



ORIGINAL

Registro de necesidades espirituales en la derivación a unidades de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid

Xabier Azcoitia Zabaleta, Rosa Ruiz Aragonese*, Bernardino Lozano González, David Almaraz Morocho y José Carlos Bermejo Higuera

Centro de Humanización de la Salud San Camilo. Tres Cantos, Madrid, España.

Recibido el 5 de febrero de 2025

Aceptado el 11 de mayo de 2025

PALABRAS CLAVE

Espiritualidad, cuidados paliativos, técnicas y procedimientos diagnósticos, derivación, consulta.

Resumen

Objetivo: Identificar con qué frecuencia se registran las necesidades espirituales de pacientes en el Documento Único de Derivación (DUD) a una Unidad de Cuidados Paliativos.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo longitudinal. Se revisaron los documentos únicos de derivación en una Unidad de Cuidados Paliativos de 2019, 2020 y 2022, atendiendo al registro de necesidades espirituales y psicosociales, junto a otras variables de la historia clínica: enfermedad oncológica, deterioro cognitivo, conocimiento del diagnóstico y pronóstico, pronóstico vital estimado, documento de instrucciones previas y pacto de silencio. Junto a los análisis descriptivos, se evaluaron posibles relaciones significativas a través del estadístico Chi-Cuadrado y la prueba exacta de Fisher.

Resultados: En la muestra resultante de 1159 ingresos (52,4 % varones y 47,6 % mujeres), estando el 77,1 % por encima de los 66 años, se constató un bajo registro de necesidades espirituales (4 % del total), siendo la angustia vital la más reseñada. Sin embargo, aunque la relación entre el registro de necesidades espirituales y psicoemocionales resultó ser estadísticamente significativa, en el 52,1 % de los participantes sí se registraron necesidades psicoemocionales. Además, se apreciaron otras relaciones significativas con el registro de necesidades espirituales: el conocimiento del diagnóstico y pronóstico por parte del paciente y el cuidador, la existencia de documento de instrucciones previas y de pacto de silencio, y el registro de aspectos religiosos/espirituales en la historia clínica.

*Autor para correspondencia:

Rosa Ruiz Aragonese

Servicio de Ayuda a Domicilio Fundación San Camilo. Sector Escultores, n.º 39. 28760, Tres Cantos, Madrid, España.

Correo electrónico: investigacion@humanizar.es

Parte de este trabajo fue presentado como póster en las XIV Jornadas SECPAL 2023 en Salamanca.

<http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2025.1581/2025>

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

Discusión: Pese a la reconocida prevalencia y relevancia de las necesidades espirituales de los pacientes, el estudio muestra una deficiencia en el registro de estas en los ingresos en cuidados paliativos. Los hallazgos sugieren la necesidad de reforzar la motivación y formación de los profesionales para detectar y registrar las necesidades espirituales junto al resto de dimensiones, de cara a la derivación de pacientes. También podrían sugerir la necesidad de herramientas estandarizadas que faciliten una evaluación integral y temprana de dichas necesidades.

Record of spiritual needs in referrals to palliative care units in the Community of Madrid

KEYWORDS

Spirituality, palliative care, diagnostic techniques and procedures, referral, consultation.

Abstract

Objective: To identify how often patients' spiritual needs are recorded in the Unique Referral Document (DUD) to a Palliative Care Unit.

Material and Methods: Retrospective longitudinal descriptive study. The DUDs in a Palliative Care Unit from 2019, 2020, and 2022 were reviewed, considering the record of spiritual and psychosocial needs, along with other variables from the medical history: oncological disease, cognitive impairment, awareness of diagnosis and prognosis, estimated life expectancy, advance directives document, and silent pact. In addition to descriptive analyses, possible significant relationships were evaluated using the Chi-Square statistic and Fisher's exact test.

Results: In the resulting sample of 1,159 admissions (52.4 % men and 47.6 % women), with 77.1 % being over 66 years old, a low record of spiritual needs was found (4 % of the total), with existential distress being the most frequently reported. However, although the relationship between the record of spiritual and psycho-emotional needs was statistically significant, psycho-emotional needs were recorded in 52.1 % of participants. Additionally, other significant relationships with the record of spiritual needs were observed: the patient's and caregiver's awareness of the diagnosis and prognosis, the presence of an advance directives document and a silent pact, and the recording of religious/spiritual aspects in the medical history.

Discussion: Despite the recognized prevalence and importance of patients' spiritual needs, the study reveals a deficiency in their documentation during PC admissions. The findings suggest the need to strengthen professionals' motivation and training to identify and record spiritual needs alongside other dimensions when referring patients. It may also indicate the need for standardized

Azcoitia Zabaleta X, Ruiz Aragonese R, Lozano González B, Almaraz Morocho D, Bermejo Higuera JC. Registro de necesidades espirituales en la derivación a unidades de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid. *Med Paliat.* 2024;31:107-114.

INTRODUCCIÓN

A mediados del siglo xx, Cicely Saunders sentó las bases del movimiento "Hospice" moderno y los cuidados paliativos¹, desarrollando el concepto de "dolor total" para hacer referencia a los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales del sufrimiento inherente a la enfermedad². Cassell definió el sufrimiento más allá de los síntomas físicos, como "el estado de angustia asociado a acontecimientos que amenazan la integridad de la persona"³, de tal forma que desatender distintas facetas intrapersonales, relacionales o trascendentes contribuye a la experiencia de sufrimiento^{3,5}, que

solo podremos comprender en su integridad recordando que este es "experimentado por las personas"³.

Esta visión fue posteriormente recogida por la Organización Mundial de la Salud, que definió los cuidados paliativos como un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familiares frente a enfermedades potencialmente mortales, previniendo y aliviando el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento de problemas físicos, psicosociales o espirituales⁶. Así, las necesidades espirituales de los pacientes y sus familias son universalmente admitidas como esenciales en su cuidado^{6,9}. Por tanto, identificarlas y abordarlas adecuadamente es clave

para aliviar el sufrimiento y ofrecer un apoyo integral¹⁰. Sin embargo, a pesar del consenso teórico, en la práctica no siempre los profesionales de la salud identifican y acompañan las necesidades espirituales de los pacientes a lo largo del proceso paliativo^{11,12}.

En el contexto español, el Grupo de Espiritualidad de la SECPAL mostró que los profesionales encuentran dificultades para identificar y abordar las necesidades espirituales de los pacientes, reconociendo además que un alto porcentaje no tratan estos temas en las sesiones clínicas¹³. Posteriormente, en un estudio de 2013, reconocieron que, pese a que casi la totalidad de los encuestados consideraba la atención espiritual como una tarea propia de su profesión, un alto porcentaje de estos no se sienten competentes en estas labores y refieren una falta de recursos, además de que una gran parte de estos no utilizan registros o escalas para detectar y evaluar los aspectos espirituales¹⁴.

El presente estudio tiene como objetivo comprobar con qué frecuencia se registran las necesidades espirituales en el Documento Único de Derivación (DUD) de la Comunidad de Madrid (CM) cuando se derivan pacientes en Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) de media y larga estancia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo longitudinal. Se incluyeron los DUD de todos los pacientes ingresados en una UCP de la CM durante los años 2019 (prepandemia), 2020 (pandemia) y 2022 (postpandemia), registrando cuándo se identificaban necesidades psicoemocionales y espirituales. También se revisaron los historiales clínicos extrayendo las variables sociodemográficas de género y edad, los motivos de derivación, si había enfermedad oncológica o no, grado de deterioro

cognitivo, conocimiento o no del diagnóstico o pronóstico por parte del paciente y del cuidador, si hay instrucciones previas, si hay pacto de silencio. Además, se identificó la aparición o no de aspectos religiosos y/o espirituales en la historia médica y en la valoración de enfermería.

Se realizó un análisis descriptivo, obteniendo la frecuencia y el porcentaje de cada variable de interés. Además, con el fin de analizar posibles asociaciones en la frecuencia de registro de las diversas necesidades y otras variables, se emplearon el estadístico Chi-Cuadrado y la prueba exacta de Fisher.

Se siguieron los principios de la Declaración de Helsinki, y se aseguró la confidencialidad de los datos, incluyendo en el estudio solo los datos de aquellos historiales que previamente habían dado el consentimiento informado. El estudio recibió la aprobación del Comité de Ética de la Investigación del centro mediante dictamen favorable fechado el 29 de junio de 2022.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

Del total de 1293 ingresos, 52 no tenían consentimiento para el tratamiento de datos en investigación y 82 estaban vacíos. De estos 1159 casos, 314 (27,1 %) fueron recogidos en 2019, 410 (35,4 %) en 2020 y 435 (37,5 %) en 2022.

La mayoría de los ingresos (84,7 %) correspondieron a pacientes oncológicos. Solo el 1,5 % de las historias clínicas mencionaron religiosidad y/o espiritualidad, y el 28,5 % de los pacientes presentaron deterioro cognitivo. Las características sociodemográficas y clínicas de la muestra pueden observarse en la Tabla I.

Tabla I. Características sociodemográficas y clínicas de la muestra.

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Género		
Varón	607	52,4
Mujer	552	47,6
Edad		
< 30	7	0,6
30-50	45	3,9
51-65	214	18,5
66-80	402	34,7
> 80	491	42,4
Paciente oncológico		
Sí	982	84,7
No	175	15,1
Sin registro	2	0,2
Espiritualidad/Religiosidad		
Nada	1140	98,4
Sí, espiritualidad	6	0,5
Sí, religiosidad	11	0,9
Sí, religiosidad/espiritualidad	1	0,1

(Continúa en la página siguiente)

Tabla I. (Continuación) Características sociodemográficas y clínicas de la muestra.

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Deterioro cognitivo		
Sí	330	28,5
No	542	46,8
Sin registro	287	24,8
Conocimiento de diagnóstico y pronóstico (paciente)		
Conoce ambos	505	43,6
Conoce diagnóstico	215	18,6
Conoce pronóstico	1	0,1
No conoce ninguno	430	37,1
Sin registro	8	0,7
Conocimiento de diagnóstico y pronóstico (cuidador)		
Conoce ambos	816	70,4
Conoce diagnóstico	26	2,2
Conoce pronóstico	6	0,5
No conoce ninguno	2	0,2
Sin registro	309	26,7
Documento de instrucciones previas		
Sí	32	2,8
No	573	49,4
Sin registro	554	47,8
Pacto de silencio		
Sí	47	4,1
No	570	49,2
Sin registro	542	46,8
Pronóstico vital estimado		
Días	419	36,2
Semanas	605	52,2
Meses	16	1,4
Sin registro	119	10,3

Necesidades espirituales

Como se observa en la Tabla II, únicamente 46 pacientes (4 %) reportaron alguna necesidad espiritual, identificándose un total de 51 necesidades espirituales en ellos. La necesidad espiritual más frecuente fue la angustia vital (2,5 % de la muestra total; 63,04 % de quienes tuvieron necesidades espirituales).

Entre las 46 personas con necesidades espirituales, el 52,2 % son mujeres y el 47,8 % hombres, siendo la angustia vital la más frecuente en ambos géneros. El grupo de 30-50 años registra el mayor porcentaje de necesidades espirituales (8,9 %), aunque con solo 45 casos, podría estar sobrerrepresentado. Los menores de 30 años no presentan registros, aunque este grupo puede ser poco representativo (7 casos). La angustia vital predomina en todos los grupos de edad, excepto en los de 51-65 años, donde “¿Por qué a mí?” y angustia vital tienen igual frecuencia (1,4 %). La Tabla III recoge los tipos de necesidad espiritual en función del género y la edad.

Necesidades psicoemocionales

Como refleja la Tabla IV, 604 personas (52,1 %) registraron necesidades psicoemocionales, y el 38,9 % de ellas reportaron más de una. En 2019, el 57,3 % registró alguna necesidad psicoemocional, porcentaje que descendió al 48,5 % en 2020 y subió ligeramente al 51,7 % en 2022. La necesidad psicoemocional más frecuente fue la tristeza (32,9 %), seguida de la claudicación emocional del cuidador (24,9 %), con cifras similares en todos los años.

El 54,7 % de las mujeres y el 49,8 % de los hombres registraron alguna necesidad psicoemocional, siendo la tristeza la más frecuente en ambos. Además, el 21,6 % de las mujeres y el 19,1 % de los hombres reportaron más de una necesidad. Los menores de 30 años tienen el mayor porcentaje de necesidades psicoemocionales (57,1 %), mientras que los mayores de 80 años presentan el menor. La tristeza predomina en todos los grupos de edad, excepto en los menores de 30 años, en los que la ansiedad y la claudicación emocional del cuidador son igualmente frecuentes. La Tabla V recoge

los tipos de necesidad psicoemocional en función del género y la edad.

Relación entre necesidades

El 91,3 % de las personas que presentaban necesidades espirituales reportaban también necesidades psicoemocionales (Tabla VI). La relación entre ambas variables resultó ser significativa ($p < 0,001$).

Se observaron relaciones significativas entre el registro de necesidades espirituales y el conocimiento del diagnóstico y pronóstico por parte del paciente ($p < 0,001$) y del cuidador ($p = 0,01$), así como con la existencia de documento de instrucciones previas ($p = 0,002$) y de pacto de silencio ($p = 0,001$). También se dio una relación significativa entre el registro de necesidades espirituales y el registro de aspectos religiosos/espirituales en la valoración de enfermería ($p = 0,002$). En el caso del registro de necesidades psicoemocionales, se hallaron relaciones significativas con el diagnóstico oncológico ($p = 0,01$), el deterioro cognitivo ($p < ,001$), el conocimiento del diagnóstico y pronóstico por parte del paciente ($p < 0,001$) y del cuidador ($p < 0,001$), la existencia de instrucciones previas ($p < 0,001$) y de pacto de silencio ($p < 0,001$), y el pronóstico vital estimado del paciente ($p < 0,001$). No se observaron diferencias significativas por género, año y edad en el registro de necesidades

psicoemocionales o espirituales ($p > 0,05$). En cambio, sí resultó significativo el descenso de registros de personas con necesidades psicoemocionales de 2019 a 2020 ($p = 0,019$). Además, se encontró que existe relación entre el género y tener ansiedad ($p = 0,009$), tristeza ($p = 0,005$) y hostilidad ($p = 0,006$).

DISCUSIÓN

Los hallazgos del estudio revelan una infravaloración significativa en el registro de las necesidades espirituales de los pacientes en los protocolos de derivación de la CM para el ingreso en UCP. De hecho, pese a no tener datos previos a 2019, se observa una tendencia a la baja en el registro de 2019 a 2022. A este respecto, podría haber cierta influencia del COVID-19, que condujo a una priorización de las necesidades más inmediatas, relegando las espirituales. En cualquier caso, la literatura reciente no respalda un descenso en la cantidad de pacientes con necesidades espirituales¹⁵⁻¹⁷.

Nuestros datos podrían sugerir que los profesionales que han de identificar las necesidades espirituales de los pacientes con enfermedad avanzada y pronóstico limitado de tiempo tengan dificultades para identificar qué es la espiritualidad en el ámbito y cuáles son las necesidades propias, ya que estas no parecen abordarse ni registrarse de forma sistemática, independientemente de que el paciente las manifieste

Tabla II. Necesidades espirituales registradas (total y por año).

		Año			
		2019	2020	2022	Total
Necesidades espirituales registradas	Sí	18 (5,7 %)	17 (4,1 %)	11 (2,5 %)	46 (4 %)
	No	296 (94,3 %)	393 (95,9 %)	424 (97,5 %)	1113 (96 %)
	Total	314 (100 %)	410 (100 %)	435 (100 %)	1159 (100 %)
Tipo de necesidades espirituales registradas	¿Por qué a mí?	1 (0,3 %)	6 (1,5 %)	1 (0,2 %)	8 (0,7 %)
	Angustia	11 (3,5 %)	12 (2,9 %)	6 (1,4 %)	29 (2,5 %)
	Baja autoestima	2 (0,6 %)	3 (0,7 %)	1 (0,2 %)	6 (0,5 %)
	Culpabilidad	1 (0,3 %)	0	0	1 (0,1 %)
	Otros	3 (0,1 %)	1 (0,2 %)	3 (0,7 %)	7 (0,6 %)
	Total	18	22	11	51

Tabla III. Tipo de necesidades espirituales registradas (por género y edad).

		Género		Edad				
		Mujer	Varón	< 30	30-50	51-65	66-80	> 80
Tipo de necesidades espirituales registradas	¿Por qué a mí?	5 (0,9 %)	3 (0,5 %)	0 (0 %)	1 (2,2 %)	3 (1,4 %)	4 (1 %)	0 (0 %)
	Angustia	14 (2,5 %)	15 (2,5 %)	0 (0 %)	2 (4,4 %)	3 (1,4 %)	14 (3,5 %)	10 (2 %)
	Baja autoestima	3 (0,5 %)	3 (0,5 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (0,5 %)	2 (0,5 %)	3 (0,6 %)
	Culpabilidad	0 (0 %)	1 (0,2 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (0,2 %)	0 (0 %)
	Otros	5 (0,9 %)	2 (0,3 %)	0 (0 %)	1 (2,2 %)	1 (0,5 %)	3 (0,7 %)	2 (0,4 %)
	Total	27	24	0	4	8	24	15

Tabla IV. Necesidades psicoemocionales registradas.

		Año			
		2019	2020	2022	Total
Necesidad psicoemocional	Sí	180 (57,3 %)	199 (48,5 %)	225 (51,7 %)	604 (52,1 %)
	No	134 (42,7 %)	211 (51,5 %)	210 (48,3 %)	555 (47,9 %)
	Total	314 (100 %)	410 (100 %)	435 (100 %)	1159 (100 %)
Tipo de necesidad psicoemocional	Ansiedad	52 (16,6 %)	50 (12,2 %)	51 (11,7 %)	153 (13,2 %)
	Claudicación emocional del cuidador	69 (22 %)	102 (24,9 %)	118 (27,1 %)	289 (24,9 %)
	Depresión	18 (5,7 %)	24 (5,9 %)	20 (4,6 %)	62 (5,3 %)
	Tristeza	104 (33,1 %)	121 (29,5 %)	156 (35,9 %)	381 (32,9 %)
	Hostilidad	10 (3,2 %)	14 (3,4 %)	9 (2,1 %)	33 (2,8 %)
	Otras	9 (2,9 %)	7 (1,7 %)	6 (1,4 %)	22 (1,9 %)
	Total	262	318	360	940

Tabla V. Tipo de necesidades psicoemocionales registradas (por género y edad).

		Género		Edad				
		Mujer	Varón	< 30	30-50	51-65	66-80	> 80
Tipo de necesidades psicoemocionales registradas	Ansiedad	88 (15,9 %)	65 (10,7 %)	2 (28,6 %)	8 (17,8 %)	31 (14,5 %)	59 (14,7 %)	53 (10,8 %)
	Claudicación emocional del cuidador	129 (23,4 %)	160 (26,4 %)	2 (28,6 %)	9 (20,0 %)	51 (23,8 %)	104 (25,9 %)	123 (25,1 %)
	Depresión	34 (6,2 %)	28 (4,6 %)	1 (14,3 %)	5 (11,1 %)	12 (5,6 %)	20 (5,0 %)	24 (4,9 %)
	Tristeza	204 (37 %)	177 (29,2 %)	2 (28,6 %)	21 (46,7 %)	80 (37,4 %)	140 (34,8 %)	138 (28,1 %)
	Hostilidad	8 (1,4 %)	25 (4,1 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	9 (4,2 %)	16 (4,0 %)	8 (1,6 %)
	Otras	10 (1,8 %)	12 (2,0 %)	0 (0 %)	1 (2,2 %)	5 (2,3 %)	9 (2,2 %)	7 (1,4 %)
	Total	473	467	7	44	188	348	353

Tabla VI. Relación entre necesidades espirituales y psicoemocionales.

		Necesidad espiritual		Total
		No	Sí	
Necesidad psicoemocional	No	551 (49,5 %)	4 (8,7 %)	555 (47,9 %)
	Sí	562 (50,5 %)	42 (91,3 %)	604 (52,1 %)
	Total	1113 (100 %)	46 (100 %)	1159 (100 %)

explícitamente, lo que podría dificultar su detección y posterior abordaje en la UCP, además de aumentar la carga de trabajo y complicar la intervención integral temprana.

En el año 2014, el Grupo de Espiritualidad en Clínica de la SECPAL publicó una monografía titulada “Espiritualidad en Clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos”, actualización de una primera publicación en 2008: “El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta”¹⁸. Cabría preguntarse en qué medida los profesionales sanitarios han actualizado sus conocimientos a la luz de estas u otras guías de referencia.

Entre los motivos para no registrar estas necesidades podrían encontrarse la percepción de menor relevancia de este ámbito, la sobrecarga laboral, la falta de formación o la incomodidad al trabajar el tema espiritual¹⁹⁻²¹. Todo esto podría relacionarse con los estudios que indican que muchos profesionales en España no se sienten capacitados para abordar necesidades espirituales^{13,14}.

No obstante, la evidencia subraya la importancia de evaluar e intervenir estas necesidades, al contribuir a la mejora de la calidad de vida y el bienestar espiritual de los pacientes²². De hecho, el presente estudio también señala una asociación de las necesidades espirituales con las psicoemocionales²³, lo que refuerza la necesidad de un abordaje integral que considere todas las dimensiones humanas⁹.

Asimismo, los resultados sugieren que algunas variables sociodemográficas y clínicas están relacionadas con el registro de necesidades espirituales. Por una parte, el registro de necesidades espirituales es significativamente más frecuente en pacientes que conocen diagnóstico y pronóstico en comparación con aquellos que no tienen conocimiento. En este sentido, en línea con estudios previos que reflejan una relación entre la conciencia de la propia situación y la espiritualidad en pacientes con cáncer al final de la vida²⁴, nuestro estudio sugiere que los pacientes mejor informados podrían identificar y expresar más claramente sus necesidades espirituales o podrían ser identificados con mayor facilidad por los profesionales de la salud. Por otra parte, el conocimiento integral del cuidador acerca de la situación del paciente está asociado con un mayor registro de las necesidades espirituales del paciente. Además, los pacientes sin documento de instrucciones previas tienen más probabilidades de tener registro de necesidades espirituales de lo esperado. Igualmente, que haya una correlación significativa entre pacto de silencio y no registro de necesidades espirituales puede estar apuntando a la importancia de una buena comunicación entre todos los implicados en la enfermedad, de manera que ninguna necesidad quede invisibilizada u obviada, especialmente, las espirituales. A este respecto, el pacto de silencio puede afectar a la comunicación de las necesidades espirituales por parte del paciente, y por tanto, conducir a la insatisfacción de estas²⁵. De acuerdo con los trabajos realizados por William Breitbart sobre terapia centrada en el significado²⁶, también recogidos por Emily Esfahani Smith²⁷, el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la muerte presentan una oportunidad de crecimiento extraordinario si pueden hablarse temas como la propia identidad, el sentido de la vida vivida, el amor y la belleza recibidos o el legado que dejan, todas relevantes para el bienestar espiritual. Algo que no es posible elaborar cuando hay pacto de silencio.

Tal como advirtió la Conferencia de Consenso²⁸, la negligencia en la valoración de las necesidades espirituales puede estar indicando desatención en una dimensión importante del paciente al no considerar a la persona en su totalidad. Sería relevante asumir algunas de sus recomendaciones: 1) Todo paciente debería recibir una evaluación espiritual sencilla y eficiente, en términos de tiempo, en el momento de entrar al sistema de cuidados sanitarios y en las derivaciones apropiadas; 2) se deberían realizar historiales o valoraciones espirituales de seguimiento para todos los pacientes cuya situación médica, psicosocial o espiritual cambie, y también como parte del seguimiento sistemático en el historial médico.

Por todo lo anterior, y dada la relevancia de las necesidades espirituales en los cuidados paliativos, se torna esencial el desarrollo de herramientas que permitan su detección y evaluación²⁹. Existen numerosas escalas que han demostrado ser apropiadas y fiables para este propósito, y que tienen en cuenta diferentes dimensiones como la pertenencia, el sentido de la vida, la esperanza, la relación con el misterio, la aceptación de la muerte o la paz³⁰⁻³². En España también se desarrolló desde SECPAL una escala específica para pacientes de cáncer en cuidados paliativos, que atiende a necesidades como ser reconocido como persona, reinterpretar la vida, encontrar sentido a la vida, liberarse de la culpabilidad o expresar sentimientos religiosos¹⁸.

Adicionalmente, resulta necesario señalar que los registros son valoraciones subjetivas de los profesionales. Aunque estos datos son la base para los cuidados iniciales, sería valioso desarrollar herramientas de autoinforme para pacientes, adaptadas a las circunstancias de los cuidados paliativos.

En definitiva, los bajos niveles de registro de las necesidades espirituales resaltan la necesidad de motivar y formar adecuadamente a los profesionales para identificar y registrar las necesidades espirituales del paciente^{33,34}, de manera que optimicemos la coordinación clínica a lo largo de todo el proceso paliativo y se acompañe a la persona de un modo integral, incluyendo la espiritualidad. Podría indicar también la importancia de desarrollar herramientas de evaluación comunes y consensuadas que faciliten la detección de dichas necesidades.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a los voluntarios del Centro San Camilo cuya colaboración fue esencial para registrar y anonimizar debidamente cada una de las historias clínicas.

CONFLICTOS DE INTERESES

Ninguno de los autores tenemos conflicto de intereses alguno en este estudio.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

La única fuente de financiación indirecta es la Subvención 0,7 % actividades de interés general consideradas de interés social, correspondientes a la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030.

REFERENCIAS

1. Clark D. An annotated bibliography of the publications of Cicely Saunders--1: 1958-67. *Palliat Med.* 1998;12:181-93.
2. Saunders C. *Watch with Me. Inspiration for a life in hospice care.* Lancaster (UK): Observatory Publications; 2005.
3. Casell EJ. The nature of suffering and the goals in medicine. *N Engl J Med.* 1982;106:639-45.
4. Torralba F. *Antropología del cuidar.* Barcelona: Instituto Borja de Bioética; 1998.
5. Mount BM, Boston PH, Cohen SR. Healing connections: On moving from suffering to a sense of well-being. *J Pain Symptom Manage.* 2007;33:372-88.
6. Organización Mundial de la Salud. *Cuidados Paliativos [actualizado 20 Ago 2020; citado 26 Dic 2024].* Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
7. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). *Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos.* Madrid: Siosi Punto Gráfico; 2012.
8. Council of Europe. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care [citado 30 Dic 2024]. Disponible en: [https://www.coe.int/t/dg3/health/source/rec\(2003\)24_en.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/health/source/rec(2003)24_en.pdf)
9. Bermejo JC. *Espiritualidad y salud. Diagnóstico y cuidado espiritual.* Sal Terrae. 2021.
10. Mesquita AC, Chaves ÉCL, Barros GAM. Spiritual needs of patients with cancer in palliative care: An integrative review. *Curr Opin Support Palliat Care.* 2017;11:334-40.
11. Büssing A. Spiritual needs and spiritual wellbeing of palliative care patients. En: Best MC, editor. *Spiritual care in palliative care.* Springer; 2024. p. 33-44.
12. Bermejo JC. *Acompañamiento espiritual en cuidados paliativos.* Sal Terrae. 2009.
13. Payás A, Barbero J, Bayés R. ¿Cómo perciben los profesionales de paliativos las necesidades espirituales del paciente al final de la vida? *Med Paliat.* 2008;15:225-37.
14. Dones Sánchez M, Collette N, Barbero Gutiérrez J, Gomis Bofill C, Balbuena Mora P, Benito Oliver E. ¿Cómo percibimos los profesionales el acompañamiento espiritual en los equipos de Cuidados Paliativos en España? *Med Paliat.* 2016;23:63-71.
15. Riklikienė O, Tomkevičiūtė J, Spirgienė L, Valiulienė Ž, Büssing A. Spiritual needs and their association with indicators of quality of life among non-terminally ill cancer patients: Cross-sectional survey. *Eur J Oncol Nurs.* 2020;44:101681.
16. Bandeali S, des Ordons AR, Sinnarajah A. Comparing the physical, psychological, social, and spiritual needs of patients with non-cancer and cancer diagnoses in a tertiary palliative care setting. *Palliat Support Care.* 2020;18:513-8.
17. Michael NG, Bobevski I, Georgousopoulou E, et al. Unmet spiritual needs in palliative care: psychometrics of a screening checklist. *BMJ Support Palliat Care.* 2023;13(e1):e170-e176.
18. Benito E, Barbero J, Payás, A. *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta.* Madrid: Arán Ed.; 2008.
19. González Requejo J. ¿Valoramos realmente las necesidades espirituales de nuestros pacientes? *Rev Etica de los cuidados.* 2016;9(17).
20. Fonseca M. Atención de las necesidades espirituales y religiosas de pacientes por personal de salud. Un modelo basado en el acompañamiento espiritual. *Rev Cir.* 2022;74:318-24.
21. López-Tarrida ÁC, Ruiz-Romero V, González-Martín T. Cuidando con sentido: la atención de lo espiritual en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional. *Rev Esp Salud Publica.* 2020;94:202001002.
22. Chen J, Lin Y, Yan J, Wu Y, Hu R. The effects of spiritual care on quality of life and spiritual well-being among patients with terminal illness: A systematic review. *Palliat Med.* 2018;32:1167-79.
23. Ramezani T, Taheri-Kharamah Z, Karimi Z. Exploring spiritual needs and its relation with anxiety and depression in the elderly patients with chronic diseases. *Health Spiritual Med Ethics.* 2019; 6:10-6.
24. Lai C, Luciani M, Galli F, Morelli E, del Prete F, Ginobbi P, et al. Spirituality and awareness of diagnoses in terminally ill patients with cancer. *Am J Hosp Palliat Care.* 2017;34:505-9.
25. Espinoza-Suárez NR, Zapata del Mar CM, Mejía Pérez LA. Conspiración de silencio: una barrera en la comunicación médico, paciente y familia. *Rev Neuropsiquiatr.* 2017;80:125-136.
26. Breitbart WS, Poppito SR. *Individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer: A treatment manual.* Oxford University Press; 2014.
27. Smith EE. *The power of meaning: crafting a life that matters.* Crown. 2017.
28. Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J, et al. La mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos: el informe de la Conferencia de Consenso. *Med Paliat.* 2011;18:20-40.
29. Galek K, Flannelly KJ, Vane A, Galek RM. Assessing a patient's spiritual needs: A comprehensive instrument. *Holist Nurs Pract.* 2005;19:62-9.
30. Yong J, Kim J, Han SS, Puchalski CM. Development and validation of a scale assessing spiritual needs for Korean patients with cancer. *J Palliat Care.* 2008;24:240-6.
31. Hermann C. Development and testing of the spiritual needs inventory for patients near the end of life. *Oncol Nurs Forum.* 2006;33:737-44.
32. Bradford KL. The nature of religious and spiritual needs in palliative care patients, carers, and families and how they can be addressed from a specialist spiritual care perspective. *Religions.* 2023;14:125.
33. Van de Geer J, Groot M, Andela R, Leget C, Prins J, Vissers K, et al. Training hospital staff on spiritual care in palliative care influences patient-reported outcomes: Results of a quasi-experimental study. *Palliat Med.* 2017;31:743-53.
34. Paal P, Helo Y, Frick E. Spiritual care training provided to health-care professionals: A systematic review. *J Pastoral Care Counsel.* 2015;69:19-30.