

Artículo de Investigación

El acompañamiento espiritual durante la pandemia COVID-19. El SAER del Hospital Ifema-COVID 19

Spiritual Care within the COVID-19 Pandemic. The Chaplaincy at Ifema-COVID 19 Hospital

Gerardo Dueñas Pérez: Universidad Rey Juan Carlos, España.

g.duenas.2020@alumnos.urjc.es

Fecha de Recepción: 22/05/2024

Fecha de Aceptación: 05/08/2024

Fecha de Publicación: 23/09/2024

Cómo citar el artículo

Duenas, G. (2024). El acompañamiento espiritual durante la pandemia COVID-19. El SAER del Hospital Ifema-COVID 19. [Spiritual Care within the COVID-19 Pandemic. The Chaplaincy at Ifema-COVID 19 Hospital.]. *European Public & Social Innovation Review*, 9, 01-18. <https://doi.org/10.31637/epsir-2024-828>

Resumen

Introducción: El ser humano necesita ser cuidado integralmente, lo que incluye el acompañamiento de su dimensión espiritual, especialmente en situación de especial vulnerabilidad. **Metodología:** Análisis de fundamento bioético para el acompañamiento espiritual y realización de una encuesta sobre la capellanía del Hospital Ifema-COVID 19, de Madrid. **Marco teórico:** La dignidad intrínseca del ser humano, única e irrenunciable, es el fundamento de la necesidad de acompañar su dimensión espiritual; esto se hace más necesario en la enfermedad, e indispensable en una situación de alta vulnerabilidad como es una pandemia. Las necesidades espirituales durante la misma constituyeron un desafío al que se respondió con creatividad, especialmente relevante resultó la puesta en marcha del SAER en el Hospital Ifema-COVID 19. **Encuesta:** La encuesta realizada pone de manifiesto cómo el acompañamiento espiritual contribuyó a mejorar el bienestar integral del paciente ingresado y la importancia de la incorporación del servicio en el funcionamiento del centro. **Conclusiones:** El acompañamiento espiritual forma parte de los cuidados que se han de ofrecer al paciente hospitalizado, ya que es una de las dimensiones fundamentales del ser humano. Para ello, es preciso disponer de un servicio especializado, constituido por un equipo debidamente formado e integrado en el centro hospitalario.

Palabras clave: acompañamiento espiritual; bioética; capellanía; cuidado integral; dignidad; espiritualidad; pandemia; sufrimiento.

Abstract

Introduction: Human beings need to be cared comprehensively, which includes the spiritual care, specially in vulnerability. **Methodology:** Analysis of the bioethical fundamental for spiritual care and a survey on chaplaincy at Ifema-COVID 19 Hospital (Madrid). **Theoretical framework:** The unique and inalienable intrinsic dignity of human beings is the reason for the spiritual care; this becomes more necessary in illness, and indispensable in a situation of high vulnerability such as a pandemic. The pandemic spiritual needings constituted a challenge that was responded to with creativity, particularly relevant was the implementation of the Chaplaincy at the Ifema-COVID 19 Hospital. **Survey:** The survey carried out shows how spiritual care contributed to improving the integral well-being of the in-patients, and the importance of teamwork of the chaplaincy with the whole hospital services. **Conclusions:** Spiritual care is part of the services to be offered to in-patients, as it is one of the key dimensions of the human being. This requires a specialised service, made up of a properly trained team integrated into the hospital.

Keywords: bioethics; chaplaincy; comprehensive care; dignity; pandemic; spiritual care; spirituality; suffering.

1. Introducción

La dignidad del ser humano reclama que este sea cuidado integralmente, de forma especial en situaciones de enfermedad y más aún de singular vulnerabilidad, como una pandemia. Dentro de los cuidados integrales y, partiendo de la consideración holística de la persona hay que acompañar su dimensión espiritual, que es propiamente humana y que comprende, entre otras cosas, el universo de los valores, el sentido de la vida, la necesidad de amor y reconciliación, la trascendencia y, en su caso, la religiosidad.

En la última pandemia se pusieron de manifiesto las necesidades espirituales de los pacientes ingresados por COVID-19 en los distintos hospitales; necesidades que las capellanías tuvieron que afrontar con profesionalidad y creatividad, como parte de los servicios hospitalarios que se ofrecen al enfermo al servicio de su cuidado integral, y también a sus familias y a los profesionales que lo demanden, y que requieren de trabajo en equipo y formación especializada.

Durante la fase más aguda de la pandemia, en Madrid se abrió un hospital de emergencias, monográfico para pacientes afectados por el virus, en el que se estableció un servicio de acompañamiento espiritual junto con los demás servicios hospitalarios. En este artículo, estudiamos cómo fue su puesta en marcha y analizamos su funcionamiento a través de una encuesta, para poder sacar conclusiones que sirvan para continuar mejorando la atención integral al enfermo ingresado contribuyendo a la humanización de la asistencia sanitaria.

Los objetivos de este artículo son fundamentar bioéticamente la necesidad del acompañamiento espiritual a la persona que se encuentra en situación de especial vulnerabilidad como parte del cuidado integral que se ofrece al paciente ingresado en el hospital; poner de manifiesto las necesidades espirituales que se dieron durante la pandemia COVID-19 a los pacientes hospitalizados; estudiar cómo se acompañó espiritualmente durante aquella situación, tanto a los enfermos, como a sus familias y a los profesionales que los cuidaron; y analizar el servicio de atención espiritual del Hospital Ifema-COVID 19 durante el tiempo de su apertura y de los primeros meses del Hospital Enfermera Isabel Zendal.

2. Marco teórico

2.1. La dignidad humana

La bioética requiere de una antropología y una metafísica (Albert, 2018), ya que únicamente profundizando en su significado antropológico se podrán analizar los “valores que están en juego en relación con la vida, con la integridad y la dignidad de la persona humana” (Sgreccia, 2018, p. 74) considerada de forma integral, es decir, teniendo en cuenta de forma holística todas las dimensiones que la componen, como detallaremos más adelante (Sgreccia, 2018, p. 74). Partimos, pues, de la palabra *dignidad* procedente del latín *dignitatis*, que significa aquello que es querido o considerado por el hecho de ser, como un fin en sí mismo, y no como un medio para otra cosa. La dignidad, basada en la naturaleza humana, es un valor inmutable e intangible, que no puede depender de las circunstancias concretas de la vida, ni estar sujeta al juicio de nadie. Por el hecho de ser humanos, se tiene dignidad intrínseca, de naturaleza ontológica, porque, si la dignidad se tuviera que conseguir, también se podría perder. Para el reconocimiento de la dignidad humana es suficiente la pertenencia a la familia humana. De hecho, la dignidad no puede ser considerada como un derecho humano fundamental, ya que más bien, es la propia dignidad humana la que fundamenta los derechos humanos. En palabras del Comité de Bioética de España:

La dignidad tiene un significado ontológico y es una cualidad intrínseca del ser humano: la humanidad misma es dignidad, por lo que no puede depender de las circunstancias físicas o psicológicas del individuo. La dignidad constituye la pertenencia de cada persona a la especie humana, como atributo profundamente arraigado de la igualdad, realidad moral que caracteriza la existencia de los seres humanos y los habilita. Así, el término “persona” es empleado para designar a los seres que poseen una dignidad intrínseca. En este sentido, decir “persona” equivale a decir “un ser que merece un tratamiento en tanto fin en sí”; la “persona” es lo opuesto de la “cosa”, existiendo un abismo infinito entre ambas realidades. (Comité de Bioética de España [CBE], 2020, 6 octubre, p. 20).

2.1.1. Fundamento del acompañamiento espiritual

Al acercarse al ser humano hay que hacerlo de forma multidimensional y holística, ya que la persona es una y única, aunque por razón de estudio se puedan distinguir varias dimensiones, hay que considerarla de forma integral: el ser humano es todas las dimensiones a la vez y estas están interrelacionadas indudablemente entre sí. Es cuerpo, es espíritu, es relación con los demás, pero lo es todo a la vez, es uno.

Siguiendo a Bermejo identificamos las cinco dimensiones del ser humano: física, intelectual, relacional, emocional, y espiritual y religiosa (Bermejo, 2011, p. 93-96). Todas ellas constituyen al ser humano uno, por lo tanto, igual que fenomenológicamente no se pueden vivir separadas, tampoco se pueden acompañar de modo absolutamente independiente. Todas conforman a la persona, en todas está presente la dignidad humana.

Al acercarse al ser humano “el primer aspecto que se debe poner de relieve es el carácter espiritual, intelectual y moral de la persona: la persona es unidad de cuerpo y espíritu” (Sgreccia, 2018, p. 133). En consecuencia, una cuestión básica es “atender a la persona como un todo, en una mirada integral que abarque no solo el cuerpo, sino también la psique y el espíritu” (Albert, 2018, p. 80). El ser humano, pues, debido a su dignidad ontológica, debe ser

cuidado coordinadamente todas sus dimensiones, teniendo en cuenta que están interconectadas. Por lo tanto, en el asunto que nos concierne, es preciso acompañar la dimensión espiritual como reclamo de la persona, de su dignidad.

Cuando hablamos de dimensión espiritual es conveniente aclarar el término, que puede, en el lenguaje común, resultar equívoco. La dimensión espiritual es constitutiva de todas las personas por el hecho de serlo, en razón de la dignidad a la que nos hemos referido hace un momento, profesen o no una religión concreta, es un “rasgo antropológico universal, extensible a todo ser humano, tenga o no creencias religiosas” (Dones y Benito, s/f, p. 4); en segundo lugar, la espiritualidad incluye la religiosidad, pero no se identifica unívocamente con ella: algunas personas viven una parte de su dimensión espiritual profesando una determinada creencia, que los religa a la divinidad, pero no dejan de necesitar preguntarse por el sentido de la vida, los valores, la visión global de la existencia (Bermejo, 2021, p. 1206). Brusco define la espiritualidad como “el conjunto de aspiraciones, convicciones, valores y creencias capaces de organizar en un proyecto unitario la vida del hombre, causando determinados comportamientos” (Brusco, 2002, p. 37), y Torralba afirma que se trata de “lo invisible del ser humano” (Torralba, 1999, p. 167).

2.1.2. El cuidado espiritual en situación de vulnerabilidad

En el momento de la enfermedad, en las situaciones de fragilidad y de sufrimiento, el ser humano se pregunta de forma especial por el sentido de su existencia, que es la pregunta espiritual por excelencia. Además, surge la cuestión de la relación con los otros, con la naturaleza, con la divinidad. Es cierto, que esa pregunta íntima sobre la identidad del ser humano, sobre el por qué, el cómo y el para qué, puede ser acallada, pero también, en ocasiones surge imparable, se planta en medio del existir.

La Organización Mundial de la Salud incluyó en 1984 la dimensión espiritual dentro del concepto de salud integral, que ha de ser considerada, cuidada y acompañada dentro de los cuidados holísticos que se ofrecen al paciente.

Cualquier situación de vulnerabilidad genera un especial sufrimiento espiritual en el ser humano, y ese sufrimiento reclama ser acompañado. Ser reconocido como persona, la necesidad de amar y ser amado, la necesidad de perdón, de trascender de continuar, de forma especial en el momento de la enfermedad grave, como es un contexto de pandemia, son algunas de las necesidades espirituales básicas que hay cuidar y que acompañar.

En este artículo nos centramos en la necesidad del acompañamiento espiritual durante el ingreso de los pacientes positivos en SARS-CoV-2 en los meses de abril y mayo de 2020 en el hospital de emergencias que se abrió en Madrid, conocido como Hospital Ifema-COVID 19. En todo hospital, ya que “la enfermedad afecta al hombre en su totalidad [hay] necesidad de una asistencia integral” (Redrado, 2016, p. 53), por lo que el cuidado de la dimensión espiritual ha de tener un lugar relevante en el centro.

Dicho cuidado espiritual se concreta mediante un servicio especializado: el Servicio de Atención Espiritual y Religiosa (SAER), que ha de ser un servicio hospitalario más de los que tratan al paciente en el hospital y que contribuye a su salud integral, ofreciendo acompañamiento prioritario al enfermo, pero también, en la medida de lo posible y cuando sea oportuno, a sus seres queridos y a los profesionales, además de contribuir a la humanización de la asistencia sanitaria y ofrecer asesoramiento en cuestiones bioéticas y

morales, mediante la participación en los correspondientes comités de humanización y ética. Dicho servicio se puso en marcha en el Hospital Ifema-COVID-19, como se desarrollará más adelante.

2.2. La pandemia COVID-19

El 11 de marzo de 2020, la OMS determina que la crisis sanitaria originada por la expansión del virus SARS-CoV-2, denominada COVID-19, “puede caracterizarse como una pandemia” (Organización Mundial de la Salud, 2020). El 14 de marzo de 2020, el Gobierno de España, mediante el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, declara “el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19”¹.

La pandemia puso en primer plano de actualidad la finitud del ser humano y su vulnerabilidad, que, como dice Marcos (2020), se da en tiempo de pandemia o sin ella, pero esta la ha hecho visible; y, en palabras de Poveda (2021), “hemos perdido la sensación de dominar: antes dominábamos; (...) el COVID nos ha dicho: ‘no planees, (...= no eres el dueño de todo’” (2m31s). Nuestra sociedad contemporánea oculta la muerte, “el COVID nos ha enseñado la muerte; (...) vivíamos en una sociedad donde la muerte no la veíamos” (Poveda, 2021, 2m57s). Ser conscientes de la muerte genera por un lado miedo, que reclama ser acompañado para que no se convierta en paralizante, pero también es una oportunidad porque la “muerte es como un faro, (...) es un buen referente” (Poveda, 2021, 4m27s) para conocer la verdad del ser humano, y vivir más humanamente.

2.3. Necesidades espirituales en el contexto de la pandemia

La situación sanitaria originada por la COVID-19, por ser pandémica, hace que la pregunta por el sentido de la vida que surge en los momentos de crisis personal haya surgido a nivel social. El confinamiento domiciliario y el aislamiento social de los contagiados generó una tremenda soledad, patología específicamente espiritual, que se unió al miedo social y al mirar al otro – conocido o desconocido – como un peligro para la propia salud.

Las necesidades espirituales en el caso de la pandemia se vieron agravadas por la soledad durante el ingreso, ya que en los primeros momentos de la crisis no se permitía ni siquiera el acompañamiento de un familiar en los últimos momentos de vida del enfermo. El autor ha sido testigo de numerosos pacientes que fallecían solos o acompañados únicamente por el capellán y algún otro miembro del equipo del hospital.

Esto supone, además, una complicación grave para la posterior elaboración del duelo de los familiares que padecen la muerte de un ser querido, que no han podido despedirse ni, en muchos casos, tener los ritos funerarios, y que, años después, sigue manifestándose en problemas de salud mental derivados de aquella situación (Guzmán-Brand, 2022).

Desde el comienzo de la crisis se trabajó en los SAER para atender estas necesidades espirituales, intentando conjugar el cuidado de la salud física con el cuidado espiritual que es una dimensión irrenunciable de toda persona y que no puede ser eliminada ni siquiera en tiempos de pandemia.²

¹ Publicado en el *Boletín Oficial del Estado* el 14 de marzo de 2020. <https://acortar.link/x6xV36>

² El 22 de marzo la Asociación Española de Bioética y Ética Médica publicó unas consideraciones bioéticas ante el COVID-19, en las que manifestaba la necesidad de “garantizar, en la medida de lo posible, que los enfermos tengan el apoyo psicológico y espiritual necesarios” (Asociación Española de Bioética y Ética Médica, 2020).

El Comité de Bioética de España (2020), en el mismo sentido, en plena situación de confinamiento hizo pública su *Declaración sobre el derecho y deber de facilitar el acompañamiento y la asistencia espiritual a los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas y en situaciones de especial vulnerabilidad*, que en su propio título ya recoge la importancia crucial bioética que tiene el tema que nos ocupa y que señala:

No hay duda de que procurar el oportuno acompañamiento de un ser querido en el momento de la muerte, así como el apoyo espiritual o religioso cuando lo soliciten, es un esfuerzo a todas luces justificado y un acto superior de humanización (CBE, 2020, 15 abril, p. 2).

Y continuaba manifestado la necesidad de acompañar tanto a las personas al final de su vida, como en situaciones de especial vulnerabilidad:

Urge afrontar el desafío que supone la asistencia en situaciones especiales, como la de los menores de edad y/o personas con discapacidad, y la atención a la agonía de los pacientes en los momentos finales de su vida con la mayor calidad asistencial y humana que sea posible, de acuerdo con la filosofía de los cuidados paliativos, que incluyen criterios de atención psicoemocional, espiritual, religioso y de acompañamiento familiar, pues todos ellos contribuirán a evitar duelos patológicos y al agravamiento de las situaciones de vulnerabilidad (CBE, 2020, 15 abril, p. 2).

Si pudiéramos hablar de algo positivo de la pandemia, podría ser que la crisis provocada por la COVID-19 se convirtió en una oportunidad para señalar la importancia de la ética médica y de atender la dimensión espiritual como uno de los criterios bioéticos a tener en cuenta en el cuidado de los pacientes,³ además de ser un derecho fundamental⁴.

Coincidimos con el profesor García Sánchez (2020) en sus consideraciones acerca de la deshumanización que ha producido la pandemia, provocando la muerte en soledad de tantas personas: “Morir solitariamente añade más dolor a un paciente que ya de suyo sufre la muerte” (p. 208), con los miedos y necesidades espirituales que ya hemos señalado: “Muchos pacientes han manifestado – también ahora durante el COVID – la necesidad de hablar con alguien sobre estos temas más trascendentes al final de la vida. El apoyo espiritual que han de recibir en estas situaciones es indeclinable” (p. 215).

2.3.1. La creatividad en el acompañamiento espiritual

La crisis, por otro lado, ha suscitado una gran creatividad a la hora de acompañar, teniendo en cuenta la situación de confinamiento y de soledad de los pacientes ingresados. En el análisis de la encuesta realizada por el *European Research Institute for Chaplains in Healthcare* sobre la atención espiritual durante la pandemia COVID-19, Vandenhoeck *et al.* (2021) señalan que una de las conclusiones que la creatividad fue la experiencia más eficaz para acompañar espiritualmente: los capellanes tuvieron que adaptarse a la nueva realidad y lo hicieron con creatividad.

³ Cf. Del Río *et al.*, 2020, p. 123.

⁴ Bellver (2020) recuerda que el acompañamiento espiritual es no solo una necesidad personal o una exigencia bioética, sino un derecho fundamental que ha de ser garantizado por las autoridades en todo momento, siempre que pueda llevarse a cabo “con riesgo mínimo de contagio” (p.175), para lo que habrán de disponerse los medios materiales oportunos.

Snowden (2021) subraya que, para hacer su trabajo durante la pandemia, los capellanes tenían que ser creativos para poder superar los obstáculos que encontraron en la forma habitual de acompañar. Tata *et al.* (2021) concretan esa creatividad en el uso de la tecnología para ofrecer apoyo espiritual a pacientes y profesionales.

César Cid (2020), capellán madrileño dedicado desde hace más de quince al acompañamiento espiritual en cuidados paliativos y también capellán de un cementerio, afirmaba que había incorporado entre sus herramientas de acompañamiento el paloselfi para hacer videollamadas con su propio móvil a los familiares de los pacientes ingresados, además de organizar celebraciones de despedida desde la capilla del cementerio usando la aplicación Skype⁵.

El propio autor durante aquellos días celebró más de treinta responsos y funerales, usando videollamada, para que, cada uno de los familiares desde su casa pudieran participar, aunque fuera telemáticamente, de los ritos de despedida y oración por su ser querido, participando los diversos familiares, cada uno desde su casa, haciendo lecturas, peticiones, acción de gracias, etc. Se pusieron en marcha, asimismo, distintas iniciativas de acompañamiento espiritual telefónico, apoyadas por diversas instituciones.

2.3.2. *El acompañamiento a profesionales y familias*

Durante la pandemia ocupó un lugar destacado el acompañamiento a los profesionales sanitarios, que también se vieron desbordados por la situación y que fueron clave en su manejo. La tensión constante de todo el personal hospitalario, sanitarios y no sanitarios, suscitó la necesidad de acompañamiento por parte de los distintos SAER. Otra de las oportunidades que ofreció la pandemia al servicio espiritual fue la incorporación más plena al equipo del hospital de sus miembros, que referían constantes acompañamientos al personal, que estaba sufriendo un desgaste emocional y espiritual sin precedentes.

Vandenhoeck *et al.* (2021) lo constatan así:

One of the new aspects of chaplaincy care during the Pandemic was the “significant shift from patient care to staff support”, at times as a replacement for in-person patient care that was no longer possible, and at times primarily due to “increased referrals for staff support.” Sometimes this accompanied a sense of new and deeper connection to staff: “Staff clearly felt more able/free to speak to chaplains about their concerns” (participant 248, Europe) (Vandenhoeck *et al.*, 2021, p. 20).

También lo señala Snowden (2021):

Chaplains are, on the whole, becoming more integrated into care teams where previously there had been division or poor understanding of the chaplain’s role. Chaplains can maintain a visible presence among staff and build on the experience so far. The contribution of chaplains to care teams has been highlighted by this study (Snowden, 2021, p. 7).

Por otro lado, las familias que tenían pacientes ingresados en los hospitales, a consecuencia de la COVID o de otras patologías, han requerido un especial cuidado espiritual, que ha tenido que efectuarse a través del teléfono o videollamada. Vaandenhoeck (2021) señala como “nueva

⁵ C. Cid, comunicación personal, marzo de 2020.

tarea” el servicio que los capellanes han prestado, junto al resto del personal, como vínculo entre las familias y el paciente hospitalizado⁶.

En el trabajo como capellán del autor durante la pandemia, tanto en Ifema como en el resto de los hospitales ambas realidades ocuparon gran parte del tiempo de los SAER, y se convirtieron en una auténtica prioridad y, a la vez, oportunidad, el acompañar al personal del hospital, desde personal de limpieza, cocina o servicios generales, hasta los equipos directivos, pasando especialmente por aquellos que estaban en contacto con los pacientes contagiados, médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, celadores, etc. También el cuidado espiritual de las familias, muchas veces con un gran sufrimiento generado por no poder estar físicamente en el hospital, fue una ocasión para acompañar telefónicamente en esa situación crítica, desde la escucha y la aceptación incondicional, tratando de transmitir paz y esperanza.

2.4. El SAER del Hospital Ifema-COVID 19⁷

Durante la fase aguda de la pandemia el mayor reto que tuve que abordar fue poner en marcha el SAER en un Hospital creado para la pandemia, abierto en un tiempo récord en los pabellones de IFEMA. El Hospital Ifema-COVID-19 recibió a sus primeros pacientes el 23 de marzo de 2020 y se cerró el 2 de mayo siguiente. En esos cuarenta días estuvieron ingresados cerca de cuatro mil pacientes de COVID y trabajaron mil profesionales. La atención a esos pacientes fuera de los hospitales generales fue clave para lograr que la situación sanitaria no se descontrolara totalmente.

Durante el acondicionamiento por parte de los servicios de Ifema y de la Unidad Militar de Emergencias, establecimos contacto con la Consejería de Sanidad de la CAM, a través de los responsables de relaciones institucionales, para poner en marcha el SAER desde el inicio de la actividad del Hospital. Por otro lado, y ya que los capellanes de hospital estaban cada uno atendiendo la crisis en su respectivo puesto de trabajo, tuvimos que crear un nuevo equipo, que estuvo compuesto por nueve personas: el delegado y el subdelegado de pastoral de la salud, en tareas de coordinación y asistenciales, y, como capellanes del Ifema-COVID-19: dos sacerdotes médicos, un sacerdote psicólogo especialista en relación de ayuda y duelo, un capellán de prisiones, y dos párrocos con dilatada experiencia pastoral (uno de ellos había sido durante años capellán de una facultad de medicina), al que se unió unos días después un tercer párroco, completando el equipo.

Con el Hospital ultimando sus preparaciones para comenzar su funcionamiento, el 22 de marzo se nos asignó como interlocutor al Dr. San Román, a quien tenemos que agradecer su buen hacer y la ayuda dispensada para poder acompañar en sus necesidades espirituales a los pacientes. El Hospital facilitó un espacio para que los capellanes de guardia pudieran estar, a modo de capilla, sacristía y sala de reuniones, así como las acreditaciones correspondientes y el protocolo para acceder a la zona de pacientes y para ofrecer el servicio de acompañamiento espiritual y religioso.

⁶ “Who were in hospital either for Covid or other reasons, chaplains took on a new role of mediator between family and loved ones, and ‘supporting patients and families that were sepearated (sic)’. At times this facilitation and support brought forth creativity” (Vandenhoeck *et al.*, 2021, p. 20).

⁷ En este epígrafe en el que recojo mi experiencia tanto de subdelegado de Pastoral de la Salud de la Archidiócesis de Madrid, como de capellán de hospital durante la pandemia, he optado por la primera persona del singular, que considero más adecuada. Llevo trabajando como capellán de hospital desde 2011, como coordinador de los capellanes de Madrid desde 2015, y como miembro de la Red Europea ENHCC y del ERICH desde 2021. En mi desempeño, por lo tanto, ha tenido la oportunidad de trabajar con las diferentes partes implicadas en el proceso de la atención espiritual: capellanes, pacientes, familias, cuidadores y personal hospitalario. (El autor).

Simultáneamente, ese día 22 de marzo, los dos capellanes médicos acompañados por mí como representante institucional del Arzobispado nos personamos en Ifema para elaborar los protocolos de actuación antes de que estuviera la asistencia sanitaria en marcha. Para facilitar la localización de los capellanes, recibimos la donación de un teléfono móvil y se hicieron unas tarjetas para anunciar la presencia del SAER en todos los controles de enfermería. Además, se habilitó un correo electrónico que se difundió a través de las redes, de forma que fuera accesible para familiares y pacientes el localizar al SAER.

Desde el primer momento, ante la incertidumbre existente y no saber las dimensiones que iba a adquirir el Hospital, ni qué demanda tendría el SAER, consideramos necesario el trabajar en equipo y tener una comunicación constante, para lo que establecimos una reunión diaria, vía telemática, a las 22 h (inicialmente comenzamos a las 21 h, pero a los capellanes de guardia no les daba tiempo a terminar su tarea de acompañamiento y se pospuso una hora). En esa reunión actualizábamos los datos y los protocolos de actuación diariamente, así como servía de espacio para el *debriefing* ante la situación tan estresante que estábamos viviendo.

El trabajo se desarrolló durante la existencia del Hospital de la siguiente forma: un capellán estaba con el teléfono de atención 24 h, y accedía a revisar el correo electrónico. Él mismo elaboraba los listados de pacientes a atender, respetando la confidencialidad y protección de datos. Un capellán estaba de guardia todo el día, desde las 8 de la mañana hasta las 22 h con presencia física en el hospital, y guardia localizada durante la noche. Podía acceder en cualquier momento a la zona COVID para atender urgencias, aunque, si no era urgente la presencia se accedía en horario de tarde, para economizar en los equipos de protección individual. Un capellán iba de refuerzo en el horario de tarde, de 15 a 22 h, que es cuando se entraba a la zona COVID para el acompañamiento de los pacientes. Otro capellán atendía, a través de otro teléfono, a las familias de pacientes ingresados que solicitaban acompañamiento o también daba seguimiento a los pacientes que habían sido dados de alta y habían pedido continuar con el acompañamiento espiritual iniciado por vía telefónica. De esta forma, se organizó en sistema de planilla de guardias, en las que cada tres días correspondía presencia física en el Hospital.

Durante los cuarenta días de funcionamiento se realizaron más de dos mil intervenciones de acompañamiento espiritual a pacientes, e innumerables acompañamientos, estructurados o no, a los demás profesionales del Hospital, también se acompañó telefónicamente a familiares de pacientes ingresados que lo requerían y a algunos pacientes en sus domicilios tras el alta hospitalaria. Además, en el plano religioso, se administraron los sacramentos de la Unción de los enfermos, la Reconciliación, se distribuyó la comunión, se impartieron incontables bendiciones y se celebraron algunas exequias, siempre que fuimos requeridos, respetando en todo caso la libertad de conciencia y religiosa. Tras la clausura del Hospital, el equipo participó en el acto institucional del 2 de mayo de 2020, con la presencia de las autoridades sanitarias que agradecieron el trabajo que todos los profesionales habían desempeñado.

3. Metodología

Una vez expuesto el fundamento bioético de la necesidad del acompañamiento espiritual, con una revisión bibliográfica a la que se suma la experiencia vivida en primera persona por el autor, se analiza el acompañamiento espiritual llevado a cabo durante la pandemia en el Hospital Ifema-COVID-19 y los primeros meses del Hospital Enfermera Isabel Zendal. Para ello se elaboró y aplicó una encuesta cuanti-cualitativa a los capellanes que trabajaron durante el año 2020 en los dos hospitales monográficos de pandemia de Madrid mencionados.

La población a la que iba dirigida la encuesta estaba formada por 12 personas. Fue aplicada durante el mes de mayo de 2021, a través de los formularios de Google, para contestar online. La encuesta se presentó con tres preguntas en las que se abordan la relación salud integral-cuidado espiritual, la relación con el resto de los profesionales del hospital, y los aspectos más relevantes para el acompañamiento espiritual. Se ofrecieron 13 posibles respuestas para valorar según la escala de Likert. Además, se ofreció una pregunta de respuesta libre acerca de lo que el encuestado consideraba más relevante para mejorar la atención espiritual.

Al estar garantizada la protección de datos y la confidencialidad de las respuestas, ya que no se pedía ni, por tanto, se almacenó ningún dato de carácter personal, se consideró innecesario someter el estudio al Comité de ética de la investigación de la Universidad.

Debido al tamaño de la población y de la muestra, el análisis y discusión se lleva a cabo de forma directa a partir de los resultados, para sacar, por último, las conclusiones pertinentes.

4. Encuesta: presentación, resultados y discusión

4.1. Presentación de la encuesta

La encuesta fue presentada así:

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS MIEMBROS DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN
ESPIRITUAL Y RELIGIOSA CATÓLICA DE LOS HOSPITALES DURANTE LA PANDEMIA
COVID-19.

A partir de su experiencia como miembro del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa Católica (SAERC) durante la pandemia COVID-19:

(Valore de 1 a 5 los siguientes ítems, siendo 1: nada de acuerdo, y 5: totalmente de acuerdo)

- a. ¿Considera que los siguientes aspectos del cuidado espiritual contribuyen a la salud integral de los pacientes?
 - Se sienten más comprendidos-queridos en su totalidad. 1 2 3 4 5
 - Dan sentido a la enfermedad. 1 2 3 4 5
 - Se reconocen como personas enfermas y no solo tratadas en su patología. 1 2 3 4 5
 - Mejoran su estado anímico. 1 2 3 4 5
 - Les ayuda a hacerse cargo de su situación personal, familiar, social. 1 2 3 4 5

- b. Con respecto a los demás profesionales del hospital:
 - El trabajo en equipo del SAERC con los demás profesionales pone de manifiesto la importancia del cuidado integral y no solo del tratamiento biomédico. 1 2 3 4 5
 - La atención espiritual a los profesionales favorece el “Cuidado al cuidador”, que se han sentido acompañados durante la crisis. 1 2 3 4 5

- c. ¿Qué importancia considera que tienen los siguientes aspectos para contribuir a una mejor atención espiritual a los pacientes?
(Valore de 1 a 5, siendo 1: nada importante, y 5: muy importante.)
 - Integrarse en el equipo hospitalario. 1 2 3 4 5
 - Crear relaciones de colaboración y mutua confianza entre capellanes/personas idóneas y personal hospitalario. 1 2 3 4 5
 - Trabajar en equipo dentro del SAERC. 1 2 3 4 5
 - Tener formación específica previa de trabajo en el ámbito hospitalario. 1 2 3 4 5

Tener formación específica previa en acompañamiento espiritual al final de la vida.
1 2 3 4 5
(Pregunta de respuesta opcional) En el caso de trabajar en un Hospital creado para atender la crisis sanitaria del COVID-19: Haber empezado la labor desde el inicio del Hospital. 1 2 3 4 5

- d. Desde su experiencia de trabajo en este campo, ¿qué aspectos considera especialmente relevantes para mejorar el acompañamiento espiritual en ámbito hospitalario?: (Respuesta abierta.)

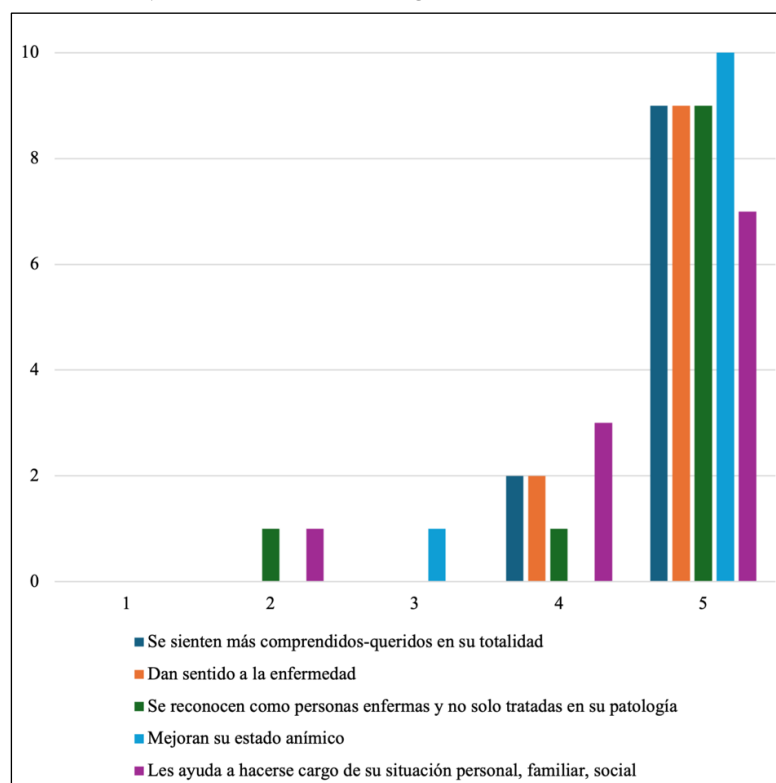
4.2. Resultados de la encuesta

La encuesta fue contestada por 11 de los 12 capellanes que formaban los SAERC objeto de estudio, a los que se les envió por mensajería instantánea. La tasa de respuesta, por lo tanto, es de un 92%.

En la primera sección se preguntaba: “¿Considera que los siguientes aspectos del cuidado espiritual contribuyen a la salud integral de los pacientes?”, y se proponían cinco ítems, para marcar el grado de acuerdo según la escala Likert, siendo 1: nada de acuerdo, y 5: totalmente de acuerdo. Los resultados directos son:

Figura 1.

Contribución del cuidado espiritual a la salud integral



Fuente: Elaboración propia (2024).

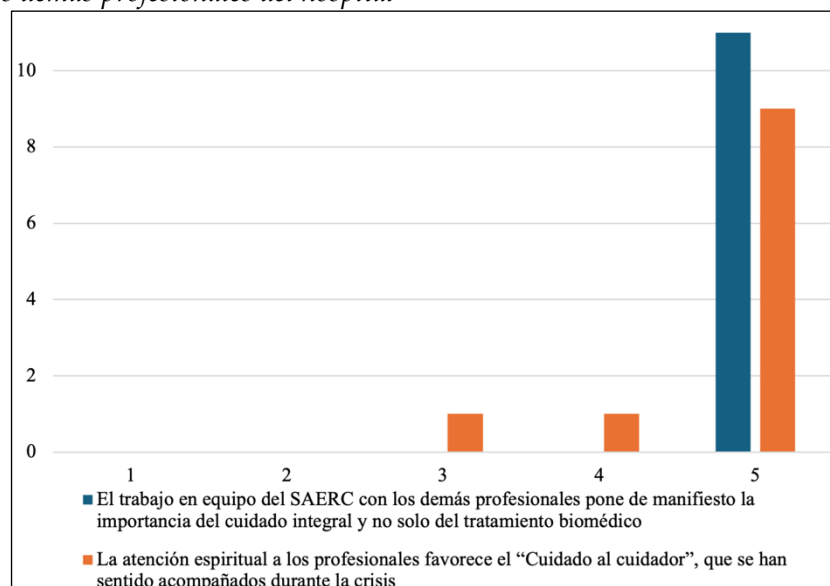
Se observan altas puntuaciones en todas las propuestas formuladas, lo que indica que el acompañamiento espiritual contribuye claramente a la salud integral. Se puede destacar, por su puntuación máxima que los capellanes afirman que el cuidado de esta dimensión mejora el estado anímico de los pacientes de forma muy clara, ya que 10 de las 11 respuestas les otorgan un 5

Por el contrario, y siendo en cualquier caso muy altas las puntuaciones, los encuestados valoran algo menos que sirva para hacerse cargo de su situación personal, familiar o social, o que se reconozcan como personas enfermas y no solo tratadas en su patología.

En la segunda sección se preguntaba: “Con respecto a los demás profesionales del hospital”, y se proponían dos ítems, para marcar el grado de acuerdo, siendo 1: nada de acuerdo, y 5: totalmente de acuerdo. Las respuestas fueron:

Figura 2.

Relación con los demás profesionales del hospital



Fuente: Elaboración propia (2024).

Como se puede observar, todos los encuestados otorgan la máxima puntuación a la primera de las cuestiones: el trabajo en equipo con el resto de los servicios hospitalarios. En consecuencia, todos sin excepción consideran fundamental para poder atender mejor a los pacientes internados saber trabajar en equipo dentro del centro, en relación con el resto del hospital.

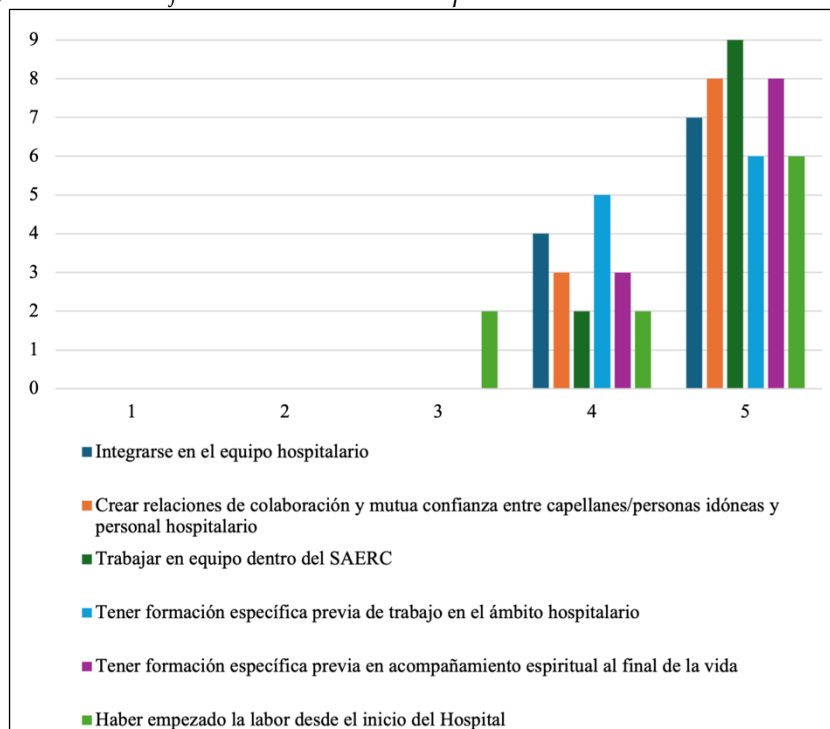
Sin embargo, y nuevamente siendo muy alta la puntuación, valoran algo menos el denominado “cuidado del cuidador”, es decir el acompañamiento a quienes son los que atienden cotidianamente a los pacientes a nivel sanitario. Naturalmente, y más en la situación de crisis a la que se refiere la encuesta, es un punto para mejorar en el futuro poniendo entre las prioridades del SAERC el acompañamiento a los profesionales, que es una parte importante de su tarea.

Es fácil concluir, ante estos resultados, que los capellanes encuestados consideran una necesidad de la incorporación del SAERC a la estructura del Hospital para poder cooperar en la atención integral a los enfermos ingresados.

En la tercera sección se preguntaba: “¿Qué importancia considera que tienen los siguientes aspectos para contribuir a una mejor atención espiritual a los pacientes?”, y se proponían seis ítems, para marcar el grado de acuerdo, siendo 1: nada de acuerdo, y 5: totalmente de acuerdo. Los resultados son:

Figura 3.

Aspectos influyentes en la mejora de la atención a los pacientes



Fuente: Elaboración propia (2024).

Una vez más todas las respuestas obtienen muy altas puntuaciones, es decir, todos los aspectos sugeridos contribuyen positivamente en la atención a los enfermos. De ellos podemos, por ejemplo, destacar el aspecto que obtiene mayor puntuación y el que obtiene la menor.

Los encuestados consideran que el trabajo en equipo dentro del propio servicio de atención espiritual es primordial para cuidar bien a los pacientes, ya que nueve de ellos le otorgan la máxima puntuación (5) y dos le dan un 4.

Lo que menos se destaca dentro de estos aspectos es el haber comenzado la tarea de acompañamiento espiritual desde la apertura del centro, poniendo de manifiesto que, considerándolo importante, no lo destacan tanto.

Por último, se ofrecía una pregunta de respuesta abierta cualitativa: “Desde su experiencia de trabajo en este campo, ¿qué aspectos considera especialmente relevantes para mejorar el acompañamiento espiritual en ámbito hospitalario?” Las respuestas han sido recogidas en la siguiente tabla:

Tabla 1.*Respuestas abiertas cualitativas.*

<p>Mi experiencia es que el resto del personal del hospital valora y agradece el trabajo del capellán. Es una forma nueva de acercarse al enfermo que complementa al resto.</p> <p>La cercanía del capellán al personal, sobre todo en momentos críticos, transmite paz y sosiego. Permite ayudar también, o dar la posibilidad a otros del equipo.</p>
<p>La formación (sic) en relación de ayuda al enfermo y en duelo. Formación en espiritualidad (sic) sanitaria y burnouth (sic).</p> <p>Formación en teología pastoral sanitaria y psicología pastoral</p>
<p>En mi opinión, es fundamental la integración en el hospital y trabajar en equipo con el resto del personal hospitalario. Es fundamental acompañar y ser de ayuda para el resto del personal, especialmente el personal de enfermería.</p> <p>También es indispensable tener formación específica en acompañamiento espiritual, en clave humanista, para poder atender a los pacientes de forma integral, espiritualmente a todos los que lo deseen, y en su dimensión religiosa a los que sean creyentes.</p>
<p>Un buen con los profesionales sanitarios. Mejorar la actitud de escucha. Sentirse involucrado con la situación del paciente y que él lo perciba, para sentirse realmente acompañado.</p>
<p>Una buena sintonía con el profesional sanitario. Una actitud de escucha. Una percepción por parte del enfermo que estamos involucrados con su situación. Saber dedicarle el tiempo necesario.</p>
<p>Escucha activa al paciente, favorecer procesos para recibir los sacramentos. (superar la mera ritualidad)</p>
<p>Necesaria una formación adecuada en la pastoral de la salud y acompañamiento espiritual. Dedicar más tiempo en el acompañamiento espiritual de pacientes, personal sanitario, de administración y de mantenimiento, criterios o pautas consensuadas por el equipo de capellanes, más espiritualidad, generar encuentros con Dios (celebraciones religiosas, oraciones, bendiciones y reflexiones) y experiencias religiosas). Por último, ser maestros en espiritualidad y testigos de fe (con alegría, cercanía, amabilidad, fraternidad, etc.)</p>
<p>Buscar Agentes de Pastoral con vocación para el mundo sanitario, capaces de trabajar en equipo y con empatía con los demás profesionales. También veo necesario dar a conocer en las parroquias la labor del servicio religioso en los hospitales.</p>
<p>Tener tiempo suficiente, estar reconocidos y sentirnos integrados con el resto de profesionales, trabajar en coordinación.</p>
<p>Relación personal con los pacientes y familiares</p>

Fuente: Elaboración propia (2024).

Las respuestas libres ponen de manifiesto que los capellanes se sintieron valorados y acogidos tanto por los pacientes como por el resto del plantel hospitalario. Señalan varios de ellos la importancia de la formación para poder acompañar bien, no se trata solo de querer acompañar sino de hacerlo de forma profesional y eficaz, para lo que subrayan en varias ocasiones en preciso dedicar el tiempo necesario a cada persona, en actitud de escucha.

También, una vez más estas respuestas libres hacen en que es esencial la integración en el hospital, para poder trabajar de forma coordinada dentro de los equipos que atienden a los pacientes.

4.3. *Discusión y conclusiones de la encuesta*

Los resultados de la encuesta ponen de manifiesto cómo el acompañamiento espiritual ayuda a mejorar el bienestar espiritual de los pacientes ingresados en hospital monográfico de COVID-19. Las puntuaciones, altas en todas las respuestas, así lo indican. Asimismo, también se valora sobremanera el trabajo en equipo dentro del SAER como una forma de cuidar mejor a los pacientes en sus necesidades espirituales y también de sentirse cuidados mutuamente los miembros del propio equipo.

Con respecto a la integración en el equipo del hospital, la valoración de los capellanes es muy positiva, aunque en este caso los resultados disminuyen un poco en su grado de acuerdo: hay varios “4” y algún “3”. Quizá el no tratarse de capellanes que hayan trabajado en otros hospitales llevó a normalizar la integración en el equipo, que se ha producido de forma ejemplar tanto en Ifema como en el Isabel Zendal, cosa que para los que trabajan en otros hospitales fue especialmente importante. Dentro de esta tercera sección, lo que más valora es el trabajo en equipo del propio SAER y la formación previa específica en acompañamiento al final de la vida, aunque también tiene resultados interesantes tener formación previa para trabajar en el ámbito hospitalario y la integración como equipo con el resto de los profesionales del centro.

Del análisis de las respuestas cualitativas, hay que destacar la insistencia acerca de dos temas: en primer lugar, referida por siete de las diez respuestas, al trabajo coordinado de acompañamiento al personal del hospital y su integración en el equipo multidisciplinar de atención sanitaria al paciente; y, en segundo lugar, la necesidad de formación de los capellanes para poder desempeñar con profesionalidad y éxito su tarea de acompañamiento espiritual, a lo que hacen referencia cuatro de las respuestas.

Hay que señalar también las limitaciones de la encuesta, por el pequeño tamaño de la muestra, la subjetividad de la misma y la imposibilidad de comparar con resultados similares de otros estudios. Pero, en cualquier caso, es significativo el porcentaje de respuesta y la coincidencia en la percepción de los encuestados, de distintas procedencias eclesiales y con distintas experiencias previas, que corrobora nuestra hipótesis de trabajo acerca de la importancia del acompañamiento espiritual dentro del cuidado integral del paciente hospitalizado por COVID-19 durante la fase aguda de la pandemia.

Este estudio podría ser ampliado en el futuro a los capellanes de otros hospitales generales de diversas partes de nuestro país, para ampliar la muestra y, por tanto, la significatividad de los resultados.

Se puede concluir, de acuerdo con este estudio, la importancia que tiene realizar un buen acompañamiento espiritual que tenga en cuenta la consideración integral de la persona en un momento de crisis personal (la enfermedad) y social (la pandemia), que hace especialmente relevantes las necesidades espirituales para el cuidado del sufriente.

Es especialmente importante la incorporación al equipo del hospital, para el cuidado de cada paciente y para poner de manifiesto la consideración holística del ser humano que debe ser atendido y cuidado en todas sus dimensiones, para lo que es necesario considerar y acompañar las necesidades espirituales. Hay que continuar avanzando en este camino, por ejemplo, integrando el diagnóstico espiritual en la historia clínica del paciente, que será una forma de poner de manifiesto la auténtica integración del SAER en el centro sanitario.

5. Conclusiones

A partir de la fundamentación teórica y de los resultados y discusión de la encuesta presentada, se pueden señalar las siguientes conclusiones:

1. El ser humano posee una dignidad ontológica irrenunciable que lo hace merecedor de ser cuidado en todas las fases de su existencia, especialmente en las de mayor vulnerabilidad.
2. Cada persona es una y única, y ha de ser considerada de forma integral, atendiendo a todas sus dimensiones: corporal, intelectual, social, emocional y espiritual.
3. La consideración holística del ser humano pone de manifiesto la importancia de considerar la dimensión espiritual, que necesita ser cuidada particularmente en las situaciones de sufrimiento.
4. El acompañamiento espiritual es el modo adecuado de cuidar las necesidades espirituales que presenta la persona en los momentos de especial fragilidad, como es el final de su vida.
5. La vulnerabilidad que rodea la situación de enfermedad, especialmente en pandemia, hace que resulte muy oportuno cuidar al cuidador, ofreciendo acompañamiento espiritual a las familias de los pacientes y a los profesionales que los cuidan, que padecen, con frecuencia, desgaste espiritual.
6. La pandemia COVID-19 fue una oportunidad para mostrar la importancia del acompañamiento de las necesidades espirituales que surgen en el contexto de la vulnerabilidad, a las que se respondió con acierto y creatividad.
7. La experiencia del acompañamiento durante la pandemia puso de manifiesto la necesidad de la integración plena de los SAER dentro del hospital, del trabajo en equipo y de la formación específica de sus miembros.

Algunas de las líneas de futura investigación que se abren a partir del presente estudio son, en primer lugar, profundizar en el concepto de “diagnóstico espiritual”, elaborando un modelo para hacerlo y plantear cómo incorporar la historia espiritual al resto de la historia clínica del paciente; en segundo lugar, estudiar el objetivo, funcionamiento, composición e integración de los SAER, y elaborar una propuesta de formación acreditativa para los mismos, y, por último, realizar un estudio ampliado de las necesidades espirituales durante la pandemia y del acompañamiento efectuado.

6. Referencias

- Albert, M. (2018). ¿Bioética sin metafísica? Antropología y deliberación moral en el Bioethics Core Curriculum de la Unesco. *Ius et Scientia*, 4(1), 74-84. <https://doi.org/10.12795/IETSCIENTIA.2018.i01.05>
- Asociación Española de Bioética y Ética Médica (2020). Consideraciones bioéticas ante el COVID-19. *Cuadernos de bioética*, 31(102), 253. <https://doi.org/10.30444/CB.66>
- Bellver Capella, V. (2020). Bioética, derechos humanos y COVID-19. *Cuadernos de bioética*, 31(102), 167-182. <https://doi.org/10.30444/CB.60>

- Bermejo, J. C. (2011). *Introducción al counselling. (Relación de ayuda)*. Sal Terrae.
- Bermejo, J. C. (2021). Espiritualidad y salud. *Horizonte*, 19(60), 1202-1241. <https://doi.org/10.5752/P.2175-5841.2021v19n60p1202>
- Brusco, A. (2002). *Madurez humana y espiritual*. San Pablo.
- Comité de Bioética de España (2020, 15 abril). *Declaración del Comité de Bioética de España sobre el derecho y deber de facilitar el acompañamiento y la asistencia espiritual a los pacientes con COVID-19 al final de sus vidas y en situaciones de especial vulnerabilidad*. <https://acortar.link/pvX4mY>
- Comité de Bioética de España (2020, 6 octubre). *Informe del Comité de Bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación*. <https://acortar.link/LsstpB>
- Dones, M. y Benito, E. (s/f) *¿Qué es el acompañamiento espiritual en clínica?* Secpal.
- García Sánchez, E. (2020). Humanizar la muerte en tiempos de crisis sanitaria: morir acompañado, despedirse y recibir atención espiritual. *Cuadernos de Bioética*, 31(102), 203-222. <https://doi.org/10.30444/CB.62>
- Guzmán-Brand, V. (2022). Implicaciones del síndrome post COVID-19 en la salud mental en la etapa adulta. *Revista Estudios Psicológicos*, 2(2), 17-29. <https://doi.org/10.35622/j.rep.2022.02.002>
- Marcos, A. (2020). Con COVID y sin COVID: la vulnerabilidad humana. *Cuadernos de bioética*, 31(102), 139-149. <https://doi.org/10.30444/CB.58>
- Organización Mundial de la Salud (1984). *La dimensión espiritual en la estrategia mundial de salud para todos en el año 2000*. <https://iris.who.int/handle/10665/200061>
- Organización Mundial de la Salud (2020, 27 abril), *COVID-19: cronología de la actuación de la OMS*. <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Poveda, J. (2021). *¿Estás vivo o te mantienen vivo?* [vídeo]. <https://youtu.be/QfeT2mxqG3w>
- Redrado, J. L. (2016). El servicio de asistencia espiritual y religiosa hospitalario. *Labor hospitalaria*, 316(3), 44-57.
- del Río, R., de Ojeda, J. y Soriano, V. (2020). The Resurgence of Medical Ethics During the Coronavirus Disease (COVID)-19 Outbreak. *AIDS Reviews*, 22(2), 123-124. <https://doi.org/10.24875/AIDSRev.M20000034>
- Sgreccia, E. (2018). *Manual de bioética. I. Fundamentos y ética biomédica*. BAC.
- Snowden, A. (2021). What Did Chaplains Do During the Covid Pandemic? An International Survey. *The Journal of Pastoral Care & Counseling*, 75(1_suppl), 6-16. <https://doi.org/10.1177%2F1542305021992039>

- Tata, B., Nuzum, D., Murphy, K., Karimi, L. y Cadge, W. (2021). Staff-Care by Chaplains during COVID-19. *The Journal of Pastoral Care & Counseling*, 75(1_suppl), 24-29. <https://doi.org/10.1177%2F1542305020988844>
- Torralba, F. (1999). Lo ineludiblemente humano. Hacia una fundamentación de la ética del cuidar. *Labor hospitalaria*, 31(253), 131-188. <https://acortar.link/45pyyE>
- Vandenhoeck, A., Holmes, C., Desjardins, C. M. y Verhoef, J. (2021). “The Most Effective Experience was a Flexible and Creative Attitude”. Reflections on Those Aspects of Spiritual Care that were Lost, Gained, or Deemed Ineffective during the Pandemic. *The Journal of Pastoral Care & Counseling*, 75(1_suppl), 17-23. <https://doi.org/10.1177/1542305020987991>

CONTRIBUCIONES DE AUTORES/AS, FINANCIACIÓN Y AGRADECIMIENTOS

Financiación: Esta investigación no financiamiento externo.

Conflicto de intereses: No hay.

AUTOR:

Gerardo Dueñas

Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

Doctorando en la *Escuela Internacional de Doctorado* de la *Universidad Rey Juan Carlos*, es Máster universitario en Bioética, especializado en acompañamiento espiritual al final de esta vida y en pacientes con problemas de salud mental. Desde 2011 es Capellán coordinador del Servicio de Atención Espiritual y Religiosa del *Hospital Dr. Rodríguez Lafora*, de Madrid, y desde 2015 Subdelegado episcopal de Pastoral de la Salud de la *Archidiócesis de Madrid* y miembro del Equipo Nacional de Pastoral de la Salud de la *Conferencia Episcopal Española*. En la actualidad, además, es miembro del Comité de la *European Network of Health Care Chaplaincy (ENHCC)*, donde representa al *European Research Institute for Chaplains in Healthcare (ERICH)*, vinculado a la *KU Leuven*.

g.duenas.2020@alumnos.urjc.es

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0003-0822-6605>

Google Scholar: https://scholar.google.com/citations?hl=en&user=1_IMNewAAAAJ

ResearchGate: <https://www.researchgate.net/profile/Gerardo-Duenas>