Med Paliat. 2025;32(3):149-154

Medicina Paliativa

www.inspiranetwork.com



FORMACIÓN CONTINUADA

El acompañamiento espiritual en clínica (III): premisas básicas para el acompañamiento espiritual

Martín I. Mindeguía*[1,2], Gonzalo Sánchez Velasco[1,3], Nadia Collette Bimbaum[1,4,5], María Nabal-Vicuña[1,6] y Enric Benito[1]

[1]Foro Iberoamericano de Espiritualidad en Clínica. [2]Médico Pediatra. Especialista en Cuidados Paliativos y Terapeuta Gestalt. [3]Psicólogo. Servicio de Oncología y Cuidados Paliativos. Hospital Municipal Dr. Bernardo A. Houssay, Vicente López, Bs. As. Argentina. [4]Grupo de investigación clínica de Cuidados Paliativos, IR Sant Pau, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona, España. [5]Grupo Espiritualidad SECPAL (GES). España. [6]Equipo de Soporte Hospitalario de Cuidados Paliativos. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida, España.

PALABRAS CLAVE
Acompañamiento espiritual, práctica clínica.

Resumen

Este tercer artículo de la serie aborda las bases del acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Profundiza en cómo acompañar espiritualmente a las personas que viven con enfermedades avanzadas o en el proceso de morir.

El acompañamiento espiritual se concibe como un proceso relacional que busca favorecer la integración y la sanación interior, ayudando a las personas a encontrar sentido, propósito y serenidad en medio del sufrimiento. Esta tarea no se limita a la aplicación de técnicas, sino que implica la calidad de la presencia del profesional como elemento central del proceso terapéutico, en la medida en que sus actitudes favorecen la corregulación emocional y la construcción de un vínculo clínico que contribuye a humanizar el cuidado.

El artículo subraya la importancia de la autoconciencia y autocuidado del profesional como condiciones necesarias para sostener una presencia compasiva y prevenir la fatiga por empatía o el *burnout*. Cultivar la vida interior, revisar la propia relación con la finitud y cuidar la propia espiritualidad son pilares del profesional que acompaña.

Además, se revisan diversos modelos y herramientas clínicas útiles para la atención espiritual que comparten una ética del acompañamiento basada en la presencia consciente, la aceptación y el respeto por el proceso del paciente. Se destaca también el *Cuestionario de Evaluación de*

*Autor para correspondencia:
Martín I. Mindeguía
Correo electrónico: martinmindeguia@gmail.com

http://dx.doi.org/10.20986/medpal.2025.1639/2025

e-ISSN: 2340-3292/© 2025 Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Publicado por Inspira Network. Todos los derechos reservados.

Recursos y Necesidades Espirituales del GES-SECPAL, diseñado para explorar aspectos intrapersonales, interpersonales y transpersonales de la experiencia espiritual.

El texto concluye señalando los principales retos: integrar la atención espiritual en la formación sanitaria, clarificar su lenguaje clínico, incorporar registros asistenciales específicos y sistematizar su práctica en los equipos de cuidados paliativos. Más allá de una competencia profesional, el acompañamiento espiritual es presentado como una oportunidad de transformación personal y sanación recíproca para quien acompaña y quien es acompañado.

Spiritual support in clinical practice (III): basic principles for spiritual care

KEYWORDS
Spiritual support, palliative care.

Abstract

This third article in the series addresses the foundations of spiritual support in palliative care. It explores how to provide spiritual accompaniment to people living with advanced illness or at the end of life.

Spiritual support is understood as a relational process aimed at fostering integration and inner healing, helping individuals find meaning, purpose, and serenity amid suffering. This task is not limited to the application of techniques; rather, it involves the quality of the professional's presence as a central element of the therapeutic process, insofar as their attitudes facilitate emotional co-regulation and the development of a clinical relationship that contributes to humanizing care.

The article emphasizes the importance of professional self-awareness and self-care as necessary conditions for sustaining a compassionate presence and preventing empathy fatigue or burnout. Cultivating an inner life, reflecting on one's own relationship with finitude, and caring for one's spirituality are pillars for the accompanying professional.

Additionally, the article reviews various clinical models and tools useful for spiritual care, all sharing an ethics of accompaniment based on conscious presence, acceptance, and respect for the patient's process. The GES-SECPAL Spiritual Resources and Needs Assessment Questionnaire is also highlighted, designed to explore intrapersonal, interpersonal, and transpersonal aspects of spiritual experience.

The text concludes by identifying key challenges: integrating spiritual care into healthcare training, clarifying its clinical language, incorporating specific care records, and systematizing its practice within palliative care teams. Beyond being a professional competency, spiritual support is presented as an opportunity for personal transformation and reciprocal healing for both the caregiver and the person being accompanied.

Mindeguía MI, Sánchez Velasco G, Collette Bimbaum N, Nabal-Vicuña M, Benito E. El acompañamiento espiritual en clínica (III): premisas básicas para el acompañamiento espiritual. Med Paliat. 2025;32:149-154.

INTRODUCCIÓN

En el primer artículo[1] de esta serie definimos la espiritualidad como la naturaleza esencial del ser humano, un anhelo inagotable de plenitud y sentido que se expresa en nuestra red de relaciones: intrapersonal, interpersonal y transpersonal. Se experimenta como una aspiración profunda e íntima del ser humano a una visión de la vida y la realidad que integre, conecte, trascienda y dé sentido a la existencia. En el segundo artículo hablamos de cómo la experiencia de sufrimiento de la persona enferma nos interpela, nos confronta no solo con problemas que podemos "resolver" como el dolor o el insomnio, sino con las preguntas existenciales: "¿Por qué a mí?", "¿Qué me espera?". Y también, cómo la desconexión de nuestra profundidad del ser aumenta el sufrimiento[2].

En este sentido, entendemos que experimentar una enfermedad limitante y/o amenazante para la vida, estar sufriendo o atravesar el proceso de fin de vida son, paradójicamente, oportunidades de crecimiento y de apertura o profundización en los aspectos espirituales y existenciales. A su vez, son oportunidades de sanación tanto de la persona enferma como de su entorno: familiares y profesionales de la salud que los acompañan. En este documento proponemos algunas claves conceptuales y estrategias clínicas para promover el acompañamiento espiritual en la práctica clínica.

ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL: PREMISAS BÁSICAS

El desarrollo de los cuidados paliativos y de una atención clínica centrada en la persona han propiciado una mejor comprensión de los aspectos subjetivos del proceso de enfermar y morir. Junto con el control de síntomas, la buena praxis en cuidados paliativos incluye la atención a la experiencia existencial del paciente. Cicely Saunders[3] introdujo el concepto fundamental de "dolor total", reconociendo las dimensiones psicológica, social y espiritual de la experiencia de dolor y sufrimiento, enfatizando la necesidad de una atención integral del paciente.

Nuestra meta en cuidados paliativos es poner el énfasis en la calidad de vida y dignidad de las personas, ayudarlas a cerrar con bienestar, serenidad y confianza su proceso vital. Aspiramos a que nadie muera con un dolor descontrolado, con un miedo paralizante o en soledad, con sensación de abandono. En el acompañamiento, intentamos facilitar que la persona pueda cerrar su biografía sin asuntos pendientes, dejando un legado y encontrando paz espiritual. Si entendemos que la espiritualidad es un dinamismo que se manifiesta a través de la red de relaciones que establecemos con nosotros mismos en busca de sentido, con los demás en busca de conexión y con lo transpersonal buscando la trascendencia, el objetivo del acompañamiento espiritual es facilitar un movimiento desde la vivencia de fragmentación hacia una mayor integración personal. Es entonces cuando hablamos de sanación como la capacidad de encontrar consuelo, conexión, significado y propósito en medio del sufrimiento, entendida no como curación biológica, sino como un proceso de integración subjetiva y existencial.

El acompañamiento espiritual debe entenderse como un "proceso" que se irá desplegando a través de nuestra actividad asistencial a medida que nos conocemos y generamos una relación de confianza. Al ser "relacional", se evidencia que la herramienta fundamental del acompañamiento somos nosotros mismos, los/las propios/as profesionales.

Se trata de crear el clima y encuadre adecuado y de acompasar nuestro paso al proceso de cada paciente, en el afán de que encuentre su propio camino. Esto dependerá del potencial innato en su interior, pero también puede ser facilitado por las actitudes e intervenciones del entorno cuidador.

Será clave reconocer a la persona enferma en todas sus dimensiones, explorar su subjetividad, su mundo interior, sus emociones, sus preocupaciones y sus recursos como parte de su realidad clínica. También será fundamental afinar el instrumento que somos cada uno/a de nosotros/as, como profesionales de la salud, cultivando nuestro mundo interno para poder generar y mantener un vínculo terapéutico de calidad, que ayude y acompañe al/la paciente durante su proceso de enfermedad, invitándole a cruzar el puente que se establece desde la experiencia de sufrimiento hacia la integración/aceptación y, si es posible, hacia la trascendencia.

EL PROFESIONAL COMO HERRAMIENTA TERAPÉUTICA

En muchos ámbitos de la salud, pero especialmente en cuidados paliativos, cada profesional no solo *utiliza* técnicas y herramientas terapéuticas, sino que forma parte activa del dispositivo terapéutico a través de su manera de estar en la relación clínica.

Como decía el profesor Eric Cassell[4], para cuidar a los que sufren, el médico necesita destreza técnica, conocimientos científicos y comprensión humana. El Dr. William Osler[5], uno de los padres de la medicina moderna, ya en 1906 instaba a sus estudiantes a buscar un conocimiento no solo de la enfermedad sino de sí mismo/a, destacando que "para el médico ninguna cualidad es comparable con la ecuanimidad", ya que facilita la imparcialidad de juicio y una actitud equilibrada constante.

Nuestra profesión, en la medida que se centra en acompañar a la persona en su sufrimiento puede entenderse como una actividad espiritual como propone Cristina Puchalski[6].

La calidad de nuestra presencia en la cabecera de la cama de la persona enferma depende directamente de la profundidad, coherencia y armonía de nuestra vida interior.

La capacidad de mantener una actitud compasiva y ecuánime en el entorno del sufrimiento no es innata, pero puede cultivarse. No se trata de algo que se pueda aprender solo leyendo un manual; está más relacionado con lo que somos que con lo que sabemos; con nuestro grado de madurez existencial / espiritual.

El Grupo de Espiritualidad de la SECPAL (GES)[7] propuso como actitudes fundamentales para el acompañamiento espiritual: la hospitalidad, la presencia y la compasión.

Hospitalidad: esta actitud implica la acogida incondicional y sin juicios del/la paciente, creando un espacio de seguridad y confianza donde la persona vulnerable puede expresarse plenamente, sin sentirse juzgada. Como bien señalaba Torralba[8], la hospitalidad busca la superación de prejuicios, la recepción y escucha del otro, transformando al "extraño" en "familiar".

En nuestro trabajo, la hospitalidad no es solo una disposición, sino una tarea activa para construir conjuntamente un espacio que se asemeje a un hogar, especialmente en los "itinerarios radicalmente inhóspitos" del final de la vida. La incondicionalidad es, quizás, la clave central de esta y otras actitudes, pues no exige contrapartida.

Presencia[9]: se refiere a nuestra disponibilidad y apertura total a todos los aspectos de la persona que acompañamos, estando con ella y respondiendo desde una experiencia auténtica y profunda. La presencia terapéutica no solo genera un espacio de seguridad y confianza, sino que también permite la corregulación emocional entre paciente y profesional. Implica estar atento, disponible y enraizado en el momento presente, con una actitud de apertura y orientación al proceso del paciente. Michael Kearney[10] nos recuerda que la calidad de nuestra presencia como profesionales depende de la conciencia y armonía de nuestro mundo interior, de la conexión con la fuente de conciencia que nos sostiene. Consideramos que es un imperativo ético cultivarla.

Compasión: es una conmoción interna que surge ante el sufrimiento de otra persona, generando una determinación sostenida y práctica de hacer todo lo posible para aliviarlo o eliminarlo.

Se diferencia del impulso de ayuda, o de la "compulsión ayudadora" tal como la denominó la filósofa Mónica Cavallé[11], que nos movería principalmente a reducir nuestro propio malestar ante el sufrimiento, sin centrar nuestra atención en lo que la otra persona verdaderamente necesita.

Se basa en una empatía profunda en la que uno/a es con todas las demás personas. Una actitud que nace de una vocación intrínseca de ayuda.

La compasión auténtica nos conduce a superar nuestro propio miedo a la muerte para acercarnos al misterio del proceso. No es pasiva, sino activa, implica la toma de conciencia de lo que nos mueve a actuar y nos invita a trabajar en beneficio de la otra persona, manteniendo nuestro propio equilibrio personal.

Entendemos que estas 3 actitudes no son meras recomendaciones, sino herramientas exigibles en nuestra práctica clínica, y que su potencial radica en su capacidad para crear una relación de ayuda profunda y potencialmente sanadora.

Disponemos de evidencias que subrayan el papel crucial del/la profesional en los procesos de corregulación emocional de la persona que sufre[12], mostrando cómo los estados fisiológicos y emocionales del profesional pueden influir directamente en la regulación del paciente en el contexto de la relación terapéutica. Entendemos por "corregulación" el proceso relacional por el que, desde la serenidad, hospitalidad, presencia y compasión del/la profesional, la persona enferma es capaz de ir serenando sus emociones. Esta corregulación se basa principalmente en elementos no verbales, más que en las palabras: la respiración, la actitud, la mirada, la expresión facial, la corporalidad, el tono de la voz son elementos clave. De esta manera, la persona enferma puede ganar confianza en sí misma y podrá volverse hacia su interioridad. Siguiendo la misma regla, si la persona que sufre se encuentra con un/a profesional angustiado/a, hostil, etc., su grado de sufrimiento, de fragmentación y desconexión puede verse incrementado.

Consideramos que debemos incluir el "autocuidado". Trabajar en el entorno del sufrimiento nos pone en contacto con la vulnerabilidad, la incertidumbre y la intensidad emocional de nuestro/as pacientes y esto nos puede afectar profundamente. Si no disponemos de recursos para gestionar nuestro propio impacto emocional, podemos desarrollar estrés, fatiga por compasión (también denominada desgaste por empatía) y *burnout*. Es aquí donde el autocuidado basado en la autoconciencia se vuelve fundamental.

La autoconciencia *(self-awareness)* es la capacidad de tomar conciencia de nuestras propias experiencias y emociones, reconociendo cómo influyen en nuestra relación y decisiones con pacientes, familias y compañero/as, y en la calidad del vínculo clínico que establecemos. Se ha demostrado[13] que un alto nivel de autoconciencia es un factor protector clave contra el desgaste por empatía y el *burnout*, y está positivamente relacionado con la satisfacción de compasión (el gozo de cuidar) y la resiliencia.

Sentir esta doble conexión, a la vez consigo mismo/a y con las personas del entorno profesional, permite funcionar con sabiduría y compasión, y mantener la ecuanimidad incluso en las situaciones más estresantes.

Es vital que, como profesionales de la salud, asumamos activamente la responsabilidad de nuestro propio bienestar. Esto incluye establecer límites claros entre nuestra vida personal y profesional, mantener actividades saludables (alimentación, sueño, deporte, actividades lúdicas) y, fundamentalmente, cultivar nuestra propia espiritualidad. Prácticas como el *mindfulness*, la meditación, la escritura reflexiva, la contemplación de las artes y de la naturaleza son métodos probados para aumentar nuestra atención, nuestra capacidad de afrontamiento emocional y nuestra autorregulación. El cultivo de la autoconciencia nos permite responder a los estímulos emocionales de forma más equilibrada, al tiempo que nos invita a trascender la visión limitada de nuestra propia persona y a conectarnos con una realidad más amplia y profunda.

Además de lo ya mencionado, conlleva comprobar nuestra motivación profesional, comprometernos con la elaboración de nuestros duelos y pérdidas, así como cuestionarnos sobre nuestra propia visión de la finitud. Las organizaciones e instituciones sanitarias también tienen su papel en humanizar el cuidado, empezando por cuidar a sus profesionales.

ACOMPAÑAMIENTO ESPIRITUAL: MÁS ALLÁ DEL MODELO BIOMÉDICO

La profundización en los aspectos espirituales de la persona debe ser una invitación y estar ajustada a la necesidad de quien acompañamos, y no a la nuestra propia. En este sentido es fundamental facilitar que el/la paciente narre su vida en sus propios términos, y acompañarlo/la a identificar en su discurso, lo que es realmente importante para él o ella.

Son muchas las herramientas existentes para la detección de necesidades espirituales, algunas de ellas exploran además sus recursos[14-16]. Son pocas las herramientas que sugieren elementos concretos en lo referente a cómo hacer el acompañamiento espiritual[17-19]. En este sentido, algunos modelos psicoterapéuticos pueden ser de ayuda para este proceso. Estos modelos de acompañamiento en la enfermedad avanzada o el final de la vida buscan brindarnos estrategias para el acercamiento a una persona que se enfrenta a un territorio desconocido, lleno de incertidumbre, en el que se siente amenazada y a veces abandonada. Como profesionales que acompañamos somos facilitadores, no artífices del proceso ni responsables de su desarrollo. El recorrido dependerá del potencial y posibilidades de despliegue propios de la persona.

Aquí podemos citar los modelos de Breitbart[20] y Chochinov[21], las aportaciones de Shane Sinclair[22], la terapia Gestalt[23] o las terapias cognitivo-comportamentales de tercera generación, como la terapia de aceptación y compromiso[24] .

La psicoterapia centrada en el sentido de Breitbart se basa en los postulados de Viktor Frankl sobre el sentido y su objetivo es estimular al paciente mediante ejercicios experienciales y de reflexión a la búsqueda de este a través de actitudes, experiencias, revisión vital y elaboración de su propio legado. La terapia de la dignidad propuesta por Chochinov postula que el sentido de dignidad de la persona se ve amenazado por la enfermedad avanzada, pudiendo repercutir en la pérdida del sentido de la vida, la desesperanza o incluso en el desarrollo de trastornos psicopatológicos. Ese marco conceptual y de intervención clínica describe los diversos elementos y las circunstancias que pueden amenazar o ayudar a preservar dicho sentido de dignidad.

También es interesante mencionar un estudio de investigación cualitativo-etnográfico desarrollado por Sinclair y sus colaboradores, que exploró, mediante entrevistas semiestructuradas, el cuidado espiritual en final de vida brindado por profesionales canadienses. Este grupo identificó cinco habilidades de cabecera que consideraban esenciales: escuchar, ver, hablar, tocar y la presencia.

Por su parte, la terapia Gestalt y la Terapia de Aceptación y Compromiso son 2 enfoques que, desde marcos teóricos distintos, comparten una comprensión profunda del sufrimiento

humano y de los procesos de crecimiento que pueden emerger a través de él.

La terapia Gestalt, desarrollada entre otros autores por Fritz Perls y sus colaboradores, pone el acento no solo en la conciencia del momento presente, sino especialmente en la autenticidad del contacto con el otro como parte del proceso de integración de la experiencia. En el ámbito clínico de los cuidados paliativos, su perspectiva fenomenológica y existencial la convierte en un enfoque particularmente valioso, ya que permite acompañar a las personas en el reconocimiento y expresión de sus emociones, así como en la posibilidad de cerrar ciclos vitales con mayor sentido y coherencia interna. Desde esta perspectiva, el sufrimiento se comprende como una experiencia que emerge en el campo relacional y que puede transformarse a través del contacto y la toma de consciencia. En este modelo, el terapeuta actúa como un testigo presente que facilita el proceso sin imponer interpretaciones, ayudando al paciente a sostener la experiencia del "aquí y ahora"[25].

La Terapia de Aceptación y Compromiso, una de las llamadas terapias de tercera generación dentro del modelo cognitivo-conductual, se centra fundamentalmente en promover la flexibilidad psicológica, desarrollando la capacidad de aceptar las experiencias internas difíciles como el dolor o el miedo y al mismo tiempo, comprometerse con acciones coherentes con los valores personales[26]. En cuidados paliativos, este enfoque ofrece herramientas concretas para acompañar la aceptación del sufrimiento inevitable, ayudando a la persona a mantener una vida significativa dentro de sus circunstancias actuales[27].

Cabe mencionar también las terapias creativas artísticas que, en palabras de Kearney y Weininger[28], "llevan la atención al alma". Como disciplinas integradoras y holísticas, proponen el uso de los lenguajes no verbales del arte (principalmente el visual para la arteterapia y el auditivo para la musicoterapia) para facilitar las conexiones sanadoras, con estimulaciones a nivel sensorial, emocional y simbólico.

Todos estos modelos convergen en una ética del acompañamiento que prioriza la presencia consciente, la aceptación de la experiencia y el respeto por los tiempos y el proceso del paciente. Más que buscar la supresión del sufrimiento, invitan a una relación lúcida y compasiva con lo que acontece, abriendo espacio a una vivencia de plenitud posible incluso en la vulnerabilidad.

En nuestro entorno más próximo, el Grupo de Espiritualidad de SECPAL propuso y validó el "Cuestionario de evaluación de recursos y necesidades espirituales"[29] que evalúa necesidades y explora recursos espirituales tanto en lo intra, inter y transpersonal[30]. Este cuestionario está dirigido a personas mayores de edad con diagnóstico de enfermedad avanzada de acuerdo a criterios OMS–SECPAL. Algo especialmente importante a tener en cuenta es que la persona sea consciente de su situación diagnóstica y pronóstica y haya expresado posibilidad de fallecer en algún momento.

En él se proponen preguntas abiertas iniciales como *¿Qué es lo que más le preocupa? ¿Qué es lo que más le molesta? ¿Qué le brinda seguridad?* entre otras.

El cuestionario en sí mismo consta de 8 afirmaciones donde la persona valora cómo se siente de identificada con ellas. Las afirmaciones buscan promover el diálogo, la reflexión y profundización en aspectos existenciales de la persona. Estas afirmaciones son:

1. Revisando mi vida me siento satisfecho con lo que he vivido y conmigo mismo (intrapersonal).
2. He hecho en mi vida lo que sentía que tenía que hacer (intrapersonal).
3. Encuentro sentido a mi vida (intrapersonal).
4. Me siento querido por las personas que me importan (interpersonal).
5. Me siento en paz y reconciliado con los demás (interpersonal).
6. Creo que he podido aportar algo valioso a la vida o a los demás (intrapersonal).
7. A pesar de mi enfermedad, mantengo la esperanza de que sucedan cosas positivas (transpersonal).
8. Me siento conectado con una realidad superior: la naturaleza, Dios, etc. (transpersonal).

Es crucial recalcar que la aplicación del Cuestionario GES requiere profesionales con experiencia que conozcan el modelo antropológico que lo sustenta y que hayan establecido una relación empática y de confianza con la persona enferma.

Es importante conocer estos instrumentos de acercamiento a la vivencia de la persona, no obstante, estos modelos de acompañamiento carecen de utilidad si no hemos desarrollado las actitudes mencionadas y no tenemos una real conexión con nuestra propia fuente de armonía y confianza; en definitiva, con nuestra propia espiritualidad[31].

Insistimos en la idea de que somos la principal herramienta de acompañamiento[32] y la calidad de este dependerá de esa congruencia que permite conjugar los verbos "ser" y "estar". Estar con la persona que sufre, siendo uno mismo. Porque acompañar, desde la perspectiva que venimos desarrollando en estos artículos, es la práctica de reconocer, acoger y dar espacio al diálogo interior de la persona que sufre, para que ella misma pueda dar voz a sus preguntas y dar vida a sus respuestas. Es decir, favorecer la toma de conciencia del anhelo y la búsqueda interior inherentes al ser humano. Se trata de un abordaje profesional y ético orientado a facilitar la reconexión con dimensiones profundas de identidad, sentido y dignidad personal, promoviendo procesos de integración y bienestar.

Esta relación peculiar precisa de la creación de un vínculo de confianza basado en la simetría moral y donde la propia persona del/la profesional es la herramienta fundamental. Se trata de un camino en el que la persona acompañada y el/la profesional inician un proceso donde ambos son protagonistas. La persona enferma es quien marca el ritmo, quien vive y sufre en primera persona y el/la profesional se aproxima desde la serenidad que le aporta su conexión y su experiencia de acompañamientos previos.

RETOS Y FUTURAS DIRECCIONES

A pesar de los importantes avances en la difusión del modelo de atención espiritual, la realidad es que el acompañamiento espiritual aún no constituye una práctica sistematizada en los equipos de cuidados paliativos en España. Una mayoría de profesionales reconocen su importancia (un 94,2 % en un estudio de 2011)[33], pero menos de la mitad siente que su equipo la considera o dispone de documentación específica para explorarla. Aún persiste la tendencia a equiparar espiritualidad y religión, y existe una clara falta de preparación y formación específica en este ámbito[34].

Asimismo, será necesario avanzar en el desarrollo de indicadores de calidad en atención espiritual que permitan evaluar su impacto en variables clínicas relevantes, como el sufrimiento

existencial, la calidad de vida o la satisfacción del paciente y su familia. La integración efectiva de la atención espiritual requerirá su incorporación en modelos asistenciales y su desarrollo en líneas de investigación específicas.

Nos quedan aún retos importantes:

- La incorporación de la atención espiritual en la formación de todo profesional sanitario, no solo como un añadido, sino como parte integral de la competencia clínica.
- La clarificación terminológica y la normalización de los contenidos terapéuticos vinculados a la espiritualidad en las sesiones clínicas habituales.
- El desarrollo de registros asistenciales que permitan la evaluación y documentación sistemática de la atención espiritual en la práctica clínica.

El acompañamiento espiritual no es solo una responsabilidad profesional, sino una profunda oportunidad de transformación personal y profesional. Estar abierto/a a ella y a la sanación recíproca que ocurre en la relación terapéutica nos permitirá no solo ser mejores profesionales, sino también encontrar mayor sentido y satisfacción en nuestra labor. Es el privilegio —y también la responsabilidad— de acompañar a otro ser humano en el umbral donde la vida se revela en su forma más esencial. El privilegio de asomarse al borde mismo del misterio.

REFERENCIAS

1. Benito E, Dones M, Jiménez E, Fornells H, Nabal M. El acompañamiento espiritual en la clínica (I): Bases para su integración en cuidados paliativos. Med Paliat. 2025;32:39-44.
2. Nabal-Vicuña M, Mindeguia M, Barbero-Gutierrez J, Benito-Oliver E. El acompañamiento espiritual en clínica (II): Claves para entender y atender el sufrimiento en clínica. Med Paliat. 2025;32:94-9.
3. Clark D. 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. Soc Sci Med. 1999;49:727-36.
4. Benito Oliver E, Maté Méndez J, Pascual López A. Estrategias para la detección, exploración y atención del sufrimiento en el paciente. FMC. 2011;18:392-400.
5. Young P, Finn BC, Bruetman JE, Emery JDC, Buzzi A. William Osler: el hombre y sus descripciones. Rev Med Chile 2012;140:1218-27.
6. Puchalski CM, Guenther M. Restoration and re-creation: Spirituality in the lives of healthcare professionals. Curr Opin Support Palliat Care. 2012;6:254-8.
7. Barbero Gutiérrez J, Esperón Rodríguez I. Las actitudes como herramientas claves para el acompañamiento. En: Benito E, Barbero J, Dones M, editores. Espiritualidad en clínica Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Monografía SECPAL, nº 6, 2014.
8. Torralba F. Sobre la hospitalidad: extraños y vulnerables como tú. Madrid: Ed. PPC;2003.
9. Benito E, Mindeguía M. La presencia. El poder terapéutico de habitar el presente en la práctica clínica. Psicooncología. 2021;18:371-85.
10. Kearney M. Mortally wounded: Stories of soul pain, death and healing. New York: Scribner; 1996.
11. Cavallé M. El arte de ser. Barcelona: Editorial Kairós SA; 2017.
12. Porges SW. Guía de bolsillo de la teoría polivagal: el poder transformador de sentirse seguro. Barcelona: Editorial Eleftheria Sl Sitjes; 2018.
13. Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E. Palliative care professionals' inner life: Exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. Pain Symptom Manage 2015;50:200-7.
14. Galiana L, Olivera A, Gomis C, Barbero J, Benito E. Cuestionarios de evaluación e intervención espiritual en cuidados paliativos: una revisión crítica. Med Paliat. 2014;21: 62-74.
15. Balboni TA, Fitchett G, Handzo GF, Johnson KS, Koenig HG, Pargament KI, et al. State of the science of spirituality and palliative care. Research part II: Screening, assessment, and interventions. J Pain Symptom Manage. 2017;54:441-53.
16. Monod S, Martin E, Spencer B, Rochat E, Büla C. Validation of the spiritual distress assessment tool in older hospitalized patients. BMC Geriatr. 2012;12:13.
17. Shields M, Kestenbaum A, Dunn LB. Spiritual AIM and the work of the chaplain: A model for assessing spiritual needs and outcomes in relationship. Palliat Support Care. 2015;13:75-89.
18. Hui D, de la Cruz M, Thorney S, Parsons HA, Delgado-Guay M, Bruera E. The frequency and correlates of spiritual distress among patients with advanced cancer admitted to an acute palliative care unit. Am J Hosp Palliat Care. 2011;28:264-70.
19. Monod S, Rochat E, Bula C, Spencer B. The spiritual needs model: Spirituality assessment in the geriatric hospital settting. J Religion Spirituality Aging. 2010;22:271-82.
20. Breitbart W. Spirituality and meaning in supportive care: Spirituality- and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. Support Care Cancer. 2002:10:272-80.
21. Chochinov HM, Hack T, McClement S, Kristjanson L, Harlos M. Dignity in the terminally ill: A developing empirical model. Soc Sci Med. 2002;54:433-43.
22. Sinclair S, Bouchal SR, Chochinov H, Hagen N, Mc Clement S. Spiritual care: How to do it. BMJ Support Palliat Care 2012;2: 319-27.
23. Perls F. Sueños y existencia: terapia gestáltica. Buenos Aires: Editorial Cuatro Vientos; 1974.
24. Gómez J, Maté J. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Intervención en el acompañamiento. En: Benito E, Barbero J, Dones M, editores. Espiritualidad en clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Monografía SECPAL, nº6, 2014;9:99-107.
25. Perls FS, Hefferline RF, Goodman P. Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality. New York: Julian Press; 1951.
26. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2012.
27. Gibson Watt T, Gillanders D, Spiller JA, Finucane AM. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for people with advanced progressive illness, their caregivers and staff involved in their care: A scoping review. Palliat Med. 2023;37:1100-28.
28. Kearney M, Weininger R. Care of the soul. En: Cobb MR, Puchalski CM, Rumbold B, editores. Oxford textbook of spirituality in healthcare. New York: Oxford University Press; 2012. pp. 273-8.
29. Benito E, Oliver A, Galiana L, Barreto P, Pascual A, Gomis C, et al. Development and validation of a new tool for the evaluation and spiritual care of patients in palliative care. J Pain Symptom Manage. 2014;471008-18.
30. Galiana L, Oliver A, Barreto P. Recursos en evaluación y acompañamiento espiritual. Revisión de medidas y presentación del cuestionario GES. En: Benito E, Barbero J, Dones M, editores. Espiritualidad en clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Monografía SECPAL, nº6, 2014;11:131-45.
31. Benito E, Barbero J, Dones M, Gómez J. Modelo de acompañamiento espiritual. Propuesta del grupo de trabajo de espiritualidad SECPAL. En: Benito E, Barbero J, Dones M, editores. Espiritualidad en clínica. Una propuesta de evaluación y acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Monografía SECPAL, nº6, 2014; 22: 271-80.
32. Benito E, DonesM, Barbero J. El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Psicooncología. 2016;13: 367-84.
33. Dones Sánchez M, Collette Bimbaumb N, Barbero Gutierrez J, Gomis Bofill C, Balbuena Mora-Figueroa 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.
34. Donés Sánchez M, Sansó Martínez N, Fernández I, Gomis-Bofill C, Collette Birnbaum N, Busquet-Durán X, et al. El acompañamiento espiritual en los equipos de cuidados paliativos de España: ¿cuál es la percepción de los profesionales? Med Paliat. 2024;31:63-71.