



ORIGINAL

El acompañamiento espiritual en los equipos de cuidados paliativos de España: ¿cuál es la percepción de los profesionales?

Mónica Dones Sánchez*¹, Noemí Sansó Martínez², Irene Fernández³, Clara Gomis-Bofill⁴, Nadia Collette Birnbaum⁵, Xavier Busquet Durán^{6,7}, Eva Jiménez Zafra⁷, María Nabal Vicuña⁸ y Laura Galiana⁹

¹ESH Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Madrid, España. ²Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de las Islas Baleares. Palma de Mallorca, España. ³Universidad de Valencia. Valencia, España. ⁴Universitat Ramon Llull. Barcelona, España. ⁵Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España. ⁶Grupo de Investigación Multidisciplinar en Salud y Sociedad (GREMSAS). Instituto Universitario para la Investigación en Atención Primaria de Salud Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol). Barcelona, España. ⁷Equipo soporte domiciliario PADES Granollers / Mollet. Instituto Catalán de la Salud. Barcelona, España. ⁸Cuidados Paliativos Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Universidad de Lleida. España. ⁹Foro Iberoamericano de Espiritualidad en Clínica. ⁹Universidad de Valencia. Valencia, España.

Recibido el 10 de marzo de 2024

Aceptado el 25 de abril de 2024

PALABRAS CLAVE

Acompañamiento espiritual, espiritualidad, sufrimiento, cuidados paliativos, trabajo en equipo.

Resumen

Objetivo: Conocer cómo se realiza el acompañamiento espiritual en los equipos de cuidados paliativos de nuestro país a través de la percepción de los profesionales.

Material y método: Estudio descriptivo transversal mediante encuesta autoadministrada *online* dirigida a los profesionales de cuidados paliativos socios de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias y un análisis de asociación entre las variables, mediante pruebas de Chi cuadrado. Se empleó el coeficiente V de Cramer como medida de tamaño del efecto. Los análisis fueron realizados con SPSS 26.

Resultados: Participaron 305 profesionales, el 72 % eran mujeres. El 56 % eran profesionales de la medicina, el 25,9 % de la enfermería y el 10,5 % de la psicología. El 86 % trabajaban en el sector público y el 72,8 %, sin orientación religiosa. El 97,1 % dijo valorar el bienestar espiritual y el sentido de la vida en su vida personal, y un 41 % valoraba, además, la fe religiosa. Para el 88,2 %, el acompañamiento espiritual forma parte de sus responsabilidades profesionales, pero

*Autor para correspondencia:

Mónica Dones Sánchez

Hospital Ramón y Cajal. M-607, Km. 9, 100. Fuencarral-El Pardo, 28034 Madrid, España

Correo electrónico: monica.dones@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2024.1485/2024>

e-ISSN: 2340-3292/© 2024 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

solo el 52,2 % se sentía muy o bastante competente para realizar acompañamiento espiritual. El 43,9 %, consideraba de manera específica los aspectos religiosos y/o espirituales en los pacientes, pero solo el 28,2 % disponía de registro específico y el 19,7 % trataba estas cuestiones en las sesiones de equipo.

Conclusiones: El acompañamiento espiritual no constituye una práctica sistematizada en los equipos de cuidados paliativos de nuestro país. Pese a que la espiritualidad es considerada como un área importante propia de los cuidados paliativos, son pocos los equipos que disponen de una figura específica para esta tarea y son menos los que disponen de un lenguaje común y una sistemática para la evaluación y atención de las necesidades espirituales de los pacientes y sus familias. Parece seguir existiendo una tendencia a equiparar espiritualidad y religión.

Spiritual accompaniment in palliative care teams in Spain: what is the perception of professionals?

KEYWORDS

Spiritual accompaniment, spirituality, suffering, palliative care, working in teams.

Abstract

Objectives: To identify how spiritual accompaniment is carried out by palliative care teams in Spain, through the perceptions of palliative care professionals.

Sources and method: A cross-sectional descriptive study using a self-administered online survey addressed to palliative care professionals who are members of the Spanish Society of Palliative Care (SECPAL). A descriptive analysis by calculating frequencies and an analysis of association between variables using chi-square tests. Cramer's V coefficient was applied to measure the size of the effect. The analysis was conducted with SPSS 26.

Results: 305 professionals participated, 72 % were female. Regarding profession, 56 % of the participants were physicians, 25.9 % nurses, and 10.5 % psychologists; 86 % worked in the public sector, with 72.8 % in a lay institution; 97.1 % valued spiritual welfare and a meaning of life in their personal life, while 41 % additionally valued religious faith; 88.2 % considered that spiritual accompaniment was part of their professional responsibilities, but only 52.2 % of these stated feeling very or quite competent to perform spiritual accompaniment; 43.9 % specifically considered religious and/or spiritual aspects in patients, but only 28.2 % had a specific register and 19.7 % dealt with these issues in team sessions.

Conclusions: Spiritual accompaniment is currently not a systematized practice among palliative care teams in Spain. Despite spirituality being considered an important area within palliative care, few palliative care teams provide a specific person for this task and fewer teams apply a conceptual framework, a common language, and a system of evaluation of and attention to the spiritual needs of patients and their families. The tendency to equate spirituality and religion seems to dominate.

Dones Sánchez M, Sansó Martínez N, Fernández I, Gomis-Bofill C, Collette Birnbaum N, Busquet Durán X, Jiménez Zafra E, Nabal Vicuña M, Galiana L. El acompañamiento espiritual en los equipos de cuidados paliativos de España: ¿cuál es la percepción de los profesionales?. *Med Paliat.* 2024;31:63-71.

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de cuidados paliativos consideramos la atención integral como el pilar de nuestro modelo de atención. En los inicios de los cuidados paliativos modernos, Cicely Saunders¹ definió el concepto de “dolor total” haciendo referencia a la necesidad de valorar la complejidad del sufrimiento en clínica, señalando la importancia de acoger y atender la integridad de la persona enferma.

La salud necesita ser entendida desde una perspectiva amplia que incluya, además de los aspectos físicos, cuestiones como la red de relaciones, el sentido y los valores de las personas, como sugieren diferentes autores^{2,3}.

En la cuarta edición de las *Guías de práctica clínica para cuidados paliativos de calidad* (Directrices NCP), se considera la atención espiritual como un componente esencial de los cuidados paliativos de calidad. Incluye al paciente y a la familia en esta atención, respetando las creencias y los valores de

cada uno, y promueve la identificación de la angustia existencial y de las fortalezas y recursos espirituales⁴.

La Asociación Internacional de Hospicios y Cuidados Paliativos (*International Association for Hospice & Palliative Care*, IAHCP) publicó en 2020 una revisión de la definición de los cuidados paliativos⁵. En esta definición revisada, fruto del consenso de expertos, se hace de nuevo referencia a la atención holística de las personas con sufrimiento grave e incluye en esta atención a los pacientes, a sus familias y a los cuidadores.

A lo largo de los años, los cuidados paliativos han ido materializando la atención holística en la clínica. Se han hecho grandes avances en el control de los síntomas físicos y se han ido integrando los aspectos psicológicos y sociales del paciente y de su familia. Sin embargo, en el ámbito de la atención espiritual, todavía se necesita un amplio desarrollo que permita una verdadera atención integrada en la clínica. Los valores, las creencias, el sentido y el propósito de la vida están presentes a lo largo de la biografía de las personas y continúan estando presentes cuando aparece la enfermedad, e incluso adquieren una mayor relevancia a la hora de tomar decisiones complejas en este contexto de enfermedad avanzada.

La atención espiritual podría definirse como un “tipo de atención que aborda y busca satisfacer necesidades y desafíos existenciales y espirituales en relación con enfermedad y crisis y, por lo tanto, es un cuidado compartido⁶.”

En 2020, la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (*European Association for Palliative Care*, EAPC) publicó el libro blanco sobre competencias básicas en cuidados paliativos. En este documento, se señala la importancia del cuidado espiritual como parte integral de los cuidados paliativos y sugiere incorporarlo en actividades educativas y modelos de formación en cuidados paliativos⁷, entre otros motivos porque la espiritualidad influye en la toma de decisiones de los pacientes y de sus familias⁸.

En 2004, un grupo de profesionales sensibilizados con la importancia de la experiencia espiritual en clínica decidieron formar el Grupo de Trabajo de Espiritualidad en Clínica de la SECPAL (GES). En 2008, este grupo publicó un estudio⁹ donde se analizaba la percepción de los profesionales de cuidados paliativos sobre las necesidades espirituales de los pacientes. Este estudio reflejó la falta de conocimiento y de consenso en los términos, así como la falta de recursos para el acompañamiento espiritual. Más adelante, en 2011, el GES se planteó analizar cómo los profesionales de cuidados paliativos percibían el acompañamiento espiritual en sus equipos. Para ello, se diseñó un estudio descriptivo a través de una encuesta diseñada por los investigadores, basada en el estudio de 2008 e incorporando la experiencia docente de los talleres de acompañamiento espiritual que se iniciaron en 2009¹⁰. Los resultados de este estudio se publicaron en 2013¹¹. Entre otras cuestiones, se evidenció la falta de consenso en el modelo de atención espiritual en los equipos de cuidados paliativos y la necesidad de herramientas de evaluación y de registro en la historia clínica.

En 2022, 11 años después del primer estudio, el GES se volvió a plantear si el modelo de acompañamiento espiritual en los equipos había evolucionado. Este artículo recoge la investigación desarrollada con el objetivo de reevaluar cómo se realiza el acompañamiento espiritual en los equipos de cuidados paliativos de nuestro país, a través de la

percepción de los profesionales, y establecer posibles áreas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseñamos un estudio descriptivo transversal mediante encuesta *online* anónima, dirigida a los socios de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).

La encuesta contó con 24 preguntas distribuidas en 4 bloques:

1. Identificación de los participantes (9 preguntas).
2. Autopercepción en cuanto a vivencia de la espiritualidad, competencia y compromiso para el acompañamiento espiritual (3 preguntas). Formación específica (2 preguntas).
3. Modelo de atención en los equipos (9 preguntas).
4. Esencia de la espiritualidad identificada con una palabra (1 pregunta abierta).

En la versión de 2022, la encuesta contó con las mismas preguntas utilizadas en el estudio de 2011 (22 preguntas) y se añadieron 2 preguntas: una relacionada con la orientación religiosa de la institución (p7) y otra relativa al tipo de formación específica recibida por los participantes (p24).

Se creó un formulario de Google Forms para la encuesta y se envió a los socios de SECPAL a través de la secretaría técnica. En el enunciado de la encuesta, al solicitar la participación voluntaria de los socios de SECPAL, se informaba del objetivo del estudio, así como de la intención de analizar los resultados para publicarlos y devolver la información a los socios. La participación en la encuesta suponía la aceptación de las condiciones. Se realizó el envío con la carta de motivación el 11 de abril de 2022, posteriormente se envió un recordatorio el 3 de mayo. Durante el XIII Congreso SECPAL (Mallorca), se facilitó un código QR para acceder a la encuesta y se cerró el 30 de junio de 2022. Con motivo de la formación de la Red de espiritualidad de SECPAL se abrió durante un periodo corto, del 1 al 15 de noviembre de 2022, a petición de los miembros de la Red.

La estrategia analítica incluyó un análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias y un análisis de asociación entre las variables sociodemográficas, variables de autopercepción del profesional y variables sobre el modelo de atención en los equipos.

La asociación entre variables se llevó a cabo mediante pruebas de Chi cuadrado. Se empleó el coeficiente V de Cramer como medida de tamaño del efecto (consideramos valores de V de Cramer entre 0,05 y 0,09 como una asociación entre variables débil; entre 0,10 y 0,14 una asociación moderada; entre 0,15 y 0,24 una asociación fuerte y a partir de 0,25 una asociación muy fuerte)¹². Todos los análisis fueron realizados con SPSS 26.

RESULTADOS

De los 2455 socios de SECPAL registrados en el momento del estudio, se recibieron 305 encuestas, lo que supone un índice de respuesta del 12,42 %. En la Tabla I se muestran los estadísticos descriptivos relativos a los profesionales que participaron en el estudio, así como a las instituciones de las que procedían.

Tabla I. Estadísticos descriptivos de los participantes y sus instituciones de procedencia.

Variable	N (%)
Edad	
26-35 años	37 (12,1)
36-45 años	62 (20,3)
46-55 años	114 (37,4)
56-65 años	82 (26,9)
> 65 años	10 (3,3)
Género	
Hombre	82 (26,9)
Mujer	220 (72,1)
Valores perdidos	3 (1,00)
Profesión	
Enfermería	79 (25,9)
Psicología	32 (10,5)
Medicina	171 (56,1)
Voluntariado	1 (0,3)
Trabajo social	8 (2,6)
Agente espiritual	6 (2,0)
Auxiliar de enfermería	1 (0,3)
Otros	7 (2,3)
Tipo de recurso	
Unidad de Cuidados Paliativos (UCP)	263 (86,2)
Hospital	11 (3,6)
Domicilio	16 (5,3)
Otros	15 (4,9)
Años de experiencia	
< 5 años	70 (23,0)
6-10 años	68 (22,3)
11-15 años	58 (19,0)
16-20 años	47 (15,4)
> 20 años	62 (20,3)
Gestión institución	
Pública	212 (69,5)
Privada	28 (9,2)
Concertada	65 (21,3)
Orientación creencial institución	
Religiosa	42 (13,8)
Mixta	41 (13,4)
No religiosa	222 (72,8)

En la Tabla II se exponen los estadísticos descriptivos detallados relativos a la autopercepción del profesional sobre su vivencia espiritual, competencia y compromiso. De los 305 encuestados, el 88,2 % consideraron que el acompañamiento espiritual formaba parte de sus responsabilidades profesionales y el 52,2 % de estos reportaron sentirse muy o bastante competentes para realizarlo.

De las 73 palabras distintas surgidas para identificar la esencia de la espiritualidad, trascendencia (17,7 %), sentido (10,8 %) y paz (8,9 %) fueron las únicas que presentaron una frecuencia superior al 5 %. Consideramos de gran valor añadir en este apartado otras palabras identificadas por los profesionales para definir la espiritualidad, aunque la frecuencia sea menor del 5 %, ya que son reflejo de la experiencia única y personal de la vivencia espiritual y pueden enriquecer en gran medida el concepto. Otras palabras identificadas fueron: introspección/interioridad (3,6 %), ser (3,6 %), conexión (3,27 %), esencia (2,6 %), amor (2,6 %), alma (2,6 %), valor (2,6 %), vida interior (2,3 %), bienestar (2,3 %), creencia/fe (2,3 %), esperanza (1,96 %), conciencia (1,6 %) y acompañamiento (1,3 %).

Tabla II. Estadísticos descriptivos de las variables de autopercepción de competencias del profesional.

Variable	N (%)
Indique con cuál de los siguientes grupos se siente usted, en el momento actual, más identificado	
Personas que confieren escaso valor a la religiosidad, a la espiritualidad o a la importancia del sentido de la vida	9 (3,0)
Personas que, en su práctica personal, valoran el bienestar espiritual y el sentido de la vida	171 (56,0)
Personas que, en su práctica personal, valoran la fe religiosa, el bienestar espiritual y el sentido de la vida	125 (41,0)
Personalmente, ¿hasta qué punto se siente competente para hacer acompañamiento espiritual?	
Nada competente	5 (1,6)
Poco competente	140 (45,9)
Bastante competente	140 (45,9)
Muy competente	20 (6,6)
¿Considera que la evaluación y/o acompañamiento espiritual forman parte de las tareas propias de su profesión?	
No	8 (2,6)
Sí	269 (88,2)
Solo si no hay otro profesional que las puede desarrollar	28 (9,2)

La Tabla III recoge los datos descriptivos relativos al modelo de acompañamiento espiritual desarrollado por los diferentes equipos. Cabe destacar que un 43,9 % de la muestra considera casi siempre o siempre los aspectos religiosos y/o espirituales de los pacientes de manera específica y un 37,7 % casi siempre o siempre atendía las necesidades espirituales y religiosas de manera independiente. Respecto a la competencia de los equipos, el 71,8 % de las personas encuestadas consideraba que su equipo estaba poco o nada preparado para el acompañamiento espiritual, aunque el 56,7 % percibía a los miembros del equipo bastante o muy comprometidos con esta labor. El 17,7 % manifestaron haber dedicado más del 25 % de su tiempo formativo en el último año a la espiritualidad, y de ellos, el 43,6 %, había hecho formación avanzada.

De los 305 profesionales que respondieron la encuesta, 47 (15,4 %) disponían en su equipo de la figura de un/a profesional dedicado/a específicamente a la atención espiritual. Los resultados de las asociaciones entre la presencia de esta figura y las variables del modelo de atención y las características de la institución se muestran en la Tabla IV. La variable sobre el grado de preparación del equipo y el grado de compromiso fueron recodificadas debido a que en los

2 casos existía más de un 20 % de las casillas con recuentos esperados inferiores a 5. Concretamente, se recodificaron las respuestas en 2 categorías: Poco/Nada y Bastante/Muy. Lo mismo sucedió con la variable de tiempo de formación. En este caso, se recodificaron las 5 opciones de respuesta en 3: ningún tiempo, 25 % o menos y más de un 25 %.

Del total de participantes, un 52,5 % se consideraba bastante o muy competente para hacer acompañamiento espiritual. Se estudió la asociación entre la percepción de competencia y algunas de las variables del modelo de atención, así como algunas de las características del profesional. Los resultados se muestran en la Tabla V. En este caso, también se recodificó la variable sobre la percepción del grado de preparación de los miembros del equipo en 2 categorías, Poco/Nada y Bastante/Muy.

Los profesionales de psicología referían un mayor grado de competencia para el acompañamiento espiritual en comparación con los profesionales de medicina. Los profesionales que sentían un mayor grado de competencia fueron aquellos con más años de experiencia en cuidados paliativos y aquellos que habían realizado formaciones mediante talleres vivenciales.

Tabla III. Estadísticos descriptivos de las variables relativas al modelo de atención espiritual de los equipos.

Variable	N (%)
¿Consideran en su equipo de manera específica los aspectos religiosos/espirituales en los pacientes atendidos?	
Nunca	7 (2,3)
A veces	78 (25,6)
A menudo	86 (28,2)
Casi siempre	82 (26,9)
Siempre	52 (17,0)
¿Dispone el equipo para la evaluación de necesidades del paciente de algún registro o documentación específica para el ámbito de lo religioso/espiritual?	
No	219 (71,8)
Sí	86 (28,2)
¿Emplean alguna escala específica de evaluación de sufrimiento, o de necesidades/recursos espirituales de los pacientes?	
No	246 (80,7)
Sí	59 (19,3)
En las sesiones del equipo (multidisciplinares y de formación), ¿se trata específicamente sobre necesidades religiosas/espirituales de los pacientes?	
Nunca	42 (13,8)
A veces	127 (41,6)
A menudo	76 (24,9)
Casi siempre	42 (13,8)
Siempre	18 (5,9)
¿Consideran de forma independiente los aspectos religiosos de las necesidades espirituales?	
Nunca	41 (13,4)
A veces	88 (28,9)
A menudo	61 (20,0)
Casi siempre	80 (26,2)
Siempre	35 (11,5)

(Continúa en la página siguiente)

¿En qué medida cree que los miembros de su equipo consideran necesario atender específicamente esta dimensión?	
Nada necesario	8 (2,6)
Poco necesario	59 (19,3)
Bastante necesario	160 (52,5)
Muy necesario	78 (25,6)
¿En qué medida considera que los miembros de su equipo están preparados para el desarrollo de la evaluación y / o acompañamiento espiritual de los pacientes?	
Nada preparados	20 (6,6)
Poco preparados	199 (65,2)
Bastante preparados	83 (27,2)
Muy preparados	3 (1,0)
¿En qué medida considera que su equipo está comprometido en el desarrollo de la evaluación y/o acompañamiento espiritual de los pacientes?	
Nada comprometido	17 (5,6)
Poco comprometido	115 (37,7)
Bastante comprometido	151 (49,5)
Muy comprometido	22 (7,2)
¿Qué porcentaje de su tiempo de formación ha dedicado en el pasado año a formarse específicamente en cuestiones de espiritualidad?	
Ningún tiempo	34 (11,1)
Menos de un 10 %	131 (43,0)
Entre un 11 y un 25 %	86 (28,2)
Entre un 26 y un 50 %	30 (9,8)
Más de un 50 %	24 (7,9)
Qué tipo de formación específica ha recibido sobre espiritualidad (pueden escogerse varias opciones):	
Ninguna	27 (8,9)
Conferencias	66 (21,6)
Cursos básicos	47 (15,4)
Conferencias y cursos básicos	32 (10,5)
Cursos avanzados (posgrado, máster)	38 (12,5)
Talleres vivenciales	95 (31,1)

Tabla IV. Asociación entre la existencia de una figura específica de atención espiritual y otras variables.

Variable	x ²	gl	p	V
¿Consideran en su equipo de manera específica los aspectos religiosos/espirituales en los pacientes atendidos?	20,14	4	< 0,001	0,257
¿Dispone el equipo para la evaluación de necesidades del paciente de algún registro o documentación específica para el ámbito de lo religioso/espiritual?	20,19	1	< 0,001	0,257
¿Emplean alguna escala específica de evaluación de sufrimiento, o de necesidades/recursos espirituales de los pacientes?	19,18	1	< 0,001	0,251
En las sesiones del equipo (multidisciplinares y de formación) ¿se trata específicamente sobre necesidades religiosas/espirituales de los pacientes?	31,20	4	< 0,001	0,320
¿Consideran de forma independiente los aspectos religiosos de las necesidades espirituales?	5,28	4	0,260	0,132
¿En qué medida cree que los miembros de su equipo consideran necesario atender específicamente esta dimensión?	8,56	3	0,036	0,168
¿En qué medida considera que los miembros de su equipo están preparados para el desarrollo de la evaluación y / o acompañamiento espiritual de los pacientes?	1,75	1	0,187	0,076

(Continúa en la página siguiente)

¿En qué medida considera que su equipo está comprometido en el desarrollo de la evaluación y/o acompañamiento espiritual de los pacientes?	2,92	1	0,087	0,098
¿Qué porcentaje de su tiempo de formación ha dedicado en el pasado año a formarse específicamente en cuestiones de espiritualidad?	6,13	2	0,047	0,142
Gestión institución	30,76	2	< 0,001	0,318
Orientación creencial institución	45,55	2	< 0,001	0,386

Tabla V. Asociación entre la sensación de competencia profesional y otras variables.

Variable	χ^2	gl	p	V
¿Consideran de forma independiente los aspectos religiosos de las necesidades espirituales?	17,98	4	< 0,001	0,243
¿En qué medida considera que los miembros de su equipo están preparados para el desarrollo de la evaluación y / o acompañamiento espiritual de los pacientes?	31,10	1	< 0,001	0,319
¿En qué medida considera que su equipo está comprometido en el desarrollo de la evaluación y/o acompañamiento espiritual de los pacientes?	5,21	3	0,157	0,131
¿Qué porcentaje de su tiempo de formación ha dedicado en el pasado año a formarse específicamente en cuestiones de espiritualidad?	50,68	4	< 0,001	0,408
Tipo de formación	31,22	5	< 0,001	0,320
Profesión	22,58	3	< 0,001	0,272
Años de experiencia	32,57	4	< 0,001	0,327

DISCUSIÓN

El presente trabajo ofrece datos sobre la percepción de los socios de la SECPAL sobre su competencia y la de sus equipos en el acompañamiento espiritual. La primera cuestión que nos gustaría señalar es que solo se recibieron 305 respuestas al cuestionario, lo que supone un 12,42 % de los socios. Se trata de una tasa de respuesta baja, inferior a la que se obtuvo en el estudio de 2011 (29,5 %)⁹. Debemos tener en cuenta que la encuesta de 2011 se hizo en el contexto de la IX Jornada Nacional SECPAL, dedicada de forma monográfica a la “Espiritualidad en Clínica”. La población de 2011 no fueron todos los socios de SECPAL sino un colectivo especialmente motivado por el tema de la espiritualidad y aun así la encuesta fue contestada por 1 de cada 3 de cada 10 participantes. Es muy probable que ambas muestras tengan un sesgo de selección positivo, ya que este tipo de cuestionarios son contestados por los profesionales con mayor interés en el tema.

En lo relativo a las características de los participantes, vemos algunas diferencias entre 2011 y 2022. En la muestra de 2022 hay mayor representación de profesionales de la medicina, y menor representación de profesionales de la enfermería y de la psicología⁹. Estas diferencias nos invitan a ser cautelosos en la comparación del resto de resultados por no ser muestras comparables, pero sí nos permiten aproximarnos a la realidad del acompañamiento espiritual tal y como lo perciben los participantes.

La mayoría de los profesionales participantes (97,1 %) consideran importante en su vida el bienestar espiritual y el sentido de la vida, lo cual coincide con lo expresado en 2011 (99,4 %), aunque son más los encuestados en 2022 que

valoran la importancia de una fe religiosa (41 vs. 28,8 %)⁹. Estos datos están en consonancia con lo recogido por Granz y cols.¹³ donde se señala la necesidad de la autorreflexión como elemento básico en el acompañamiento espiritual. Nuestros datos se aproximan a lo publicado en 2018 por Farahani y cols.¹⁴ en un entorno sociocultural diferente, donde la religión musulmana es mayoritaria.

Una mayoría destacada de las personas que responden a la encuesta (88,2 %), consideran que el acompañamiento espiritual forma parte de las tareas propias de su profesión, y hasta un 9,2 % más lo consideraría, en el caso de que no exista otro profesional específico para esta labor. Estos resultados muestran el compromiso de los profesionales encuestados con el acompañamiento espiritual (97,4 %) y contrasta con otras disciplinas como la oncología según recogen en su trabajo Rodin y cols.¹⁵, quienes señalan que son las enfermeras de oncología las que mayoritariamente opinan que el cuidado espiritual debe ser una tarea propia de los sanitarios (médicos/as, enfermeras/os y trabajadores sociales). El alto compromiso con el acompañamiento espiritual contrasta con la autopercepción de competencia: solo la mitad de los profesionales se percibe competente en esta área. Estos datos son muy similares a los obtenidos en 2011, donde el compromiso en este caso era del 94,2 % y la percepción de competencia del 57,6 %. Otros colectivos comparten similares resultados; así, el trabajo de Giezen-danner y cols.¹⁶ establece que más de la mitad de los médicos de familia suizos encuestados señalan la importancia de las competencias en acompañamiento espiritual, pero solo el 38 % se sienten competentes en la materia. Por otro lado, nos gustaría destacar que la vivencia de compromiso sin la autopercepción de competencia puede generar en los pro-

fesionales desgaste por empatía, también llamado fatiga de compasión, relacionado con la falta de recursos para acompañar la experiencia de sufrimiento de los pacientes y de sus familias¹⁷.

Merece la pena reflexionar sobre algunos resultados relativos al modelo de atención. El 78,1 % de los encuestados señala muy necesario el acompañamiento espiritual, un 43,9 % refiere considerar de forma específica los aspectos espirituales en los pacientes y un 37,7 diferencia entre aspectos religiosos y espirituales. No obstante, en las sesiones de equipo, solo el 19,7 %, trata de forma específica las necesidades espirituales y religiosas de los pacientes. Aunque no tenemos una explicación clara para estos resultados, parecería que, a nivel teórico, los participantes consideran la importancia del acompañamiento espiritual en clínica, pero en muchos casos carecen de un marco referencial y una sistemática que les permita integrar esta parte del cuidado en su actividad clínica diaria y en la dinámica del propio equipo. Todo ello parece coincidir con lo publicado por Laranjeira y cols. para quienes algunas barreras para la provisión de acompañamiento espiritual en cuidados paliativos en Portugal son la falta de competencia profesional en la materia, la vergüenza para aproximarse a la espiritualidad en contextos profesionales y considerar la espiritualidad un tabú en el equipo¹⁸.

Los resultados de la encuesta revelan que son pocos los equipos que disponen de un profesional específico para la atención espiritual (15,7 %), un dato que se ha reducido en más de la mitad respecto al estudio de 2011 (41,9 %). Disponer de esta figura está estrechamente vinculado a la orientación en valores del centro de trabajo ya que son las instituciones concertadas y con orientación religiosa las que promueven la existencia de esta figura. Este dato señala la fuerte asociación que sigue existiendo entre espiritualidad y religión, así como las dificultades para el desarrollo adecuado de una espiritualidad laica en un entorno social fuertemente secularizado y con una cada vez mayor diversidad cultural y religiosa.

Cuando analizamos la relación entre la existencia de un profesional específico dedicado a la atención espiritual en los equipos y las diferentes variables, podemos observar que la existencia de este profesional aumenta la tendencia a considerar de forma específica los aspectos espirituales, a tratarlos en las sesiones, a registrarlos y al uso de escalas. También se asocia a más formación específica. Sin embargo, la existencia de un profesional específico para el acompañamiento espiritual no se relaciona con diferenciar los aspectos religiosos y espirituales de los pacientes, ni mejora la percepción del grado de preparación o el compromiso de los equipos de manera significativa.

Los datos parecen reflejar la necesidad de desarrollar programas de formación específicos para el acompañamiento espiritual en los equipos de cuidados paliativos. Este aspecto se ve reforzado por la falta de registros y escalas para la evaluación y el seguimiento de las necesidades espirituales de los pacientes. Disponer de una sistemática, así como de herramientas de evaluación y registro, facilitan la exploración de los recursos y las necesidades espirituales de los pacientes y garantizan la continuidad en el seguimiento por parte del equipo durante el proceso de enfermedad, permitiendo compartir un lenguaje común en las sesiones. El trabajo de Vermandere y cols. en Bélgica¹⁹ ofrece una meto-

dología denominada “ars moriendi” que los profesionales reconocen como útil para el acompañamiento espiritual. Otros autores como Kearney y cols.²⁰, Sinclair y cols.²¹ y el propio GES^{22,23} han ofrecido propuestas prácticas para la evaluación de necesidades espirituales en clínica y su acompañamiento, aunque con los datos en la mano no parece que sean muy conocidas ni utilizadas²⁴.

Sin duda, los profesionales tienen dificultades intrínsecas para atender estas dimensiones, y las intervenciones centradas en la espiritualidad continúan siendo difíciles de emprender y, quizás, de comprender. Algunas razones que lo justifican pueden ser la manera en que los profesionales pueden estar influenciados por sus propias ideas y experiencias²⁵, la falta de preparación para abordar el tema de manera eficaz sin causar angustia o malestar innecesario²⁶, o un lenguaje alejado de la experiencia cotidiana en un contexto secularizado. Al final, como defienden Santos y cols.²⁷, la ausencia de una práctica que contemple la necesidad espiritual o religiosa de los pacientes resulta en disfuncionalidades, que generan dudas, incertidumbres e inseguridades al paciente e incomodidad para los profesionales, que acaban alejándose de esta área de necesidad.

Nuestro trabajo no está exento de limitaciones. La principal limitación se deriva del tamaño muestral. Pese a que la muestra es amplia, resulta poco representativa por la baja tasa de respuestas (12,4 %). Otra limitación se asocia a la propia metodología de estudio; las encuestas cerradas y por vía telemática, si bien han servido para el propósito de este estudio, no permiten un análisis en profundidad de los factores que están condicionando los resultados. Para ello serán necesarias aproximaciones con metodología cualitativa de tipo fenomenológico. Otro aspecto a tener en cuenta es el contexto general de tensión asistencial y desgaste profesional en que se encontraba la sanidad española en el momento del trabajo de campo, en pleno periodo post-Covid (primavera de 2022).

En cualquier caso, el presente trabajo nos permite establecer que el acompañamiento espiritual no constituye una práctica sistemática en los equipos de cuidados paliativos de nuestro país. Pese a que la espiritualidad es considerada como un área importante y su atención pertenece al ámbito de los cuidados paliativos, son pocos los equipos que disponen de una figura específica para esta tarea y son menos los equipos que disponen de un marco conceptual, un lenguaje común y una sistemática para la evaluación y atención de las necesidades espirituales de los pacientes y sus familias. Parece seguir existiendo una tendencia a equiparar espiritualidad y religión.

Los datos de 2022 se asemejan en gran medida a los obtenidos en 2011, lo que pone en evidencia la necesidad de continuar desarrollando estrategias que promuevan un modelo de atención verdaderamente integral que incluya la espiritualidad como parte esencial de la práctica clínica.

Por todo ello, el GES, en colaboración con otros colectivos internacionales con los que compartimos inquietudes y objetivos, nos sentimos en la obligación de seguir promoviendo iniciativas formativas que permitan a los profesionales el desarrollo de conocimientos, actitudes y habilidades específicas basadas en la autoconciencia y el autocuidado, el conocimiento de la persona del enfermo y del proceso de morir, y la capacidad de atención empática y compasiva. De la misma manera, nos sentimos interpelados al desarro-

llo de herramientas/guías que faciliten la aproximación del clínico al acompañamiento espiritual de pacientes y familiares. Debemos, además, seguir investigando para ofrecer evidencias que respalden la importancia de la atención espiritual en cuidados paliativos como medida para mejorar el bienestar global de pacientes, familiares y profesionales.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a los profesionales de SECPAL su participación en el estudio. También agradecemos a Francina Grau su colaboración en el envío de las encuestas.

REFERENCIAS

1. Saunders C. *Velad conmigo. Inspiración para una vida en Cuidados Paliativos*. Madrid: SECPAL; 2011.
2. Mount BM. Existential suffering and the determinants of healing. *Eur J Pall Care*. 2003;10:40-2.
3. Meezenbroek E de J, Garssen B, van den Berg M, Tuytel G, van Dierendonck D, Visser A, et al. Measuring spirituality as a universal human experience: Development of the Spiritual Attitude and Involvement List (SAIL). *J Psychosoc Oncol*. 2012;30:141-67.
4. Ferrell BR, Twaddle ML, Melnick A, Meier DE. National Consensus Project clinical practice guidelines for quality palliative care guidelines, 4th Edition. *J Palliat Med*. 2018;21:1684-9.
5. Radbruch L, de Lima L, Knaut F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining palliative care-A new consensus-based definition. *J Pain Symptom Manage*. 2020;60:754-64.
6. Hvidt NC, Nielsen KT, Kørup AK, Prinds C, Hansen DG, Viftrup DT, et al. What is spiritual care? Professional perspectives on the concept of spiritual care identified through group concept mapping. *BMJ Open*. 2020;10: e042142.
7. Best M, Leget C, Goodhead A, Paal P. An EAPC white paper on multi-disciplinary education for spiritual care in palliative care. *BMC Palliat Care*. 2020;19:9.
8. Rego F, Gonçalves F, Moutinho S, Castro L, Nunes R. The influence of spirituality on decision-making in palliative care outpatients: A cross-sectional study. *BMC Palliat Care*. 2020;19:22.
9. Payás A, Barbero J, Bayés R, Benito E, Giró R, Maté J. ¿Cómo perciben los profesionales de paliativos las necesidades espirituales del paciente al final de la vida? *Med Paliat*. 2008; 15:225-37.
10. Benito E, Jiménez E, Barbero J, Ruiz C, Dones M, Giro R. Talleres de acompañamiento espiritual en cuidados paliativos SECPAL. Dos años de experiencia. En: IX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cuidados paliativos. 2012: 208.
11. Dones M, Collette N, Barbero J, Gomis C, Balbuena P, Benito E. ¿Cómo percibimos los profesionales el acompañamiento espiritual en Cuidados Paliativos en España? *Med Paliat*. 2016;23:63-71.
12. Akoglu H. User's guide to correlation coefficients. *Turk J Emerg Med*. 2018;18:91-3.
13. Gratz M, Paal P, Emmelmann M, Roser T. Spiritual care in the training of hospice volunteers in Germany. *Palliat Support Care*. 2016;14:532-40.
14. Farahani AS, Rassouli M, Salmani N, Mojen LK, Sajjadi M, Heidarzadeh M, et al. Evaluation of health-care providers' perception of spiritual care and the obstacles to its implementation. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2019;6:122-9.
15. Rodin D, Balboni M, Mitchell C, Smith PT, VanderWeele TJ, Balboni TA. Whose role? Oncology practitioners' perceptions of their role in providing spiritual care to advanced cancer patients. *Support Care Cancer*. 2015;23:2543-50.
16. Giezendanner S, Jung C, Banderet HR, Otte IC, Gudat H, Haller DM, et al. General practitioners' attitudes towards essential competencies in end of life care: A cross-sectional survey. *PLoS One*. 2017;12:e0170168.
17. Benito E, Arranz P, Cancio H. Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. *FMC*. 2011;18: 59-65.
18. Laranjeira C, Dixe MA, Querido A. Perceived barriers to providing spiritual care in palliative care among professionals: A Portuguese cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20:6121.
19. Vermandere M, Warmenhoven F, van Severen E, De Lepeleire J, Aertgeerts B. The Ars Moriendi Model for spiritual assessment: A mixed-methods evaluation. *Oncol Nurs Forum*. 2015;42:294-301.
20. Kearney MK, Weininger RB, Vachon MLS, Harrison RL, Mount BM. Self care of physicians caring for patients at the end of life. "Being connected"... a key to my survival. *JAMA*. 2009; 301(11):1155-64.
21. Sinclair S, Bouchal SR, Chochinov H, Hagen N, McClement S. Spiritual care: How to do it. *BMJ Support Palliat Care*. 2012;2:319-27.
22. Benito E, Barbero J, Dones M. Espiritualidad en clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Madrid: Monografías SECPAL;2014.
23. Benito E, Dones M, Barbero J. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. *Psicooncología*. 2016;13:367-84.
24. Rudilla D, Soto A, Pérez MA, Galiana L, Fombuena M, Oliver A, et al. Intervenciones psicológicas en espiritualidad en cuidados paliativos: una revisión sistemática. *Med Paliat*. 2018;25:203-12.
25. Chochinov HM, Cann BJ. Interventions to enhance the spiritual aspects of dying. *J Palliat Med*. 2005;8:103-15.
26. Bernard M, Strasser F, Gamondi C, Braunschweig G, Forster M, Kaspers-Elekes K, et al. Relationship between spirituality, meaning in life, psychological distress, wish for hastened death, and their influence on quality of life in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*. 2017;54:514-22.