza y propósito en la vida.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
·	·	·	·	·

j. Creo que la espiritualidad tiene que ver con la manera en que uno enfrenta su propia vida en el aquí y ahora.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
·	·	·	·	·

k. Creo que las enfermeras(os) pueden brindar cuidado espiritual al escuchar a los pacientes y darles tiempo para discutir, explorar sus temores, ansiedades y problemas.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
·	·	·	·	·

l. Creo que la espiritualidad es una fuerza unificadora que le permite a una(o) estar en paz consigo mismo y con el mundo.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
·	·	·	·	·

m. No creo que la espiritualidad incluya aspectos como el arte, la creatividad y la expresión de sí mismo.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
·	·	·	·	·

n. Creo que las enfermeras(os) pueden brindar cuidado espiritual respetando la privacidad, dignidad y creencias religiosas y culturales del paciente.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
·	·	·	·	·

o. Creo que la espiritualidad involucra las amistades y relaciones interpersonales.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
·	·	·	·	·

p. No creo que la espiritualidad aplique para ateos o para quienes tienen duda sobre la existencia de Dios (agnósticos).

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
·	·	·	·	·

q. Creo que la espiritualidad incluye la moral de las personas, es decir las normas o reglas que rigen la conducta de las personas.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No estoy segura(o)	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
·	·	·	·	·

Fuente: Vargas-Escobar (2015).