DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA HUMANA, MEDICINA LEGAL E HISTORIA DE LA CIENCIA

PROGRAMA DE DOCTORADO DE BIOMEDICINA, INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL Y NUEVAS TECNOLOGÍAS EN SALUD

FACULTAD DE MEDICINA

DIRECTORA: PROF. DRA. LETICIA OLGA RUBIO LAMIA

TUTOR: PROF. DR. IGNACIO SANTOS AMAYA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

TESIS DOCTORAL

Nivel de Conocimiento en Cuidados Paliativos de Médicos y Enfermeras: Validación Transcultural de una Herramienta de Evaluación

Mónica López García

Málaga, 2021

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

AUTOR: Mónica López García

https://orcid.org/0000-0002-2565-5789

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode
Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización
pero con el reconocimiento y atribución de los autores.
No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR

D./Dña MÓNICA LÓPEZ GARCÍA
Estudiante del programa de doctorado BIOMEDICINA, INVESTIGACIÓNTRASLACIONAL Y NUEVAS TECNOLOGÍAS EN SALUD de la Universidad de Málaga, autor/a de la tesis, presentada para la obtención del título de doctor por la Universidad de Málaga, titulada: NIVEL DE CONOCIMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS DE MÉDICOS Y ENFERMERAS DEL NIVEL BÁSICO DE ATENCIÓN SANITARIA: VALIDACIÓN TRANSCULTURAL DE UNA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN

Realizada bajo la tutorización de D. IGNACIO MIGUEL SANTOS AMAYA y dirección de DÑA. LETICIA OLGA RUBIO LAMIA (si tuviera varios directores deberá hacer constar el nombre de todos)

DECLARO QUE:

La tesis presentada es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, conforme al ordenamiento jurídico vigente (Real Decreto Legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo.

Igualmente asumo, ante a la Universidad de Málaga y ante cualquier otra instancia, la responsabilidad que pudiera derivarse en caso de plagio de contenidos en la tesis presentada, conforme al ordenamiento jurídico vigente.

En Málaga, a 12 de NOVIEMBRE de 2021

Fdo.: MÓNICA LÓPEZ GARCÍA Doctorando/a	Tutor/a

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Fdo.: LETICIA OLGA RUBIO LAMIA
Director/es de tesis

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Edificio Pabellón de Gobierno. Campus El Ejido. 29071
Tel.: 952 13 10 28 / 952 13 14 61 / 952 13 71 10
E-mail: doctorado@uma.es

Dª LETICIA OLGA RUBIO LAMIA,

Profesora Contratada Doctora adscrita al Área de Medicina Legal y Forense de la Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga

CERTIFICA Que Dª. MÓNICA LÓPEZ GARCÍA

ha obtenido y estudiado personalmente bajo mi dirección los datos clínicos necesarios para la realización de su Tesis Doctoral, titulada: "NIVEL DE CONOCIMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMEROS Y MÉDICOS DEL NIVEL BÁSICO DE ATENCIÓN SANITARIA: VALIDACIÓN TRANSCULTURAL DE UNA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN", que considero tiene el contenido y rigor científico necesario para ser sometido al superior juicio de la Comisión que nombre la Universidad de Málaga para optar a grado de Doctor.

Y para que conste, en cumplimiento de las disposiciones vigentes, expido el presente certificado en

Málaga, a 12 de noviembre de dos mil veintiuno.

Dra. Leticia Olga R.

Directora

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

D. IGNACIO MIGUEL SANTOS AMAYA,

Profesora Titular adscrito al Área de Medicina Legal y Forense de la Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga

CERTIFICA Que Dª. MÓNICA LÓPEZ GARCÍA

ha obtenido y estudiado personalmente bajo mi dirección los datos clínicos necesarios para la realización de su Tesis Doctoral, titulada: "NIVEL DE CONOCIMIENTO EN CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMEROS Y MÉDICOS DEL NIVEL BÁSICO DE ATENCIÓN SANITARIA: VALIDACIÓN TRANSCULTURAL DE UNA HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN", que considero tiene el contenido y rigor científico necesario para ser sometido al superior juicio de la Comisión que nombre la Universidad de Málaga para optar a grado de Doctor.

Y para que conste, en cumplimiento de las disposiciones vigentes, expido el presente certificado en

Málaga, a 12 de noviembre de dos mil veintiuno.

Dr. Ignacio Miguel Santos Amaya

Tutor

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

A mis padres

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

AGRADECIMIENTOS

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

GRACIAS,

A la profesora Leticia Rubio, por su capacidad docente que me ha permitido adquirir el conocimiento de la metodología de la investigación y más importante aún, las actitudes necesarias para trabajar en la investigación médica, cómo son la curiosidad, la honestidad, la flexibilidad, la persistencia, el juicio crítico, la tolerancia, la reflexión y la disposición para el trabajo en equipo, además de otra lista de habilidades que me ha ido enseñando en estos cuatro años. Gracias por su dedicación plena a mi tutorización, y a la dirección de la presente tesis doctoral.

A cada una de las personas que conforman la Fundación Cudeca, por darme a conocer los Cuidados Paliativos hace quince años y poder seguir dedicando mi labor asistencial, docente e investigadora con ellos.

A cada uno de los pacientes a los que he acompañado al final de sus vidas y sus familiares, por la confianza que me han mostrado y por tanto que he aprendido y sigo aprendiendo de ellos.

A mis padres, Blas y Ana, por toda una vida dedicada a mi educación y formación cómo persona.

A mi marido, Fernando y a mis hijos, Claudia, Jimena, Ana y Fernando, por su alegría y amor que me hacen vivir intensamente cada día cómo si fuera el último.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

DIVULGACIÓN CIENTÍFICA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Los siguientes artículos de investigación científica se han realizado para divulgar parte de los resultados de esta tesis doctoral y a su vez la avalan:

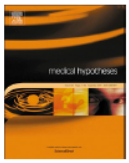
Rubio L, López-García M, Gaitán-Arroyo MJ, Martin-Martin J, Santos-Amaya I. Palliative care undergraduate education: Do medical and nursing students need more skills in ethical and legal issues? Med Hypotheses. 2020 Sep;142:110138. doi: 10.1016/j.mehy.2020.110138. Epub 2020 Jul 26. PMID: 32739605.

Medical Hypotheses 142 (2020) 110138

Contents lists available at ScienceDirect

Medical Hypotheses

journal homepage: www.elsevier.com/locate/mehy



Palliative care undergraduate education: Do medical and nursing students need more skills in ethical and legal issues?

Leticia Rubio[a], Mónica López-García[a,b], María J. Gaitán-Arroyo[a], Jaime Martin-Martin[a,c,*], Ignacio Santos-Amaya[a]

[a] Department of Human Anatomy, Legal Medicine and History of Science. Area of Legal and Forensic Medicine, University of Malaga, Spain
[b] Fundación CUDECA Cuidados Paliativos. Cudeca Hospice. IBIMA CA-15, Spain
[c] Biomedical Research Institute of Malaga (IBIMA), Clinometric Group (F-14), Spain

ARTICLE INFO

Keywords:
Education
Medical
Undergraduate
Nursing
Ethical
Legal
Palliative care
Skills

ABSTRACT

This study aimed to analyze the schools that teach ethical and legal aspects within the subject of palliative care in the degrees of medicine and nursing in Spain. Material and Methods: Descriptive Analysis of the palliative care subject and their ethical and legal curricular competencies in the Spanish Nursing and Physicians undergraduate. The training received in legal ethical aspects related to palliative care was compared with the criteria established by the European Association for Palliative Care (EAPC). Data sources: The National Conference of Nursing Deans, The National Conference of Spanish Medical Faculty Deans and The Ministry of Science, Innovation, and Universities databases were searched. Results: Twenty-one universities have an undergraduate in medicine with palliative care in their curricular training explicitly. The degree in nursing is present in fifty-six universities, palliative care is present in 62.5% of the cases. The degrees of nursing and medicine receive approximately the same level of training in ethical and legal aspects of palliative care. Conclusion: The specific training received in ethical and legal issues of palliative care must be improved in medical and nursing to meet the EAPC levels.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

López-García M, Rubio L, Gomez-Garcia R, Sanchez-Sanchez F, Miyashita M, Medina-Abellan MD, Perez-Carceles MD. Palliative care knowledge test for nurses and physicians: validation and cross-cultural adaptation. BMJ Support Palliat Care. 2020 Apr 22:bmjspcare-2019-002182. doi: 10.1136/bmjspcare-2019-002182. Epub ahead of print. PMID: 32321727.

Original research

Palliative care knowledge test for nurses and physicians: validation and cross-cultural adaptation

Monica Lopez-Garcia,[1,2,3] Leticia Rubio [3], Rafael Gomez-Garcia,[1,2] Fuensanta Sanchez-Sanchez,[4] Mitsunori Miyashita [5], Maria Dolores Medina-Abellan,[6] Maria D. Perez-Carceles [7]

[1]Fundación Cudeca, CUDECA, Benalmadena, Spain
[2]Biomedical Research Institute of Malaga (IBIMA), University of Malaga, Malaga, Spain
[3]Department of Human Anatomy, Legal and Forensic Medicine, Universidad de Malaga, Malaga, Spain
[4]Coordination Unit for Palliative Care, Health Service, Murcia, Spain
[5]Department of Palliative Nursing, Health Sciences, Tohoku University Graduate School of Medicine, Sendai, Japan
[6]Health Center in Espinardo, Health Service, Murcia, Spain
[7]Department of Legal and Forensic Medicine, Faculty of Medicine, Biomedical Research Institute (IMIB-Arrixaca), University of Murcia, Murcia, Spain

Correspondence to
Dr Leticia Rubio, Department of Human Anatomy, Legal and Forensic Medicine, Universidad de Malaga, Malaga, Spain; lorubio@uma.es

Received 2 January 2020
Revised 24 February 2020
Accepted 4 April 2020

Check for updates

© Author(s) (or their employer(s)) 2020. No commercial re-use. See rights and permissions. Published by BMJ.

To cite: Lopez-Garcia M, Rubio L, Gomez-Garcia R, *et al*. *BMJ Supportive & Palliative Care* Epub ahead of print: [please include Day Month Year]. doi:10.1136/bmjspcare-2019-002182

ABSTRACT

Background Palliative care knowledge is essential in primary healthcare due to the increasing number of patients who require attention in the final stage of their life. Health professionals (physicians and nurses) need to acquire specific knowledge and abilities to provide high-quality palliative care. The development of education programmes in palliative care is necessary. The Palliative Care Knowledge Test (PCKT) is a questionnaire that evaluates the basic knowledge about palliative care, but it has not been adapted into Spanish, and its effectiveness and utility for Spanish culture have not been analysed.

Objective The aim of this study was to report the translation into Spanish and a psychometric analysis of the PCKT.

Methods The questionnaire survey was validated with a group of 561 physicians and nurses. The PCKT Spanish Version (PCKT-SV) was obtained from a process, including translation, back translation and revision by experts and a pilot study. The content validity and reliability of the questionnaire were analysed.

Results The results showed internal consistency and reliability indexes similar to those obtained by the original version of PCKT.

Conclusion The PCKT-SV is a useful instrument for measuring Spanish-speaking physician and nurse knowledge of palliative care, and it is suitable to evaluate the effectiveness of training activities in palliative care.

INTRODUCTION

Palliative care is defined by WHO as 'the approach that improves the quality of life of patients and families facing problems associated with life-threatening diseases, through the prevention and relief of suffering, through early treatment and the impeccable assessment and treatment of pain and other psychological and spiritual problems'.[1]

In 2008, the European Parliament highlighted the need to develop specific palliative care plans in the countries belonging to the European Union to guarantee accessibility to palliative care services, ensure the efficient use of the resources and promote the training of professionals through university curricula and continuous postgraduate training.[2]

The greatest providers of palliative care are primary care professionals as the basic level of care, and they will seek the assistance of advanced palliative care resources depending on the level of complexity of each situation. Therefore, health professionals (physicians and nurses) and psychological professionals (psychologists and social workers) at the primary health level require a proper training in palliative care.[3 4]

The European Association for Palliative Care considers the education and training of health professionals to be essential for the promotion and spread of palliative care. In 2004, a set of recommendations for the training of nurses in palliative care was produced. In 2007, the 'Palliative Care Syllabus for the Training of Undergraduate Physicians' was published. In 2010, a report was drawn up for the 'Development of the Specialty in Palliative Medicine'.[5]

There is an absence of a validated tool for the study of competencies in palliative care knowledge for physicians.[6 7] The Palliative Care Knowledge Test (PCKT), developed by Nakazawa *et al* from the University of Tokyo, is a self-administered test comprising 20 multiple-choice items that evaluate aspects of palliative care for physicians and nurses.[8] This tool was designed based on five domains, including

BMJ Support Palliat Care: first published as 10.1136/bmjspcare-2019-002182 on 22 April 2020. Downloaded from http://spcare.bmj.com/ on April 23, 2020 by guest. Protected by copyright.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Martín-Martín J, López-García M, Medina-Abellán MD, Beltrán-Aroca CM, Martín-de-las-Heras S, Rubio L, et al. Physicians' and Nurses' Knowledge in Palliative Care: Multidimensional Regression Models. International Journal of Environmental Research and Public Health [Internet] 2021;18(9):5031. Available from: http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18095031

International Journal of *Environmental Research and Public Health*

MDPI

Article

Physicians' and Nurses' Knowledge in Palliative Care: Multidimensional Regression Models

Jaime Martín-Martín [1,†], Mónica López-García [1,2,†], María Dolores Medina-Abellán [3], Cristina María Beltrán-Aroca [4], Stella Martín-de-las-Heras [1], Leticia Rubio [1,*] and María Dolores Pérez-Cárceles [5]

1 Department of Human Anatomy and Legal Medicine, Instituto de Investigación Biomédica de Málaga (IBIMA), School of Medicine, University of Málaga, 29071 Málaga, Spain; jaimemartinmartin@uma.es (J.M.-M.); monicalopez@cudeca.org (M.L.-G.); smdelasheras@uma.es (S.M.-d.-l.-H.)
2 Fundación CUDECA, Benalmádena, 29631 Málaga, Spain
3 Health Center in Espinardo, Health Service, 30100 Murcia, Spain; medinaabellan@hotmail.com
4 Sección de Medicina Legal y Forense, Facultad de Medicina y Enfermería, Universidad de Córdoba, 14004 Córdoba, Spain; cristinabeltran@uco.es
5 Department of Legal and Forensic Medicine, School of Medicine, Biomedical Research Institute (IMIB-Arrixaca), University of Murcia, 30100 Murcia, Spain; mdperez@um.es
* Correspondence: lorubio@uma.es; Tel.: +34-952131602
† Equal Contribution.

check for updates

Citation: Martín-Martín, J.; López-García, M.; Medina-Abellán, M.D.; Beltrán-Aroca, C.M.; Martín-de-las-Heras, S.; Rubio, L.; Pérez-Cárceles, M.D. Physicians' and Nurses' Knowledge in Palliative Care: Multidimensional Regression Models. *Int. J. Environ. Res. Public Health* **2021**, *18*, 5031. https://doi.org/10.3390/ijerph18095031

Academic Editor: Paul B. Tchounwou

Received: 4 April 2021
Accepted: 7 May 2021
Published: 10 May 2021

Abstract: The increase in life expectancy has led to a growth in the number of people in need of palliative care. Health professionals must possess appropriate knowledge and skills. This study aimed to assess knowledge in palliative care through the Palliative Care Knowledge Test Spanish Version (PCKT-SV)®. A cross-sectional analytical study was conducted in 40 primary care health services. A total of 600 PCKT-SV questionnaires were distributed among health professionals; 561 of them (226 nurses and 335 physicians) were properly filled up. Sociodemographic information, education, and work experience were also recorded. A total of 34.41% of the nurses and 67.40% of the physicians showed good or excellent knowledge of palliative care. Physicians' scores for pain, dyspnea, and psychiatric disorders were higher than those of the nurses. Nurses scored significantly better in philosophy. Professionals with continuous training in palliative care showed a higher level of knowledge. Age and work experience of physicians and undergraduate training in nurses had significant weight in knowledge. Developing continuous training and enhancing undergraduate training in palliative care will lead to improved patient care at the end of life.

Keywords: knowledge; education; Palliative Care Knowledge Test Spanish Version (PCKT-SV); physician; nurse; palliative care; legal medicine

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Las siguientes comunicaciones a congresos se han realizado para divulgar parte de los resultados de esta tesis doctoral y a su vez la avalan:

XXIV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EDUCACIÓN MÉDICA Y V CONGRESO HISPANO-LUSO

Salamanca, 6 al 8 de noviembre 2019

Certificado de Participación

El Comité Científico del **"XXIV Congreso Nacional de Educación Médica y V Congreso Hispano-Luso", certifica** que el poster:

Educación en cuidados paliativos en pregrado: cuestionario de conocimientos.
Martín Martín L., López García M., Solano Jiménez L., Rubio Lamia L.
Universidad de Málaga.

ha sido presentado en el mencionado Congreso, celebrado en **Salamanca, del 6 al 8 de Noviembre de 2019.**

En Salamanca, a 8 de Noviembre de 2019

Jesús Millán Núñez-Cortés
Presidente del Comité Científico

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

XXIV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EDUCACIÓN MÉDICA Y V CONGRESO HISPANO-LUSO

Salamanca, 6 al 8 de noviembre 2019

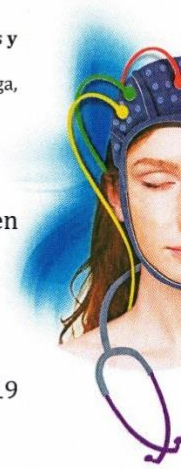
Certificado de Participación

El Comité Científico del **"XXIV Congreso Nacional de Educación Médica y V Congreso Hispano-Luso", certifica** que el poster:

Los estudiantes de medicina necesitan mayor formación curricular en los asuntos éticos y legales de los cuidados paliativos.

Martín Martín Jaime, López García Mónica, Gaitán Arroyo María Jesús, Rubio Lamia Leticia Olga, Santos Amaya Ignacio.

Universidad de Málaga.



ha sido presentado en el mencionado Congreso, celebrado en **Salamanca, del 6 al 8 de Noviembre de 2019.**

En Salamanca, a 8 de Noviembre de 2019

Jesús Millán Núñez-Cortés
Presidente del Comité Científico

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

El certificado de inscripciones declarativas de derechos de autoría del Cuestionario PCKT- SV en el Registro de la Propiedad Intelectual:

safecreative REGISTRO DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Certificado de inscripciones declarativas de derechos

Safe Creative certifica que, a 29-ene-2021 a las 10:02 UTC, consta la siguiente información en el registro electrónico de propiedad intelectual

Título de la obra: "Cuestionario PCKT SV"
Identificador: 2010305757750

Prueba de la obra:
Realizada el 30-oct-2020 14:06 UTC a instancia de: Universidad de Málaga ("el poseedor")
Que demuestra la posesión del archivo digital aportado por el poseedor en la fecha indicada, a los efectos protección y defensa de derechos de propiedad intelectual sobre el principio "Prior tempore, potior iure".

Inscripciones declarativas de derechos:

Fecha-hora	Derechos de	Titular	%	Desde	Hasta	Ámbito territorial	Ámbito de explotación
30-oct-2020 14:07	Autor	Leticia Olga Rubio Lamia	35.00	–	–	–	–
30-oct-2020 14:07	Autor	Mónica López García	30.00	–	–	–	–
30-oct-2020 14:08	Autor	María Dolores Pérez Cárceles	35.00	–	–	–	–
30-oct-2020 14:10	Derechos de explotación, incluyendo comunicación, distribución, reproducción y transformación	Universidad de Málaga	35.00	–	–	Todo el mundo	Todos los ámbitos de explotación
30-oct-2020 14:11	Derechos de explotación, incluyendo comunicación, distribución, reproducción y transformación	Fundación CUDECA	30.00	–	–	Todo el mundo	Todos los ámbitos de explotación

Código de verificación: 2010305757750-3YQ54L https://www.safecreative.org/certificate

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

ÍNDICE

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

ÍNDICE

1- INTRODUCCIÓN 26

1.1- CUIDADOS PALIATIVOS: DEFINICIÓN, PRINCIPIOS DE LOS CUIDADOS, RECUERDO HISTÓRICO Y MARCO NORMATIVO 26

1.2- PLAN NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS 34

1.3- FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS 39

1.3.1- Formación en medicina paliativa en el Grado de Medicina 40

1.3.2- Formación en cuidados paliativos en postgrado 55

1.3.3- Formación en cuidados paliativos en otros grados: Enfermería 61

1.4- HERRAMIENTAS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS 66

1.4.1- Herramientas que evalúan conocimientos en Cuidados Paliativos 71

1- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS 76

2.1- Justificación 76

2.2- Hipótesis 77

2.3- Objetivos 77

2.3.1- Objetivo General 77

2.3.2- Objetivos Específicos 78

2- MATERIAL Y MÉTODOS 81

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

1ª Fase: Analizar los conocimientos en Cuidados Paliativos en estudiantes de último curso del Grado en Medicina: *Estudio descriptivo del conocimiento en cuidados paliativos en estudiantes de medicina de pregrado.* 81

1.1.- Diseño del estudio 81

1.2.- Participantes 81

1.3.- Instrumentos 83

1.4.- Análisis estadístico 83

1.5.- Consideraciones Éticas 84

2ª Fase: Adaptar y validar transculturalmente al castellano la herramienta de conocimiento en CP de Nakazawa y colaboradores[129] y analizar los conocimientos en cuidados paliativos en postgraduados en Medicina y Enfermería: *Desarrollo del instrumento Palliative Care Knowledge Test Spanish Version (PCKT-SV)* 84

2.1. Diseño del estudio 84

2.1.1- Traducción, adaptación transcultural y proceso de validación 85

2.1.2-Traducción al español 85

2.1.3.- Análisis por grupo de expertos 86

2.1.4.- Estudio piloto 87

2.1.5-Traducción y adaptación intercultural 87

2.1.6- Análisis psicométrico 87

2.2. Participantes 88

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

2.3. Instrumento 90

2.4. Análisis estadístico 91

2.4.1- Validación de la herramienta. 91

2.4.2- Análisis descriptivo de la muestra. 92

2.5. Consideraciones éticas 93

3- RESULTADOS **96**

4.1- CONOCIMIENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN PREGRADO 96

4.2- ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN TRANSCULTURAL DEL PCKT DE NAKAZAWA Y COLABORADORES (2009) 102

4.2.1- Participantes 102

4.2.2- Traducción y adaptación intercultural 104

4.2.3- Análisis psicométrico 106

4.3 - DESARROLLO DESCRIPTIVO DEL ESTUDIO 106

5- DISCUSIÓN **142**

5.1- En relación con los conocimientos en Cuidados Paliativos en estudiantes de Pregrado 142

5.2- En relación con la adaptación transcultural y validación de la herramienta PCKT-SV 146

5.3- En relación con el estudio descriptivo del conocimiento en cuidados paliativos en médicos y enfermeros 159

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

5.4- Limitaciones del Estudio 177

6- CONCLUSIONES **182**

7- BIBLIOGRAFÍA **186**

8- ANEXOS **214**

ANEXO 1: Encuesta de conocimientos sobre cuidados paliativos (adaptación para estudiantes de pregrado del PCKT): **214**

ANEXO 2: Encuesta de conocimientos sobre cuidados paliativos PCKT-SV: **222**

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

INTRODUCCIÓN

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

1- INTRODUCCIÓN

1.1- CUIDADOS PALIATIVOS: DEFINICIÓN, PRINCIPIOS DE LOS CUIDADOS, RECUERDO HISTÓRICO Y MARCO NORMATIVO

La asistencia socio sanitaria al paciente en situación avanzada y /o terminal ha adquirido gran relevancia durante el último siglo debido a diferentes factores que guardan una relación directamente proporcional o incluso exponencial entre sí:

- El aumento de la esperanza de vida conlleva poblaciones envejecidas en el mundo desarrollado.
- La morbilidad en estos últimos años de vida es mayor.
- El diagnóstico de cáncer y la insuficiencia de órganos ha crecido.
- La mortalidad por cáncer y enfermedades crónicas ha crecido.
- Los cambios en las estructuras familiares generan dificultades para el cuidado del paciente en situación avanzada y terminal en su domicilio.
- Los cambios socioculturales cuestionan y/o dificultan el valor del cuidado en la comunidad.
- La escasez de formación y cualificación específicamente acreditada para cuidadores formales de pacientes, junto con la escasez de recursos socioeconómicos dificultan los cuidados del paciente en su domicilio.

Cuando el final de la vida de una persona tiene su origen en una enfermedad terminal, su salud y la de su entorno se ve afectada irreversiblemente durante un periodo de tiempo de máxima vulnerabilidad, que es denominado periodo de supervivencia.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.*"[1] Esta definición data del año 1948, cuando se constató que el bienestar humano trasciende a lo puramente físico. Actualmente está reconocida como un derecho fundamental.

La enfermedad terminal arrebata a quien la padece de todos los componentes del estado de salud de manera progresiva e irreversible.

La enfermedad terminal se define como aquella que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, y que por ello conlleva a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses). La Situación Terminal de Enfermedad está caracterizada por un intenso sufrimiento y una alta demanda asistencial. Se define por la existencia de cinco características:

- Presencia de enfermedad avanzada, progresiva, incurable y sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de síntomas multifactoriales, cambiantes y de intensidad variable.
- Gran impacto emocional o sufrimiento sobre el paciente, familia y personal sanitario, en relación con la presencia de la muerte cercana.
- Pronóstico de vida limitado.
- Presencia implícita o explícita de la muerte.
- La enfermedad terminal no oncológica vendrá definida, además, por la presencia de fracaso orgánico y deterioro progresivo irreversible.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

El Cáncer, el Sida, las enfermedades de la motoneurona, la insuficiencia específica orgánica (renal, cardiaca, pulmonar, hepática, demencia…) cumplen estas características, en las etapas finales de la enfermedad[2].

Las necesidades de la persona con enfermedad terminal son atendidas en su integridad por la disciplina de los Cuidados Paliativos (CP).

Los Cuidados paliativos son definidos como[2]:

"Los Cuidados Paliativos son un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familias, de cara a los problemas asociados con una enfermedad mortal, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación precoz y la valoración y tratamiento impecables del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales".

Con el objetivo de desarrollar, de manera consensuada, una definición de CP enfocada al alivio del sufrimiento, aplicable a todos los pacientes independientemente del diagnóstico, pronóstico, ubicación geográfica, punto de atención y nivel de ingresos, la IAHPC, define de nuevo los Cuidados Paliativos[3]:

"Los cuidados paliativos son la asistencia activa, holística, de personas de todas las edades con sufrimiento severo relacionado con la salud, debido a una enfermedad grave, y especialmente de quienes están cerca del final de la vida. Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los pacientes, sus familias y sus cuidadores.

El sufrimiento está relacionado con la salud cuando está asociado con una enfermedad o lesión de cualquier tipo. El sufrimiento relacionado con la salud es grave cuando no se puede aliviar sin intervención médica y cuando compromete el funcionamiento físico, social y / o emocional.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Se entiende por enfermedad grave cualquier enfermedad y / o afección aguda o crónica que cause un impedimento significativo y pueda provocar un impedimento a largo plazo, una discapacidad y / o la muerte.

Cuidados paliativos:

− Incluyen prevención, identificación precoz, evaluación integral y control de problemas físicos, incluyendo dolor y otros síntomas angustiantes, sufrimiento psicológico, sufrimiento espiritual y necesidades sociales. Siempre que sea posible, estas intervenciones deben estar basadas en la evidencia.

− Brindan apoyo a los pacientes para ayudarlos a vivir lo mejor posible hasta la muerte, facilitando la comunicación efectiva, ayudándoles a ellos y a sus familias a determinar los objetivos de la asistencia.

− Son aplicables durante el transcurso de la enfermedad, de acuerdo con las necesidades del paciente.

− Se proporcionan conjuntamente con tratamientos que modifican la enfermedad, siempre que sea necesario.

− Pueden influir positivamente en el curso de la enfermedad.

− No pretenden acelerar ni posponer la muerte, afirman la vida y reconocen la muerte como un proceso natural.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

− Brindan apoyo a la familia y a los cuidadores durante la enfermedad de los pacientes y durante su pro-pio duelo.

− Se proveen reconociendo y respetando los valores y creencias culturales del paciente y de la familia.

− Son aplicables en todos los ambientes de atención médica (sitio de residencia e instituciones) y en todos los niveles (primario a terciario).

− Pueden ser provistos por profesionales con formación básica en cuidados paliativos.

− Requieren cuidados paliativos especializados con un equipo multiprofesional para la derivación de casos complejos."

Luego, la razón de ser de esta rama de la medicina es la asistencia a la persona con enfermedad grave, crónica, terminal y su entorno.

En 2004 la OMS presentó el informe "Hechos sólidos en Cuidados paliativos". En el mismo se defendía el derecho al acceso a los cuidados paliativos y se advertía en el análisis de los cambios que se estaban produciendo a nivel poblacional, tanto en relación con el envejecimiento como en relación con el paradigma de la enfermedad y el final de la vida. Las implicaciones políticas que dicho informe explicitaba en diversos momentos eran las siguientes[2]:

- Los políticos tienen que empezar ahora a plantear como se van a satisfacer las necesidades de la población que ha ido envejeciendo al final de la vida.

- El sistema sanitario tiene que poner énfasis en los cuidados de la población de toda edad que vive y muere como consecuencia por serie de las enfermedades crónicas importantes.

- Los políticos deben invertir en proveer los servicios públicos de los cuidados paliativos como parte principal del sistema sanitario y no como una parte adicional.

- Los políticos deben dar los pasos necesarios para asegurar a los ciudadanos que las necesidades no satisfechas en cuidados sean identificadas en todas las enfermedades importantes, incluyendo el cáncer, enfermedad isquémica del corazón,

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

enfermedades cerebrovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la última fase de las enfermedades renales y hepáticas, las enfermedades infecciosas y la demencia.

- Las políticas tienen que identificar a la población con las enfermedades crónicas importantes en distintos ámbitos, como la comunidad, residencias y hospitales, incluyendo los cuidados intensivos.

- Las estrategias también tienen que reconocer el trabajo de las familias y cuidadores y apoyarles para ayudar a cuidar del paciente y hacer frente a la sensación de la perdida que la enfermedad supone. Eso puede incluir asistencia parecida a la que frecuentemente se ofrece a la población con las responsabilidades de maternidad y paternidad.

El número de personas que requieren este tipo de atención se eleva al menos a 40 millones, sólo el 22% viven en países de ingreso alto. El 98% de los niños que necesitan de cuidados paliativos viven en países de ingresos bajos. Hospicio y cuidados paliativos a menudo abarcan el apoyo a los familiares, lo que aumentaría esta necesidad a más del doble.[4] En 2011, se estudiaron 234 países, de los cuales sólo en 20 la asistencia de cuidados paliativos estaba integrada como servicio, en el 42% de ellos no existía ningún tipo de servicio de cuidados paliativos y sólo el 32% contaba con algún servicio aislado.[5] En este mismo año se estudió el acceso a fármacos opioides, con el resultado de que el 83% de la población mundial vivía en países donde el acceso a estos fármacos para el control del dolor, es nulo.[6,7] Las necesidades de CP no atendidas quedaron de nuevo descritas en el *Atlas of Palliative Care at the End of Life* (Atlas Mundial de Cuidados Paliativos al Final de la Vida), publicado conjuntamente por la OMS y la Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA)[8] donde se vuelve a reiterar

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

la necesidad de los cuidados paliativos como elemento necesario para el alivio de muchas personas.

Los sistemas de salud nacionales son los responsables de incluir en su cartera de servicios los programas de cuidados paliativos al igual que incluyen los programas de prevención, detección precoz y tratamiento.

En la 67º Asamblea Mundial de la Salud que se celebró en mayo de 2014, se instó a los países a reforzar la asistencia paliativa mediante:

- Políticas que reconozcan la necesidad de integrar en sus carteras de servicios sociosanitarios los cuidados paliativos para la atención de pacientes con enfermedades terminales y degenerativas.
- Dotación de recursos para establecer dichos servicios de CP y garantizar los medicamentos esenciales, especialmente los analgésicos.
- Promover y garantizar las competencias en CP de los profesionales sociosanitarios mediante la formación específica en esta área de la medicina, así como el conocimiento y la sensibilización sobre los beneficios de los cuidados paliativos en la población en general.

Los distintos informes técnicos elaborados por la Organización Mundial de la Salud[8,9,10] y su Oficina Europea,[11,12] las resoluciones del Consejo de Europa,[13,14] así como su repercusión en España[15]y su inclusión como prestación básica en la "Ley de Cohesión y Calidad en el Sistema Nacional de Salud"[16]y en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud;[17] encuadran históricamente las Leyes autonómicas que han sido aprobadas en varias de las comunidades autonómicas españolas para garantizar la muerte digna a través de la inclusión de los cuidados paliativos de calidad como derecho de los ciudadanos.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Anteriores a las aprobaciones de dichas leyes autonómicas en nuestro país, la normativa referente a los derechos y obligaciones de pacientes y profesionales en lo referente a la salud, se recogen en Leyes de ámbito estatal:

- Ley 14/1986 General de Sanidad.
- Ley 41/2002 Básica reguladora de la Autonomía del Paciente.
- Real Decreto 1030/2006 que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Real Decreto 124/2007 de Regulación del Registro Nacional de Instrucciones Previas y Fichero Automatizado de Datos.

Actualmente, además del marco normativo nacional, cada comunidad autónoma garantiza la asistencia al paciente con enfermedad avanzada y terminal en sus leyes autonómicas de muerte digna:

- Andalucía: Ley 2/2010 de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte.
- Aragón: Ley 10/2011 de Derechos y Garantías de la persona en Proceso de Morir y de la Muerte.
- Asturias: Ley 5/2018 sobre Derechos y Garantías de la Dignidad de las Personas en el Proceso del Final de la Vida.
- Baleares: Ley 4/2015 de Derechos y Garantías de la Persona en el Proceso de Morir.
- Canarias: Ley 1/2015 de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona ante el Proceso Final de su Vida.
- Euskadi: Ley 11/2016 de Garantía de los Derechos y de la Dignidad de las Personas en el Proceso Final de su Vida (en castellano) / (en euskera).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- Galicia: Ley 5/2015 de Derechos y Garantías de las Personas Enfermas Terminales.
- Madrid: Ley 4/2017 de Derechos y Garantías de la Dignidad de laPersona en el Proceso de Morir y de la Muerte.
- Navarra: Ley Foral 8/2011 de Derechos y Garantías de Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte.
- C. Valenciana: Ley 16/2018 de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Atención al Final de la Vida.

1.2- PLAN NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS

El 10 de mayo del 2005, la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados aprobó una proposición no de ley sobre Cuidados Paliativos que instaba al Gobierno de España a impulsar un análisis de la situación de los CP en el territorio nacional y el desarrollo de un Plan de CP para el Sistema Nacional de Salud (SNS), que incluye aspectos organizativos, estructurales, de formación y de sensibilización e información.[18]

En España, el primer documento oficial del Ministerio de Salud en el ámbito de los cuidados paliativos fue el Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Las bases para su desarrollo, que fue aprobado por el Pleno del Congreso Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de 18 de diciembre de 2000, en su introducción ya apuntaba los principios fundamentales que se van repitiendo en los documentos oficiales tanto en España como a nivel internacional:[19,20]

- Las personas en situación terminal tienen necesidades específicas que incluyen la correcta valoración y tratamiento de su sintomatología. Es necesario que el Sistema

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Nacional de Salud tenga en cuenta estos aspectos y que se organice para poder hacer frente a estos nuevos retos asistenciales.

- La mejora de la atención de estos enfermos en fase avanzada y terminal, que se identifica con los cuidados paliativos, es un elemento cualitativo esencial del sistema de salud, debiéndose garantizar su adecuado desarrollo en cualquier lugar, circunstancia o situación, basándose en los principios de equidad y cobertura de nuestra red sanitaria. Para obtener éxito en la aplicación de estos cuidados hará falta combinar dos tipos de estrategias: en primer lugar, la formación básica en cuidados paliativos de todos los profesionales sanitarios y, en segundo lugar, el desarrollo de programas específicos de cuidados paliativos con profesionales capacitados y posibilidad de intervención en todos los niveles asistenciales.

- En momentos de racionalización de costes, el mantener o expandir los programas requiere que los cuidados paliativos demuestren que pueden mejorar los resultados clínicos específicos en pacientes y familias, es decir, que sea más eficiente para ambos recibir cuidados paliativos en comparación con la atención convencional, no aumenten el coste y que la atención sea más adecuada. Y esta evidencia existe ya en la experiencia concreta de los distintos programas de atención que se vienen desarrollando en España desde principios de los años noventa.

- Asegurar la respuesta consensuada y coordinada entre los distintos servicios y niveles asistenciales, eliminando las diferencias existentes y garantizando la continuidad de este tipo de cuidados. Esto debería llevar asociado cambios en la organización que permitan el trabajo interdisciplinar y una adaptación flexible a los requerimientos cambiantes de los enfermos.

- Aunque existen especialidades más susceptibles de abordar este tipo de atención (tales como oncología, radioterapia, medicina interna, hematología, cirugía y

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

urgencias), se debe concienciar y establecer puentes con todos los servicios hospitalarios y con la atención primaria. **El arma fundamental va a ser la formación.**

Posteriormente, se incluyó la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud en el Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, que fue aprobado unánimemente por el Consejo Interterritorial en marzo de 2007. El fin último de la Estrategia es mejorar la calidad de la atención a los pacientes en situación avanzada y/o terminal y sus familias, mediante una respuesta integral y coordinada del todo el sistema sanitario centrada en sus necesidades y respetando su autonomía y valores.

Y en esta línea el objetivo general de dicha Estrategia en CP del SNS consiste en establecer compromisos apropiados, viables y medibles por parte de las C.C.A.A., para conseguir la mejora homogénea de los cuidados paliativos en el Sistema Nacional de Salud. A partir del proceso asistencial vivido por la unidad paciente-familia, tiene como fin mejorar la asistencia a los aspectos físicos, emocionales, sociales y espirituales en el periodo de final de vida y de duelo. La estrategia consta de 5 líneas: 1) Atención integral 2) Organización y coordinación 3) Autonomía del paciente 4) Formación y 5) Investigación. Todas ellas se concretan en 7 objetivos. (Tabla 1)

El objetivo 6 hace referencia a la formación como un elemento indispensable para el desarrollo de los CP. Se consideraron varias medidas como la mejora de los *curriculum* docentes en CP, la creación de estándares formativos y de certificados de competencias, el aumento de programas asistenciales con capacidad docente, el aumento de contenidos teóricos (libros y revistas) y prácticos con facilitadores de estancias formativas en los recursos asistenciales específicos de CP. La estrategia nacional de CP impulsó a las comunidades autónomas a la formación básica continuada en CP a los profesionales de atención primaria y especializada, así como a

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

la promoción de los profesionales de los equipos asistenciales específicos de CP para la formación avanzada y acreditada en CP.[21-23]

Tabla 1: Objetivos generales de la Estrategia Nacional en Cuidados Paliativos.

Objetivo 1	Proporcionar a los pacientes con enfermedad en fase avanzada terminal y a sus familiares una valoración y atención integral adaptada en cada momento a su situación, en cualquier nivel asistencial y a lo largo de todo su proceso evolutivo.
Objetivo 2	Proporcionar a los pacientes con enfermedad en fase avanzada/terminal una atención basada en las mejores prácticas y evidencias científicas disponibles
Objetivo 3	Disponer de un modelo organizativo explícito para qué los pacientes reciban cuidados paliativos de acuerdo con sus necesidades y en el momento apropiado, adaptado a las distintas situaciones y delimitaciones territoriales.
Objetivo 4	Establecer un sistema organizativo que garantice la coordinación entre los diferentes recursos sanitarios y sociales y promueva acciones integradas.
Objetivo 5	Fomentar la aplicación de los principios bioéticos y la participación del paciente en su proceso de acuerdo con los principios, valores y contenidos de la Ley de Autonomía del Paciente y de la legislación vigente en las distintas Comunidades Autónomas.
Objetivo 6	Establecer programas de formación continuada y específica para los profesionales del sistema sanitario a fin de que puedan atender adecuadamente las necesidades de los pacientes con enfermedad en fase avanzada/terminal y su familia.
Objetivo 7	Potenciar la investigación en cuidados paliativos.

Fuente: Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud.[18]

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

La Estrategia Nacional fue evaluada, revisada y actualizada dotándola de nuevos objetivos para 2010-2014. Durante los años 2007 y 2008 en España, han recibido formación de nivel básico 12.809 profesionales sanitarios, de nivel intermedio 1.545 y de nivel avanzado 479, correspondiendo en su mayor parte a profesionales de medicina y de enfermería. Se ha considerado formación básica a la realización de cursos específicos de entre 20 y 40 horas de duración. En la formación intermedia se han incluido cursos acreditados de 40-80 horas, cursos de Tercer Ciclo (Doctorado) y estancias de 1-2 meses en Unidades de Paliativos. Por último, se ha considerado formación avanzada los cursos de postgrado tipo Máster y las Estancias iguales o superiores a 3 meses en Unidades de Cuidados Paliativos. En la última actualización de la Estrategia Nacional de salud, concretamente en la "Línea Estratégica número 4: Formación", está marcado, como el objetivo general número 6, el establecer programas específicos de formación continuada en CP de los profesionales del sistema sanitario público que atienden a pacientes en situación terminal y familiares. Para ello consideran 3 niveles formativos:

- Básico: dirigido a todos los profesionales.
- Intermedio: dirigido a profesionales que atiendan con mayor frecuencia a enfermos en fase avanzada y terminal.
- Avanzado: dirigido a los profesionales de los equipos de cuidados paliativos.

En esta actualización se añaden una serie de recomendaciones con respecto a la anterior para la consecución del doble objetivo de formar a todos los profesionales en nivel básico y/o intermedio según el número de pacientes con enfermedad terminal que atiendan y de capacitar en el área específica de CP a los profesionales que conforman los equipos específicos de CP. Entre las recomendaciones se encuentran:

- La inclusión de los CP en la formación de Grado de Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- Facilitar a los médicos, enfermeros y psicólogos residentes las rotaciones en equipos de CP.
- Acreditación de la formación continuada en CP.
- Enfatizar la formación en comunicación con pacientes y familiares.
- Crear programas específicos de formación que aborden la prevención, diagnóstico y tratamiento de la fatiga de los profesionales que trabajan con pacientes en fase terminal.

1.3- FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

Los médicos de todas las ramas de la medicina deben tratar alguna vez con pacientes que están muriendo o que padecen enfermedades mortales. Muchos profesionales sanitarios pueden evitar enfrentarse a sus propios sentimientos acerca de la muerte, ya que los encuentran estresantes. Cuando los pacientes mueren, tal vez se nos recuerde la certeza de nuestra propia muerte. En 1915 Freud escribió: *Nuestra propia muerte es en verdad inimaginable ... en el fondo nadie cree en su propia muerte, o, dicho de otro modo, en el inconsciente todos estamos convencidos de nuestra propia inmortalidad*. Para un médico, la muerte y algunos de los procesos de morir pueden contradecir el concepto que éste tiene de sí mismo como profesional, por lo que la muerte de un paciente puede verse como un fracaso y generar culpa. Por todo ello, es necesario que los estudiantes de medicina desarrollen las habilidades técnicas necesarias para afrontar eficazmente la enfermedad, la muerte y todo el proceso que las envuelve. También, deben aprender y adquirir las competencias necesarias para tratar y saber cuándo dejar de tratar al paciente para simplemente acompañarlo al final de sus días sin generar sentimientos de culpa, fracaso, estrés y malestar, anteriormente

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

comentado; sino como un tratamiento más en el que ayudar, consolar, aliviar y acompañar al paciente en el último trayecto de su vida.[24]

1.3.1- Formación en medicina paliativa en el Grado de Medicina

En los últimos 30 años, ha habido un incremento en la enseñanza en cuidados paliativos (CP) en los estudiantes de grado en Medicina. A pesar de ello, actualmente en Europa, sólo en 13 países (30%) se enseña medicina paliativa (MP) en todas las facultades de medicina, y todavía existen 14 países (33%) donde la MP no se enseña dentro del currículo médico.[25] La falta de educación universitaria de CP ha sido identificada como una barrera para el desarrollo de esta disciplina. Varias instituciones han argumentado a favor de su implementación dentro de los planes de estudio de medicina de pregrado[26] y es un pilar básico de la estrategia de salud pública de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En un principio la docencia en esta temática se encontraba enfocada principalmente en el conocimiento de la muerte y el proceso de la misma. En la actualidad, los educadores se están centrando de forma progresiva en que los estudiantes adquieran competencias que les capacite en el manejo y abordaje médico completo y necesidades psicosociales que requieren estos pacientes durante la enfermedad terminal; pudiendo aumentar de esta forma, en un futuro, la calidad de la atención médica de estos enfermos.[27]

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

La implantación de la asignatura de Medicina Paliativa (MP) en las universidades depende de la existencia de un contexto social y político en relación con los cuidados paliativos y la iniciativa de algunos profesores pioneros para impulsar la educación en Ciencias de la Salud. La materia de Medicina Paliativa en las universidades europeas suele haberse iniciado como una asignatura optativa que, tras un periodo corto de

tiempo (aproximadamente 5 años), se convierte en obligatoria. Los métodos de enseñanza de esta materia son variados: conferencias, talleres, juegos de roles y debates. Igualmente, la evaluación de estos contenidos también es variada pues pueden ir desde test, pruebas, discusiones, reflexiones, portafolios y trabajos de investigación. En cuanto a los profesores que enseñan dicha materia, la mayoría son médicos en ejercicio al inicio de su carrera, pero que ahora están trabajando como profesores con cargos académicos manteniendo su trabajo clínico.[28]

Actualmente, la mayoría de los estudios sobre preparación y enseñanza de cuidados paliativos en el pregrado, sugieren que muchos médicos recién graduados se sienten poco preparados para realizar la atención al final de la vida.[29-31] Dichos estudios recomiendan que las instituciones educativas deben establecer los requisitos adecuados de capacitación para fortalecer el conocimiento de los estudiantes en estas áreas. De hecho, independientemente de la especialidad, casi todos los futuros médicos necesitarán aprender habilidades en el control del dolor, manejo de síntomas, comunicación de realidades médicas difíciles y toma de decisiones centrada en el paciente. Además, los médicos en casi todas las ramas de la medicina pueden tener que tratar con pacientes que están muriendo o que tienen enfermedades graves[32]. Por ello, una asimilación e implementación de las habilidades mencionadas anteriormente podrían ayudar a conseguir una mejor preparación de los médicos para enfrentarse a estas situaciones comunes en la asistencia médica. Así, por ejemplo, el estudio de Dibiasio, demuestra cómo estudiantes de medicina que habían trabajado con pacientes en los últimos días de vida, poseen mejor capacidad de informar al paciente y familiares y estaban muy preparados o algo preparados para discutir las últimas voluntades, comunicar malas noticias, discutir una transición a medidas de confort y evaluar las necesidades psicosociales de estos pacientes frente a estudiantes que no habían participado en esa experiencia. Además, estos estudiantes con experiencia

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

también se encontraban más preparados para tratar la ansiedad, la dificultad respiratoria y el dolor en estos pacientes.[29] Sin embargo, son numerosos los estudios que siguen indicando que la enseñanza actual durante el grado, no capacita ni prepara adecuadamente a los médicos para la atención a estos pacientes.[30,31] Si además se solicita la opinión a 675 experimentados profesionales sanitarios sobre la educación en CP y en aspectos del final de la vida durante el grado de medicina y enfermería, observamos que la mayoría expresan una necesidad considerable sobre todo en dos cuestiones principales: 1) el formato en el que se imparten las clases y 2) los contenidos de los CP. Esto es, experimentados profesionales con más de 10 años al cuidado y atención de pacientes al final de la vida recomiendan exhaustivamente que se aumente el número de horas prácticas con pacientes que se encuentren en estas condiciones, pues creen que el contenido de los programas actuales, de haberlo, es eminentemente teórico.[32]

Debido a lo explicado anteriormente, los cuidados paliativos son un área de conocimiento en auge en la educación médica en numerosas facultades médicas europeas y del continente americano. A pesar de que los planes de estudios de las facultades de medicina ya están sobrecargados por una base de conocimientos y habilidades en constante expansión dentro de todos los campos de la medicina, en la revisión sobre el tema acometida por Horowitz y colaboradores en 2013, se recomienda y se considera de vital importancia que las habilidades paliativas se dispersen y se implementen por todo el plan de estudios en el Grado en Medicina.[33] De igual modo, Morrison y colaboradores, definen cuáles deberían ser las competencias en cuidados paliativos a incluir en las guías docentes de los futuros médicos y médicas a nivel internacional.[22] Entre dichas competencias cabe destacar: comunicación, manejo del dolor y síntomas, enfoque de la calidad de vida, atención, coordinación y participación y colaboración en un equipo interdisciplinario. Estas son

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

habilidades que todo médico debería incorporar a sus conocimientos y que pueden fácilmente ser integradas en asignaturas ya existentes como pueden ser: oncología, ética, farmacología, asignaturas puramente médicas y en prácticas como el rotatorio clínico.[22]

En realidad, actualmente, el número de programas estructurados de cuidados paliativos en los planes de estudio de educación médica está aumentando. Existe un consenso internacional sobre los planes de estudios de cuidados paliativos, incluidas las recomendaciones sobre las estructuras y procesos de la educación de pregrado médico y la mejora de su calidad.[34] Sin embargo, en Europa, la cantidad y calidad del contenido de cuidados paliativos que se enseña formalmente en las facultades de medicina todavía varía mucho entre los países europeos y en el Reino Unido, a pesar de las recomendaciones y estándares para el desarrollo curricular de medicina paliativa publicados por la EAPC[35] y por el *General Medical Council*[36] en contextos europeos y británicos, respectivamente. Así, en Alemania, el Parlamento Alemán decretó en 2009 que los cuidados paliativos debían ser parte importante y obligatoria de los exámenes de licencia médica llevados a cabo en ese país. De esta forma, en Alemania, todas las facultades de medicina deben enseñar cuidados paliativos obligatoriamente desde 2013.[37] En este sentido, Suiza también posee leyes específicas en relación con la docencia en CP en el Grado en Medicina y otros países, como Dinamarca, se están moviendo hacia esa misma posición.[25]

El estudio descriptivo de Carrasco y colaboradores, destaca que la Medicina Paliativa se imparte en un número considerable de programas docentes de médicos de pregrado en universidades europeas. Así mismo, se observa que está surgiendo una estructura de enseñanza cualificada, con profesorado especializado en la materia. Sin embargo, existe una amplia variación en el nivel de desarrollo educativo de la Medicina Paliativa entre países. Este trabajo se llevó a cabo con la colaboración de 43 países

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

europeos en los que se estudió en cuáles de ellos ofrecían Medicina Paliativa en el grado y si cumplían con la mayor proporción de los siguientes indicadores: proporción de facultades de medicina que enseñaban Medicina Paliativa, proporción de facultades de medicina que enseñaban Medicina Paliativa de forma obligatoria y las horas de docencia de los profesores de Medicina Paliativa. De esta forma, demostraron que al menos 28 países (65%) incluían los cuidados paliativos dentro de su enseñanza oficial. Finalmente, 11 de estos países consiguieron la mejor puntuación; siendo la enseñanza en CP obligatoria en Israel, Noruega, Reino Unido, Bélgica y Francia. Por el contrario, 11 países (Albania, Armenia, Azerbaiyán, Bulgaria, Croacia, Estonia, Islandia, Kazajistán, Luxemburgo, Montenegro y República de Macedonia) no obtuvieron ninguna puntuación debido a que no se impartía Medicina Paliativa en ninguna de sus facultades de medicina. Como dato curioso, España obtuvo 48 puntos, lo que la situó en zonas medias del gráfico con el 51% de sus facultades de medicina impartiendo contenidos de Medicina Paliativa de forma obligatoria u optativa.[25]

Parece claro que, hasta la fecha, la enseñanza de los cuidados paliativos en las facultades de medicina a nivel internacional se caracteriza por una variabilidad significativa y una falta de coherencia en la enseñanza. Estudios previos han analizado las guías docentes de los estudiantes de Medicina en otros países como Reino Unido a través de un estudio comparativo entre guías de 24 facultades de medicina del año 2000 y guías de 30 facultades de medicina en el año 2013. En este estudio se observa que el entrenamiento de los cuidados paliativos para estudiantes de medicina en el Reino Unido ha evolucionado hacia una mayor integración en el plan de estudios, nuevos métodos de enseñanza, mayor cantidad de horas docentes y evaluaciones más duras. Sin embargo, estos autores ponen en evidencia la existencia de una variación en la práctica clínica de los cuidados paliativos, pues sólo una minoría de las facultades de medicina, ofrecen contacto con el paciente necesitado de dichos cuidados.[38]

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En el trabajo de Pereira y colaboradores,[39] se estudia la educación en CP en 5 universidades que imparten el Grado en Medicina en Suiza. Estos autores, ponen de manifiesto que la media de horas obligatorias en CP en ese país es de 10.2 horas, muy por debajo de las 40 horas recomendadas por la *European Palliative Care Association´s Education Expert Group*. Además, la mayoría de esta educación es impartida en los primeros años del Grado (2 primeros cursos) y no existe rotatorio clínico obligatorio de esta materia. Tres de las cinco facultades estudiadas, ofrecían rotatorio clínico optativo, pero era escasamente escogido por los alumnos (sólo el 10% de los estudiantes se matricularon). Todos los aspectos de los CP se estudiaban (atención al final de la vida, comunicar malas noticias, atención al dolor, etc.) pero se profundiza mayoritariamente en aquellos contenidos que tenían mayor relación con los aspectos éticos (41% del temario relativo a CP) centrándose en conceptos como la permanencia y/o retirada de tratamientos, autonomía y, sobre todo, suicidio asistido. En cuanto a la habilidad de comunicación con el paciente, prácticamente se centran en la de dar malas noticias. Resulta interesante que los aspectos psicosociales y espirituales en la atención de dichos pacientes, sólo era estudiado en 2 de las 5 facultades y con un total de 2 horas en todo el Grado en cada una de ellas. En lo referente al método docente, el más común es el de clases magistrales (73% de los casos), seguido de aprendizaje basado en problemas (22%). Además, al igual que en Estados Unidos, se observó un uso limitado de metodologías docentes más novedosas como la simulación de pacientes y clases inversas para la adquisición de las habilidades necesarias en esta materia. Finalmente, la evaluación en la que incluían contenidos de la materia que nos ocupa era escasa, no llegando al 1%.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Por el contrario, en un estudio realizado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Tampere (Finlandia), observan que el plan de estudios de la Medicina Paliativa se encuentra integrado en la enseñanza de muchas disciplinas que se reparten a lo largo

de los cursos del Grado y que cumplen adecuadamente y de sobra con las recomendaciones con la EAPC. Esto es, en dicha Universidad se imparten 53,5 horas lectivas que abordan cuestiones de Medicina Paliativa, lo que supera la recomendación de la EAPC. Además, observan que habilidades como el manejo de los síntomas, la ética y las habilidades de comunicación estaban bien establecidas, mientras que la educación psicosocial/aspectos espirituales, el trabajo en equipo y la autorreflexión no alcanzaron las recomendaciones.[40]

Fuera de Europa, por ejemplo, en Estados Unidos, también existe una gran variabilidad entre los planes de estudios de las diferentes universidades. En este país en concreto, a pesar de que la normativa exige que los futuros graduados en medicina posean conocimientos en cuidados paliativos y cuidados al final de la vida; la mayoría de las universidades ofrece e implementa la enseñanza de estos dentro de otras asignaturas más que en asignaturas propias. Esto es debido a que la normativa estadounidense establece que deben implementarse esas competencias en el estudiante de pregrado, pero no especifica cómo ni en qué medida.[41] En cuanto a Canadá, Bush y colaboradores (2020) publican recientemente un estudio sobre el desarrollo e integración de un plan de estudios de cuidados paliativos bilingüe (francés e inglés) durante los 4 años de duración del Grado en Medicina en la Universidad de Ottawa y que ha tardado en desarrollarse 14 años. Este programa surge a partir de la observación de las necesidades de mejora en la formación en cuidados paliativos de los estudiantes de medicina que transmitían tanto los alumnos/as (futuros médicos) como sus docentes. Después del desarrollo del plan de estudios, se ha multiplicado por 13 el número de estudiantes que seleccionan las rotaciones clínicas de cuidados paliativos. Han implementado y fomentado una visión de equipo en los estudiantes integrando clases presenciales y rotatorios, en los que intervenían pacientes de verdad, casos simulados y colaboración interprofesional; así como una evaluación en la que el

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

porcentaje de cuestiones a resolver sobre la materia que nos ocupa cada vez adquiere mayor importancia y peso en el total de las calificaciones.[42]

En cuanto a Latinoamérica, el desarrollo del cuidado paliativo es aún incipiente. Una de las razones fundamentales es que la formación de los profesionales de la salud en esta disciplina, aunque intensa y progresivamente mayor, es todavía insuficiente y de calidad variable.[43] En general son escasos o nulos los estudios sobre docencia en CP en el pregrado en medicina en países latinoamericanos. Según Parodi y colaboradores (2016), en dichos países sería necesario enfrentar barreras como la escasez de formación de los profesionales, la ausencia de un plan estructurado para su implantación y las dificultades de acceso a medicamentos. Es más, sólo en 4 países de Latinoamérica (Méjico, Colombia, Chile y Argentina) los CP tienen acreditación oficial como especialidad y/o subespecialidad médica, estimándose que unos 600 médicos poseen algún tipo de acreditación.[44] Según estos autores, en este escenario y con el ritmo de formación de los alumnos y especialistas en CP es muy difícil cubrir la creciente demanda en esta atención; por ello resulta de gran importancia que los estudiantes de pregrado adquieran la mayoría de las competencias y habilidades posibles en CP en esta zona geográfica.

Australia, es otro de los países que se ha mostrado inquieto en lo referente a la enseñanza en CP y cómo ésta influye en la calidad de la asistencia en médicos de reciente graduación. En este sentido, la Universidad de Adelaida (Australia) ha implementado muchos cambios en la formación médica de pregrado a lo largo de 10 años entre los que se encontraban: cursos obligatorios de 20 horas, asignaturas optativas de 2 a 3 semanas, rotatorios obligatorios y optativos en centros en los que se atienden a pacientes de este tipo, etc. Sin embargo, siguen sin obtener gran información para orientar a los educadores sobre cómo incorporar mejor la enseñanza de los CP en la medicina. El estudio de Crawford y Zambrano, en dicha Universidad,

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

sugiere que del total de competencias adquiridas por los estudiantes que tienen relación con los CP, permanecen en el postgraduado: la profesionalidad, la medicina centrada en el paciente, los aspectos psicosociales/espirituales de los CP, la comunicación, el trabajo en equipo y autoconciencia.[45] Este trabajo mostró cómo la adquisición de estas competencias lograba que el futuro médico no sólo aprendiera a trabajar como médico, si no a ser médico.

En cuanto al Continente Asiático, países como la India, reflejan la necesidad de cuidados paliativos no satisfecha. A pesar de que una sexta parte de la población mundial en necesidades de CP reside en India, menos del 1% tiene acceso a los mismos. Sólo tres estados de los 28 que forman India, se encuentran implementando políticas de atención a estos pacientes. Además, la mayoría del aprendizaje en esta materia no se realiza durante los años del grado, si no en el postgrado a través de Másteres o Cursos en su mayoría virtuales y sufragados por el profesional sanitario.[46]

La falta de educación en cuidados paliativos en China de los profesionales de la salud se ha identificado como un factor importante que impide el desarrollo de esta disciplina en ese país. La educación médica de China todavía se centra en curar enfermedades físicas. Cabe destacar que, en este país, no es obligatorio impartir temario sobre cuidados paliativos a los estudiantes matriculados en las Facultades de Medicina. Los estudiantes pueden seleccionar cursos opcionales y asignaturas optativas sobre cuidados paliativos para pacientes terminales en sólo unas pocas universidades médicas (Central South University y Sun Yat-sen University of Medical Sciences).[47] Estudios más recientes, han observado un aumento en la adaptación curricular de los estudiantes de medicina en cuanto a CP se refiere. Sin embargo, existe una gran variabilidad entre las diferentes regiones y niveles de educación dentro del grado. Una de las principales barreras al respecto, es que no es un requisito del plan de estudios del grado en Medicina en China, tal y como lo dicta el Ministerio de

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Educación de dicho país.[49] Por ello, no es de extrañar que la percepción de los estudiantes al finalizar el grado es la de necesidad de mejorar los planes de estudios en las facultades de medicina de dicho país.

En el otro extremo encontramos a Japón, reconocido junto a Reino Unido como uno de los países más preocupados por la enseñanza e investigación en CP. En Japón, existían 80 facultades y colegios de medicina en 2015, donde más del 50% de los estudiantes de medicina tienen la posibilidad de realizar prácticas clínicas de MP. Trece facultades médicas de Japón imparten cursos especializados en medicina paliativa. La duración de la educación médica de pregrado es de seis años. El Examen Nacional para Médicos es un examen de 500 ítems que se administra una vez al año en el que forzosamente deben existir preguntas relacionadas con los CP y cuidados al final de la vida.[49] Desde 1995, se han estado realizando encuestas que examinan el estado de la educación de pregrado en cuidados paliativos implementada en las universidades cada tres o cuatro años.[50] En este sentido, a lo largo de los años se han ido realizando estudios en los que se tomaba el pulso a la educación en CP en el grado de Medicina en Japón. Así, en 2005, Hirakawa y colaboradores examinaron el estado de los programas para enseñar cuidados al final de la vida a estudiantes universitarios en las escuelas de medicina japonesas. Participaron el 50,6% de las facultades de medicina contactadas. La mayoría de las escuelas ofrecían programas de educación sobre cuidados al final de la vida con 7,6 horas de media lectiva.[51] En el año 2017, Nakamura y colaboradores, realizaron el último estudio sobre el estado de la educación en pregrado en Medicina.[49] En este trabajo participaron 66 de las 80 facultades de medicina de Japón. Observaron que se habían implementado las clases de cuidados paliativos en el 98,5% de las instituciones. En cuanto a los títulos de las clases fueron: "medicina paliativa", "cuidados paliativos" y "cuidados terminales" y representaron el 42,4; 30,3 y 9,1% del total de clases, respectivamente. Los docentes del Departamento

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

de Anestesia, Cuidados Paliativos y Psiquiatría administraron el 51,5; 47,0 y 28,8% de las clases magistrales, respectivamente. Los temas de las clases magistrales incluyeron cuidados paliativos generales (81,8%), manejo del dolor (87,9%) y manejo de síntomas (63,6%). El rotatorio clínico sobre cuidados paliativos era un curso obligatorio en el 43,9% de las facultades y no obligatorio en el 25,8%.

1.3.1.1- Docencia en CP en España

En lo referente a nuestro país, también se ha observado la existencia de disparidades en la formación en el Grado de Medicina en las universidades españolas. La enseñanza en CP en España ha sido revisada en escasos estudios durante estos últimos 20 años. En el año 2000 sólo 2 facultades de medicina impartían asignatura de CP. En el año 2010, se identificaron 9 facultades y los estudios realizados tras la adaptación de la Universidad al Espacio Europeo de Educación Superior (Plan Bolonia) en 2016, describen 20 de 39 facultades de medicina que tenían adscrita en sus planes de estudio una asignatura denominada CP, sólo en 6 facultades se imparte como materia única con una carga docente de 3 créditos y en las restantes 16 se impartía junto a otras materias como oncología, geriatría, medicina de familia y otras con una carga docente variable. En 14 facultades la materia de CP es obligatoria y en las otras 25 facultades se imparte como optativa. [21,52]Por el contrario, en un estudio más reciente observan que el 45,65% de las facultades de medicina ofrece formación en cuidados paliativos en España.[53]

Además, un comité de expertos designados por la European Association for Palliative Care (EAPC) evaluó el estado de la MP en la formación de pregrado en España, obteniendo 48 puntos de 100. Esta evaluación se centró en las facultades de medicina que ofrecen los CP como materia y en las capacidades del personal docente para

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

impartirla[25].Con este resultado en la puntuación, se estimó que la educación en el grado en España no cumplía con las recomendaciones de EAPC y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), recomendando ambas la obligatoriedad formación en cuidados paliativos en las titulaciones de medicina.

Para autores como Carmona-Espinazo y colaboradores, el desarrollo de asignaturas de Cuidados Paliativos en España se ha realizado a partir del año 2000. En su trabajo de investigación tienen como objetivo valorar la adquisición de conocimientos en CP en 102 estudiantes de quinto curso del Grado de Medicina de la Universidad de Cádiz que cursaban la materia de cuidados paliativos durante los cursos académicos 2013-2014 y 2014-2015. En dicho estudio se observó que el 65,6% no conocían lo que son los cuidados paliativos al iniciar el curso. Las entidades clínicas que asociaban con más frecuencia a los cuidados paliativos antes de iniciar la materia fueron el cáncer de pulmón 95 (93%) y de colon 90 (88%), variando los resultados en la prueba al finalizar el curso. Para estos estudiantes los profesionales de medicina y enfermería (100%) son los más referidos como los que se deben ocupar de esta materia ante el enfermo. Finalmente, observan una mejora en los conocimientos teóricos que deben asimilar los estudiantes de esta área de la medicina. En la mayoría de los estudiantes existía una mejora de conocimientos, destacando aquellos relacionados con el control de síntomas y más concretamente con el dolor. Términos como dolor total, síntoma refractario y rotación de opioides experimentan una abrumadora mejora. Además, la mayoría de los alumnos participantes muestran actitudes de mejora de las habilidades de comunicación, dilemas éticos e incluso cambios de actitud ante el paciente tras impartir la materia en aspectos fundamentales de cuidados paliativos. Cuando analizan la pregunta relacionada con la importancia dada a la necesidad de impartir la materia en la universidad, la valoración es muy positiva por parte del alumnado. Destaca que al preguntar si creían necesario que existan profesionales médicos dedicados a los

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

cuidados paliativos, y si dada la posibilidad dedicarían su vida profesional a esta rama de la medicina, a pesar de encontrar totalmente necesaria la adquisición de concomimientos en esta materia, son pocos los que se plantearían dedicar el ejercicio de la medicina a ello. Estos autores opinan que dicha respuesta es debida a que prima la conciencia de estudiar para curar al enfermo, entendiendo la muerte aún como un fracaso.[54]

La Universidad de Navarra es una de las pioneras en la enseñanza de Cuidados Paliativos en Medicina en España. Posee un Departamento especializado en esta materia que realiza estudios de investigación muy cualificados y reconocidos a nivel nacional e internacional, llegando a ser un referente a nivel mundial. En esta Universidad, la asignatura de Medicina Paliativa es obligatoria en quinto curso y consiste en 24 clases magistrales, 4 talleres y 1 rotación de 5 horas en el Servicio Clínico de Cuidados Paliativos de dos lugares diferentes.[55] Este grupo de investigación ha realizado estudios sobre el estado de la enseñanza de la MP en España[52] y Europa.[56] Además, han investigado cómo puede influenciar en el médico en formación un breve rotatorio en su programa curricular de formación en el pregrado.[55] Así, de los 167 alumnos que participaron en el curso y el rotatorio práctico de 5 horas, el 62% reconoció que la experiencia había influido e impactado de forma personal, el 15% de los estudiantes manifestaron haber cambiado espontáneamente y de forma positiva su opinión respecto a los CP y se dieron cuenta de que la experiencia era relevante para toda la práctica clínica.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Miembros de este mismo grupo de investigación, analizaron mediante un trabajo de revisión si la enseñanza en CP durante el Grado de Medicina en España influenciaba en el cuidado de los pacientes. Observaron que, según los estudios revisados, los estudiantes sienten que se convierten en mejores profesionales y que están mejor preparados para los pacientes, no solo en términos de cuidados al final de la vida, sino

también de cuidados, independientemente de la fase de la enfermedad.[57] Así mismo, observamos con la educación en esta materia que los CP y la MP es un área que importa y preocupa a los estudiantes de medicina de nuestro país.[58]

En lo referente a la metodología docente, en nuestro país, la mayoría de los planes de estudio se centran en métodos de enseñanza cognitiva, como clases y seminarios. A pesar de que existen evidencias de que los objetivos de aprendizaje afectivo y las actitudes hacia los pacientes al final de sus días son de gran importancia con respecto a las habilidades de cuidados paliativos, la educación médica de pregrado en cuidados paliativos sigue enfocada hacia la enseñanza del conocimiento. [59,60] De hecho, una actitud positiva hacia los pacientes con enfermedades terminales, así como una actitud positiva hacia la muerte, parecen ser esenciales para el profesional sanitario.[61]

Las emociones inconscientes ambivalentes y negativas hacia la muerte, así como los mecanismos de evitación de la muerte, pueden causar una disminución en la calidad de la práctica médica.[62] Existen muchas consideraciones socioculturales que influyen en la actitud de un individuo hacia la muerte y el morir. La percepción que tiene la sociedad española de la muerte es principalmente médica. Este tema es a menudo evitado debido a la controversia que existe en una sociedad que, en general, tiene expectativas de larga vida, así como un alto gasto en Sanidad.[63,64] En esta línea, el estudio de Pérez de la Cruz y colaboradores analiza cómo se enfrentan a la muerte los estudiantes del grado de medicina, enfermería y fisioterapia de 6 diferentes universidades españolas. En este estudio participaron un total de 411 estudiantes: 144 del grado de enfermería, 159 del grado de fisioterapia y 159 del grado de medicina. Los resultados demostraron que los estudiantes de enfermería estaban mejor preparados para enfrentar la muerte de alguien cercano en comparación con los estudiantes de medicina. Además, los estudiantes de enfermería se sintieron menos preparados para hablar sobre la muerte de niños pequeños, frente a los estudiantes

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

de medicina. En el caso de los estudiantes de fisioterapia, mostraron valores intermedios en comparación con los estudiantes de las otras titulaciones. La gran debilidad de todos los estudiantes se observó en las preguntas relacionadas con la propia muerte, resultando evidente la falta de preparación para afrontar este tema. Finalmente, este estudio demostró que los estudiantes de estos tres grados eran capaces de crear una barrera emocional que les permite cuidar, tratar e interrelacionarse con personas cercanas a la muerte, siempre que no exista un nexo personal entre ellos. Sin embargo, se sienten incapaces de afrontar personalmente esta situación cuando llega el momento. Este estudio conlleva la siguiente reflexión: si una persona muestra una capacidad reducida para regular su o sus propias emociones (con respecto a la muerte de una persona y el proceso de morir), esto generará más miedo y ansiedad; por lo que aquí es donde la falta de preparación se convierte en evidente. No menos llamativo es la puntuación baja obtenida por la mayoría de los participantes en el apartado: "Puedo ayudar a las personas a expresar sus pensamientos sobre la muerte y el proceso de morir". Este aspecto es destacable porque, como futuros profesionales, y considerando el tipo de personas y situaciones que tendrán que afrontar, presentan considerables deficiencias. Muchos de estos pacientes buscarán ayuda y consuelo en las personas cercanas a ellos, y en aquellos que consideran más preparados para esta tarea, y parece que sólo encontrarán a un profesional de la salud que no esté preparado para afrontar este tipo de situaciones.[65]

Todos estos estudios muestran la importancia de la formación en MP en los estudiantes de medicina. También, evidencian que las habilidades y capacidades que deben adquirir estos estudiantes a lo largo del grado parece que siguen siendo insuficientes puesto que no llega a las recomendaciones realizadas por la EAPC y la SECPAL. Además, los propios estudiantes, cuando son conscientes del problema, demandan más formación para sentirse más capacitados para atender a los pacientes.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Por lo que hemos podido observar, aún hoy en día, existe una gran variabilidad en la formación en el pregrado en las facultades de medicina a nivel mundial. Sin embargo, tal y como hemos mencionado con anterioridad, cada vez va a ser más necesaria esta formación debido a las características demográficas actuales. La gran importancia de la implementación de estos conocimientos y actitudes, necesarios para el desarrollo de habilidades de los futuros médicos, radica en que el hecho de que no adquirir estas competencias, podría impactar sobre la calidad y la atención futura de pacientes con estas necesidades cada vez más frecuentes en la práctica clínica diaria debido, entre otras cosas, al mayor envejecimiento de la población.

La inclusión de los cuidados paliativos en la educación de pregrado es una forma de proporcionar conocimientos sobre los cuidados paliativos y también de mejorar las actitudes hacia el cuidado en la enfermedad avanzada y al final de la vida. Estos estudios han demostrado que diferentes métodos de aprendizaje, incluso breves experiencias, que acercan a los estudiantes a casos clínicos o pacientes de cuidados paliativos, están dando mejores resultados en la atención médica en general.

1.3.2- Formación en cuidados paliativos en postgrado

Los cuidados en el final de la vida han evolucionado en las últimas décadas, pasando a formar parte de la buena práctica clínica. La atención en el final de la vida se ha institucionalizado, profesionalizado y medicalizado, y hoy forma parte de la práctica cotidiana en Medicina. Esta atención y cuidados del enfermo terminal, actualmente, no se consideran una opción: se trata de una obligación ética y profesional.[66] Esta evolución y cambios no se han acompañado de una adecuada formación a los médicos en áreas como cuidados paliativos, comunicación y bioética. Los médicos han tenido que aprender sobre la marcha, en su día a día, acerca de esta compleja área de conocimiento. Por ejemplo, en una encuesta reciente sólo uno de cada 4 médicos internistas conocía qué es la limitación del esfuerzo terapéutico; el 43% carecía de

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

formación en cuidados paliativos, y a más del 60% le generaba ansiedad afrontar la planificación de los cuidados al final de la vida con los pacientes.[67] Sin embargo, los profesionales que tratan enfermos en el final de la vida precisan saber cuáles son sus objetivos, cómo pueden conseguirlos y, sobre todo, que dichos objetivos estén fundamentados en el rigor para finalmente asistir al enfermo como se merece en esta etapa de la vida.

Hasta la fecha, las habilidades y capacidades de los trabajadores de la salud en temas relacionados con los CP siguen siendo insuficientes, lo que supone[68] una limitación en el acceso, asistencia y servicio de los cuidados paliativos en todo el mundo.[69] Habilitar el acceso a la educación en cuidados paliativos debe abordarse en múltiples niveles simultáneamente.[70] La Hoja de ruta de la OMS hacia los cuidados paliativos propone introducir tres niveles de educación en cuidados paliativos: básico para médicos de atención primaria, intermedio para profesionales de la salud secundaria y terciario para especialistas.[71] Las Naciones Unidas y la OMS esperan que los países miembros integren los cuidados paliativos en la formación de los trabajadores sanitarios y brinden apoyo a los países con menos posibilidades económicas.[72] La Oficina Regional de la OMS para Europa y la Universidad Médica Privada de Paracelso (PMU) en Salzburgo, acordaron fortalecer la educación en cuidados paliativos de todos los profesionales de la salud a nivel de posgrado. El objetivo general de la colaboración entre las mencionadas organizaciones es desarrollar un plan de estudios paneuropeo de cuidados paliativos, que podría adaptarse a los requisitos nacionales de formación de cada país miembro.[73] Sin embargo, tal y como hemos comentado en el apartado anterior, numerosos estudios indican que la enseñanza durante el pregrado de los médicos no los capacita adecuadamente para asistir a tales pacientes ni para manejar aspectos del final de la vida de la persona. [31,74,75]

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Los médicos residentes pueden sentirse incómodos con el manejo de una enfermedad terminal y la muerte inminente de un paciente porque probablemente nunca hayan estado expuestos a ninguno de estos dos problemas durante su formación en el pregrado. En el Reino Unido, país donde los CP y la MP son impartidos durante el pregrado clásicamente, los médicos recién graduados aseguraban que habían sido insuficientemente preparados para el cuidado al final de la vida. El 27% informó no haber recibido ninguna formación en paliativos, el 75% aseguró que no poseían capacitación en la atención al duelo y el 50% sin formación en habilidades comunicativas. Estas proporciones fueron similares en médicos durante el primer año de residencia.[76] En este sentido, el trabajo de Duong y colaboradores, analizó el impacto que suponía una rotación clínica de 6 meses de duración de médicos internos residentes en un Servicio de Cuidados Paliativos. Un total de cincuenta y cinco residentes rotaron durante 6 meses por el servicio. Se envió un cuestionario a la totalidad de estos, para que expresaran su opinión sobre mejora de conocimientos, percepción de prioridades y la utilidad de la rotación. Un total de 33 participantes respondió a los cuestionarios. La mayoría de ellos manifestaron haber aumentado sus conocimientos en MP y CP, en control del dolor, en el manejo de los síntomas neurológicos y psicológicos, en comunicación con el paciente y sus familiares y en su actitud hacia estos enfermos. El 58% reconoció haber iniciado la formación con aprensión, el 70% manifestó estar completamente satisfecho con el rotatorio y el 98% recomendó la rotación clínica a otros compañeros.[77] Por todo ello, estos autores recomiendan la implementación de un conocimiento integral en cuidados paliativos como parte de toda educación médica convencional de postgrado.

Estudios como el de Jiang y colaboradores, en el que fueron encuestados 400 internos recién graduados de facultades de medicina, aproximadamente un tercio (34,5%) declaraban estar familiarizados con escalas de dolor y el 31% con el concepto del

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

mismo. A pesar de ello, sólo el 7.5% de los participantes se sentían adecuadamente capacitados para el manejo del dolor y el 13% para manejar los síntomas asociados con la muerte del paciente. Resulta llamativo que el 77% de los participantes reportaron una educación inadecuada sobre comunicación de la muerte con pacientes y familiares.[47] Además, es necesaria la inclusión de mayor cantidad de educación en cuidados paliativos en el currículo médico básico y en la formación de médicos internos residentes. Tal y como hemos comentado en el apartado anterior, del total de competencias adquiridas por los estudiantes que tienen relación con los CP, sólo permanecen en el médico recién postgraduado: la profesionalidad, la medicina centrada en el paciente, la comunicación, el trabajo en equipo y autoconciencia.[45] Sin embargo, en general, competencias relacionadas con aspectos psicosociales y espirituales del paciente parece seguir siendo insuficientes en los médicos graduados.

En cuanto a la formación en el postgrado en aspectos paliativos, decir que en unos países los CP son una especialidad, en otros, una subespecialidad, y en otros un área de capacitación específica. Los Cuidados Paliativos son especialidad médica sólo en 18 de los 53 países europeos, entre los que no se encuentra España.[78] En nuestro país no sólo no es una especialidad, si no que no es ni un área de capacitación específica o una subespecialidad, por lo que los profesionales que se dedican a ello lo hacen a partir de un proceso de autoformación y gracias a su dedicación y compromiso.

La creación de un área de capacitación específica de Cuidados Paliativos ha sido una de las reivindicaciones históricas de la SECPAL con vistas a avalar una atención de calidad en procesos de final de la vida. El objetivo es poder certificar que quienes trabajen en ese campo de forma específica, acrediten una formación amplia y contrastable. Para ello, la SECPAL defiende un proceso de reconocimiento cuyo desarrollo debe ir dirigido a 3 niveles: [23]

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- Incluir en el Grado una formación básica dirigida a todos los profesionales del ámbito sanitario.
- Poner en marcha una especialidad o subespecialidad mediante el sistema de residencia, es decir vía MIR (Medicina), EIR (Enfermería) o PIR (Psicología).
- Implantar la categoría profesional en Cuidados Paliativos como forma de creación de plazas específicas en las que se prime la formación y experiencia en este campo.

En los programas de especialidades de medicina de familia, oncología y medicina interna están contempladas las competencias a adquirir para la atención al paciente terminal y su familia. En la especialidad enfermera de familia y comunitaria también están presentes las competencias que las enfermeras del nivel básico de atención sanitaria han de adquirir para la atención al paciente terminal y sus familias. Las unidades docentes de dichas especialidades tienen gran heterogeneidad de recursos asistenciales expertos en cuidados paliativos en los que se formaran sus especialistas. Esta heterogeneidad de los recursos asistenciales de CP, en cuanto al nivel de experiencia en CP de los tutores de especialidad y la organización en las unidades de CP, equipos de soporte de CP hospitalarios, equipos de soporte domiciliarios, junto con la ausencia de multidisciplinariedad es un factor que determina en gran medida el modelo de programa de rotación en CP. Sin embargo, es necesario un programa lo más homogéneo posible entre los diferentes países, o al menos en los diferentes servicios clínicos de CP de un mismo país. Fuera de Europa, Canadá, ha llevado a cabo recientemente la introducción de un nuevo programa de una subespecialidad en Medicina Paliativa de 2 años de duración reconocida por el *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*. Este programa parece que está consiguiendo fomentar programas más sólidos en las facultades de medicina, introduciendo la asignatura de Medicina Paliativa en el grado de medicina en este país. A pesar de ello, en un estudio

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

reciente, se ha observado que en Canadá sólo el 57,9% de los médicos residentes de la especialidad de familia realizaron y completaron la rotación clínica en Cuidados Paliativos entre los años 2007/2008 y 2016/2017. Esto es, sólo algo más de la mitad de los residentes de medicina familiar y comunitaria, tuvieron rotatorios por unidades de CP, a pesar de que con una probabilidad del 100%, tendrán que tratar a pacientes de este tipo. Durante este mismo periodo de tiempo, esta rotación fue completada por residentes de otras especialidades. Así, el 34,2% de los residentes de anestesiología, el 64,4% de los residentes de geriatría, el 30,9% de los residentes en medicina interna, el 28,2% de los de neurología y el 64,5% de los de psiquiatría, rotaron por servicios clínicos de CP en Canadá en ese intervalo de tiempo.[79]

Para finalizar y a modo de resumen de lo observado en los estudios planteados en este apartado, en general, la formación en cuidados paliativos durante el grado es insuficiente. Los datos obtenidos de los estudios llevados a cabo en relación con las competencias, habilidades y conocimientos adquiridos por estudiantes de grado en medicina durante su formación son inadecuados y escasos. Este hecho acaba repercutiendo en el médico postgraduado que requiere de formación específica en atención a pacientes al final de la vida. Además, observamos como en la mayoría de los casos y países de Europa, la formación en el postgrado de Medicina y Cuidados Paliativos corre a cargo de los propios profesionales y en forma de cursos o máster. Por ese motivo, consideramos importante que se regule la especialidad médica de Medicina Paliativa o Cuidados Paliativos en España y en otros países europeos, considerada como clave para garantizar una atención de alta calidad a estos pacientes.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

1.3.3- Formación en cuidados paliativos en otros grados: Enfermería

El aprendizaje de los CP debe formar parte de la formación de todos los profesionales sanitarios. Sin embargo, las enfermeras son las profesionales que más tiempo pasan con los pacientes; por tanto, es particularmente importante que todas estas profesionales reciban una formación básica en CP como parte de sus cursos universitarios.[80]

De acuerdo con la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC), todos los profesionales de la salud deberían poder brindar cuidados paliativos apropiados y ser capaces de satisfacer las necesidades de los pacientes y sus familiares a través del tratamiento de cuidados paliativos.[81] Las enfermeras son vitales para la prestación de cuidados paliativos y la adquisición de competencias en estos cuidados es esencial para garantizar una atención de alta calidad en estas profesionales. Existe consenso sobre el hecho de que la falta de experiencia, conocimiento y educación es un obstáculo común para una atención de calidad. [82,83] Las rutinas de cuidados de calidad relacionadas con las competencias de abordaje e intervención en los problemas bucales, las náuseas, la ansiedad y el uso del sistema de evaluación de síntomas de Edmonton (ESAS) se vieron correlacionadas positivamente por las competencias post-licenciatura.[84] En este sentido, en el estudio realizado por Huijer *y* colaboradores, en enfermeras de distintas especialidades, resulta destacable que el dato de que las enfermeras de oncología tenían actitudes más favorables que otras especialidades con respecto a informar a los pacientes sobre su diagnóstico, involucrar a los pacientes en las opciones de tratamiento y respetar sus deseos de terapia alternativa.[85] La autopercepción de competencias en CP de las enfermeras es deficiente y se ha relacionado con el número de horas de formación continua recibida. [86]

De forma general, la competencia en enfermería de cuidados paliativos se puede definir como una combinación de conocimientos, habilidades y actitudes que

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

involucran atención física, emocional, psicosocial y espiritual basada en la evidencia.[87] En muchos países, como Gran Bretaña, Nueva Zelanda, Estados Unidos, Canadá e Irlanda, existen ya marcos muy definidos que detallan las áreas de competencia que deben adquirir los graduados en enfermería para los cuidados paliativos.[88] De esta forma, unos cuidados paliativos de calidad deben incluir una atención adecuada al paciente junto con aspectos físicos, psicológicos, psiquiátricos, sociales, espirituales, religiosos y existenciales de la atención. Los factores culturales, éticos y legales también son importantes al final de la vida.[89] Desde una perspectiva europea, las principales áreas de competencia en el grado de enfermería reflejan las identificadas anteriormente, aunque las guías europeas también prestan atención al entorno operativo para los pacientes y sus familias, implementando una cooperación integral y multidisciplinar, desarrollando habilidades de interacción e identificando las propias habilidades enfermeras. [81]

En realidad, la educación sobre CP al final de la vida proporcionada a estudiantes de enfermería, rara vez se había estudiado. Hace unos quince años, en los países donde se había introducido los CP, la atención prestada a dicha materia en el grado de enfermería era insuficiente: pocos programas y sólo un pequeño número de horas que se dedicaron a este tema, se prestó poca atención a los servicios de salud y el personal docente a menudo carecía de cualificación especializada en la materia.[90] No obstante, esta situación sufrió una rápida transformación. En 2006, todas las escuelas de enfermería del Reino Unido impartían algún contenido en cuidados paliativos y al final de la vida, y más del 95% de los estudiantes participaron en estos cursos.[91] Datos de otros países han confirmado que en E.E.U.U.[92] y Canadá[93] la educación en CP en el grado de enfermería se ha incorporado como parte del programa de formación básica de forma gradual.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En España, según los datos de una encuesta nacional realizada por la Asociación de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL) en 2005, de las 92 Escuelas de Ciencias de la Salud, 55 cuentan con asignatura de Cuidados Paliativos, en 49 son asignaturas optativas, 4 asignaturas de libre configuración y otras 2 asignaturas obligatorias.[94] Además, no estaban contemplados contenidos en CP en la formación de pregrado de Psicología y Trabajo Social, a pesar de pertenecer al equipo multidisciplinar que atiende a un enfermo que necesita de cuidados paliativos.

Según la Conferencia Nacional de Decanos de las Escuelas de Enfermería de España,[95] el grado en enfermería es ofrecido por cincuenta y seis universidades en total, lo que representa el 71% del número total de universidades. Además, algunas universidades tienen varias facultades de Ciencias de la Salud que comparten programas de estudio, como ejemplo la Facultad de Enfermería de Málaga capital y la Facultad de Enfermería de Ronda (ambas adscritas a la Universidad de Málaga). Según un reciente estudio, de todas estas facultades de enfermería en España, se imparte la materia de cuidados paliativos en treinta y cinco de estos programas, lo que representa el 62,5%. En la mayoría de ellas se imparte como asignatura específica o como asignatura complementaria a la geriatría o la ética aplicada. Actualmente, la asignatura es obligatoria en treinta de las universidades analizadas en este estudio. Además, observan que, en el grado de enfermería, la formación basada en cuidados paliativos tiene duración media de 4,64 ECTS, teniendo en cuenta únicamente las escuelas que ofrecen este curso. La mayoría de la formación en CP en enfermería se imparte en el tercer curso, seguidas del cuarto y del segundo curso.[53]

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

De forma clásica, los enfermeros siempre se han considerado un elemento clave en la prestación de cuidados paliativos durante todo el ciclo de vida; por lo que se requiere una adecuada formación de este profesional en esta materia. La Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC), tras analizar los programas de formación de enfermería

disponibles en varios países, formuló una guía para el desarrollo de la formación de enfermeras en cuidados paliativos en toda Europa, con recomendaciones dirigidas especialmente a aquellos países donde los cuidados paliativos estaban en desarrollo. Recomendaron el desarrollo de tres niveles de formación: formación básica para todas las enfermeras, titulación intermedia para las enfermeras que atienden en ocasiones a pacientes que requieren cuidados paliativos y formación especializada para quienes trabajan en servicios de cuidados paliativos y al final de la vida.[96,97]

Tal y como hemos mencionado anteriormente, en nuestro país, la formación en cuidados paliativos está incluida en las titulaciones de la mayoría de las Facultades de Enfermería, aunque de formas muy diferentes, reflejando la heterogeneidad de esta formación. También existen algunas Universidades y agencias relacionadas con los cuidados paliativos (como la Sociedad Española de Cuidados Paliativos) que ofrecen formación de posgrado y continuada con variedad en las horas de formación ofertadas y con contenidos relacionados con los diferentes niveles de formación.

Un estudio reciente, evaluó los conocimientos en cuidados paliativos en estudiantes del grado de enfermería en diferentes cursos de 5 facultades de enfermería (Valencia, Murcia, Barcelona, Granada y Alcalá) mediante un cuestionario adaptado al español y validado para enfermeras.[98] Los resultados de este estudio confirman que los estudiantes del grado de enfermería en España poseen un conocimiento en cuidados paliativos limitado y que éste mejora durante la formación de pregrado. Sin embargo, queda de manifiesto que no disponían de formación específica en el campo de los cuidados paliativos. Los resultados de este trabajo ponen de manifiesto la existencia de una formación heterogénea en el ámbito de los cuidados paliativos entre las distintas facultades de enfermería españolas y la necesidad de establecer un currículo unificado que permita a todos los profesionales de enfermería españoles recibir una educación básica común. Para estos autores, la formación en cuidados paliativos de

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

los estudiantes de enfermería españoles presenta deficiencias, principalmente en algunas cuestiones relacionadas con aspectos psicosociales, como el afrontamiento de la muerte y el duelo y el manejo de las situaciones de los últimos días de la vida. Estos datos nos sugieren que la educación en torno a los cuidados paliativos en estudiantes de enfermería puede ser insuficiente en algunos aspectos y es necesario un cribado previo a la elaboración de estrategias para mejorar el conocimiento en este importante punto de la formación en enfermería.[99] Algunos de los aspectos que han sido considerados con formación insuficiente en enfermeros son: habilidad en el manejo del dolor, comunicar malas noticias, problemas legales y el conocimiento en CP. En un estudio reciente llevado a cabo en Japón por Miyashita y colaboradores a profesionales enfermeros, se han analizado estos aspectos. El resultado muestra que, de forma general, los conocimientos en CP no son considerados insuficientes durante el periodo de formación en el grado de enfermería en Japón actualmente. Por lo que, según este estudio y en este país, en estos momentos los conocimientos de CP en enfermeras no supondrían una barrera a la hora de atender a pacientes que requieran dichos cuidados[100] siendo más importante otros aspectos como los económicos, el acceso a los CP, habilidades de comunicación, etc. Sin embargo, no cabe duda de que es necesario seguir formando a estos profesionales sanitarios acerca de los cuidados paliativos al final de la vida, de modo que puedan brindar una atención éticamente sólida y de alta calidad a las personas que lo requieran, al tiempo que mantienen la dignidad del paciente, las necesidades culturales y/o espirituales, los síntomas y el dolor. Además de guiar tanto al paciente como a la familia a través de este período de pérdida, dolor y duelo.[101] De hecho, los mismos estudiantes de enfermería consideran que la asignatura de CP es un componente esencial en su formación y que contribuye favorablemente a su desarrollo personal y profesional.[102]

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En cuanto al postgrado y especialización de la enfermería en CP, actualmente en nuestro país no existe especialización como tal. Durante el año 2005 el colectivo de enfermería de la SECPAL realizó una serie de cambios significativos en su organización, estructura, y funcionamiento interno y externo, tratando de modernizar y dar empuje al desarrollo de la profesión. Ello condujo a la fundación de la AECPAL (Asociación de Enfermería en Cuidados Paliativos), que compartiendo objetivos con SECPAL quedó federada a ésta, manteniendo de esta forma, por un lado, el carácter autónomo de las necesidades de la profesión, y por otro el carácter interdisciplinar de los cuidados paliativos. En la AECPAL, se trata de enfatizar el objetivo marcado en los últimos años: el reconocimiento profesional y la formalización de un área de competencias específico y de formación reglada, siguiendo el ejemplo de compañeros y compañeras de países avanzados en el desarrollo de los cuidados paliativos: Reino Unido, Canadá, Estados Unidos, Australia, donde la enfermería en cuidados paliativos cuenta con una especialidad propia. Por lo tanto, estos profesionales actualmente están centrados en el esfuerzo en defender un Área de Capacitación Específica de enfermería en Cuidados Paliativos. Por supuesto, esto influye en la preparación de los profesionales que se enfrentan día a día a las situaciones habituales y especiales que generan estos pacientes, repercutiendo negativamente en su calidad de vida y en asegurar un adecuado soporte de cuidados, favoreciendo situaciones de *burnout* profesional y de baja calidad de la atención.[103]

1.4- HERRAMIENTAS PARA LA EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN EN CUIDADOS PALIATIVOS

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En las últimas décadas ha crecido la oferta formativa en CP en pregrado y postgrado. La medida de las competencias de los profesionales en este ámbito se debe realizar antes de recibir la formación para adecuar el nivel de esta, y posteriormente para medir las competencias adquiridas. Dichos instrumentos miden conocimiento, actitudes y

habilidades en CP de profesionales. Por lo tanto, estas mediciones pueden ser beneficiosas para facilitar el desarrollo de programas adecuados a dichos profesionales, en un primer tiempo y para medir la eficacia del programa de formación, incluso para comparar acciones formativas entre sí. Las herramientas diseñadas para medir el *pool* de competencias en CP que cada rol profesional en cada nivel asistencial, han de estar validadas. Dicha validación requiere de un proceso de investigación para asegurar que realmente son eficaces en su objetivo. Para ello, los investigadores se sirven no sólo de la maestría en el área de conocimiento específico de CP sino del conocimiento de un área transversal de la investigación en auge que es la clinimetría. Alvan R. Feinstein introdujo el término clinimetría en la década de 1980, para referirse a la construcción de una serie de índices, dominios o instrumentos utilizados para describir o medir síntomas, signos físicos y otros fenómenos clínicos distintivos.[104] Las herramientas utilizadas en la medición de este fenómeno son denominadas índices o instrumentos clinimétricos, que no son más que una clase de información expresada en escalas de categorías o variables. Estos instrumentos se encargan de medir los componentes clínicos/docentes que revisten una importancia particular para el médico asistencial/docente, en un paciente/alumno específico, con una entidad clínica/ docente determinada. Cuestionarios, criterios, escalas, puntajes, factores, estadios, clases o sistemas, son ejemplos de índices o instrumentos clinimétricos que utilizan los profesionales en su práctica clínica diaria.[104] Volviendo a la similitud de la clínica asistencial y la educación médica, mediante la clinimetría se desarrollan y validan instrumentos de medición de cada elemento de las competencias en el área de conocimiento de los CP con los siguientes objetivos entre otros: 1) Medir individualmente las necesidades de formación, antes de una acción formativa; 2) Medir los resultados de aprendizaje después de una acción formativa; 3) Facilitar el desarrollo de programas formativos por niveles de competencias profesionales 4) Medir la eficacia de un programa formativo; y 5) Comparar programas formativos.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En la educación médica actual se tiende a fomentar la integración de habilidades cognitivas, afectivas y conductuales, específicas y genéricas mediante el autoaprendizaje. El aprendizaje en el medio de trabajo, como se pretende en las actividades formativas de profesionales en unidades asistenciales de cuidados paliativos exige un aprendizaje más reflexivo mediante un proceso estructurado con retroalimentación por parte de la figura del tutor clínico con monitorización frecuente. Esta monitorización se debe realizar mediante la evaluación continua con retroalimentación para asegurar la adquisición continua de las competencias.[105] Los métodos de evaluación del aprendizaje van sumándose en función del esquema de conocimiento de la pirámide de Miller,[106] el simple 'saber' (conocimiento) es una fase previa al 'saber cómo hacer' (competencia), lo que permite 'demostrar cómo hacer' (acción) y, finalmente, 'hacer' (práctica). Si se alcanza la cúspide de esta pirámide (conocida como pirámide de Miller), el futuro médico habrá conseguido no sólo saber medicina paliativa, sino saber ejercer los cuidados paliativos y ser un profesional competente en la atención al paciente en situación de enfermedad avanzada y/o terminal. Los métodos de evaluación objetivos son varios (cuantitativos y cualitativo), que se pueden usar, diseñar, elegir y validar. Los métodos de evaluación (Tabla 3), siempre en conjunto con el juicio experto del tutor clínico, han de formar parte del diseño del programa de formación. [107,108]

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

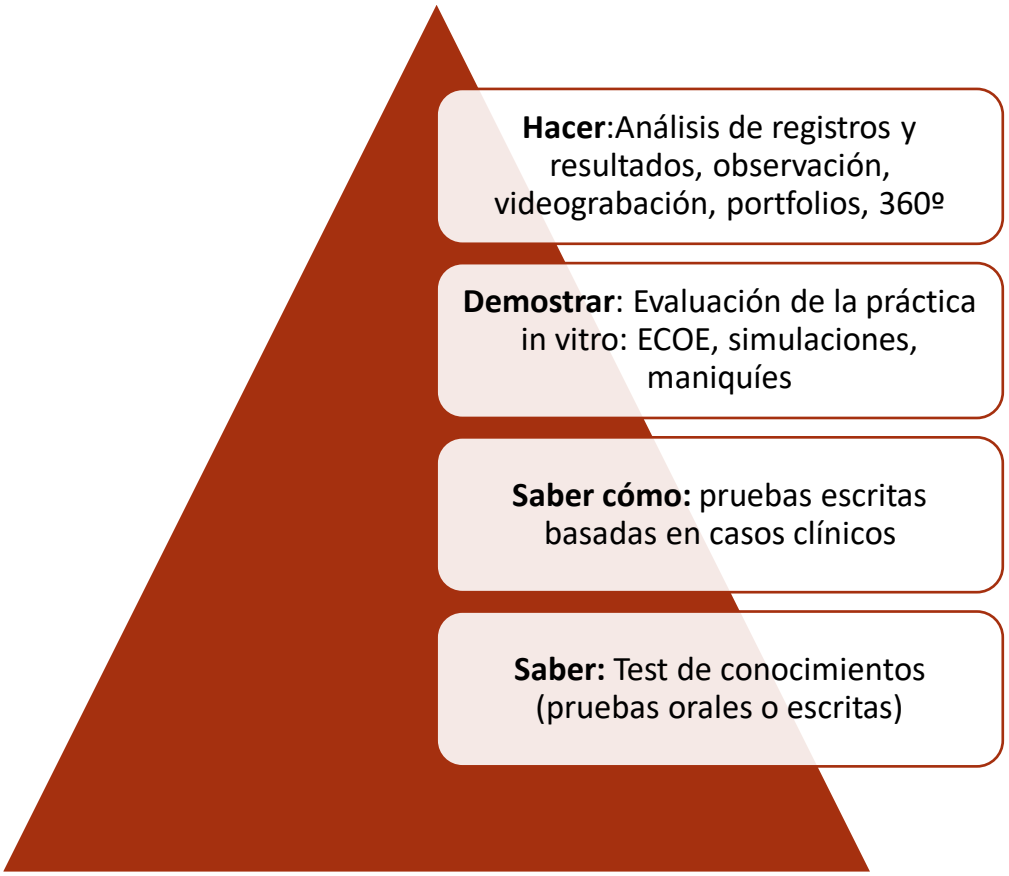


Figura 1: Relación entre el nivel de competencia según la pirámide de Miller y los instrumentos para su evaluación. Fuente: Adaptada de Van der Vleuten.[109]

La investigación y teoría educativas sugieren que la evaluación debe tener un papel esencial, que debe ser un medio para conducir y mejorar el aprendizaje.[110] En consecuencia, para investigar y mejorar la calidad y el efecto de la educación en cuidados paliativos, se requiere de métodos de evaluación adecuados y rigurosos con respecto a los resultados de la formación en cuidados paliativos que incluyan aspectos cognitivos o afectivos, relacionados con la actitud, así como evaluación de habilidades (Tabla 2).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 2: Instrumentos de evaluación. Fuente: Adaptada de Palés Argullós J.[111]

Instrumentos objetivos de evaluación escrita	**Instrumentos de evaluación en situación real**
Preguntas de respuesta alterna (verdadero/falso)	Autoevaluación
Preguntas de elección múltiple (preguntas de respuesta múltiple)	Coevaluación (combinada)
Preguntas de correspondencia (EMI)	Mini-Cex
Preguntas de ordenación o jerarquización	Evaluación 360°
Preguntas de localización o identificación	Evaluación por pares
Test de concordancia script	Coevaluación (combinada)
	Feedback de múltiples fuentes
	Evaluaciones del producto
	Evaluación por portafolio

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

La evaluación, actúa como directora del aprendizaje del profesional, a nivel individual, y además permite la adecuación y la reforma de los programas formativos, a nivel más global. Por lo que es una exigencia contar con herramientas validadas que midan el conocimiento, las actitudes y las habilidades que constituyen las competencias en CP.

1.4.1- Herramientas que evalúan conocimientos en Cuidados Paliativos

El conocimiento, las habilidades y las actitudes de los profesionales de la salud que brindan atención al final de la vida, tienen un impacto significativo en el tipo y calidad de la atención en la práctica sanitaria.[112] Para garantizar la calidad de los cuidados paliativos, los profesionales sanitarios que trabajan en equipos de cuidados paliativos deben tener un nivel suficiente de conocimientos en los mismos.[113-116] Se ha demostrado que la autoevaluación de las competencias adquiridas desarrolla las habilidades de cuidados paliativos de los médicos y enfermeras y mejora la calidad de la atención de los pacientes.[117] A su vez, diversos autores han utilizado una variedad de indicadores de medición para evaluar las competencias de los profesionales sanitarios en cuidados paliativos.[85-88]

Sin embargo, hasta la fecha, no existe consenso sobre cuáles son los instrumentos más eficaces para medir las competencias adquiridas en cuidados paliativos en profesionales sanitarios.

Tal y como hemos comentado, la medición efectiva del conocimiento del médico es un componente indispensable de la evaluación de la competencia en CP sobre la que posteriormente podrá analizarse la capacitación de cada uno de los miembros de su equipo asistencial multidisciplinar. Sin embargo, la mayoría de los estudios relevantes se han realizado para evaluar el conocimiento de los cuidados paliativos exclusivamente en enfermeras.[121-124]

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Se ha validado en español un instrumento para evaluar la actitud ante la muerte en médicos y enfermeros, [125,126] y otro, en dos versiones, sobre la actitud ante los cuidados paliativos.[127,128] En 2017, se validó un cuestionario de conocimiento de cuidados paliativos exclusivo para enfermeras (PCQN).[99] La versión española validada del PCQN (PCQN-SV) es un instrumento útil en lengua castellana para medir el conocimiento de

las enfermeras españolas en cuidados paliativos, pero no en médicos. Hasta donde sabemos, no existe una herramienta validada para enfermeras y médicos que evalúe el conocimiento conjuntamente para hispanohablantes.

En 2009, Nakazawa y colaboradores, desarrollaron y validaron un instrumento para evaluar el conocimiento de médicos y enfermeros[129] (Palliative Care Knowledge Test (PCKT)) que se utilizó para estimar los efectos del diseño del programa de capacitación en cuidados paliativos (PEACE) para 57.664 médicos en Japón.[130,131] Esta herramienta se encuentra validada para dos de los profesionales sanitarios del equipo multidisciplinario que forma los cuidados paliativos (médicos y enfermeras). En este sentido, los equipos de cuidados paliativos son interdisciplinarios ya que la atención al paciente con estas necesidades especiales se brinda desde un enfoque físico, psicológico, social y espiritual. Entendemos que los médicos y las enfermeras tienen competencias comunes en cuidados paliativos; por lo tanto, encontramos este cuestionario muy interesante para evaluar el componente de conocimiento correspondiente a estas competencias que han de tener los médicos y enfermeros que atienden a pacientes con enfermedad terminal al final de sus vidas.

Hasta donde sabemos, este PCKT ha sido traducido a otros idiomas, en países como Kuwait,[132] Vietnam[133] y Alemania.[134] Posteriormente se han desarrollado en algunos países, instrumentos donde se evalúan conocimientos y actitudes para determinados profesionales, con el fin de medir programas de formación específicos en CP, como en el Líbano.[135]

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En definitiva, existen numerosas herramientas que evalúan los conocimientos de CP de los profesionales sanitarios en la literatura científica, sobre todo para profesionales enfermeros. Sin embargo, hasta la fecha, sólo existe un instrumento validado que evalúa el conocimiento de médicos y enfermeros conjuntamente. Éste es el Palliative

Care Knowledge Test (PCKT)[129] elaborado por Nakazawa y colaboradores en 2009 y, por esa razón, el escogido para la adaptación transcultural y validación en esta tesis doctoral.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

1- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1- Justificación

La Asociación Europea de Cuidados Paliativos considera que la educación y formación de los profesionales sanitarios es fundamental para la promoción y difusión de los cuidados paliativos. En 2004, se elaboró un conjunto de recomendaciones para la formación de enfermeras en cuidados paliativos. En 2007 se publicó el "Programa de cuidados paliativos para la formación de médicos universitarios" y en 2010 se elaboró un informe para el "Desarrollo de la Especialidad en Medicina Paliativa".

En la actualidad existe un envejecimiento de la población europea. Debido a ello, un número creciente de personas morirá después de un largo período de convivencia con múltiples afecciones crónicas que limitan la vida y que en su mayoría requerirán de cuidados paliativos. Por lo tanto, el conocimiento de los cuidados paliativos es fundamental en la atención primaria de la salud debido al creciente número de pacientes que requieren de este enfoque de atención en la etapa final de su vida. Los profesionales de la salud de especialidades que atenderán a pacientes con enfermedades terminales necesitan adquirir competencias básicas en cuidados paliativos e incluso competencias intermedias en cuidados paliativos, como son médicos de familia, médicos internistas, oncólogos y psiquiatras. Por lo tanto, son necesarios programas de formación específicos adecuados en contenidos, duración, diseño y evaluación para cada nivel de competencias (básico, intermedio y avanzado), que garanticen la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades específicos para proporcionar cuidados paliativos de calidad a estos pacientes.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

La medición eficaz del conocimiento médico es un componente importante de la evaluación de la educación y la práctica. Desafortunadamente, la mayoría de los estudios relevantes se han realizado para evaluar el conocimiento de cuidados

paliativos en enfermeras más que en médicos y la mayoría de ellos evalúa la actitud hacia muerte en lugar de conocimiento.

Por ello, el análisis de los conocimientos en cuidados paliativos en médicos/as y enfermeros/as y la adaptación transcultural y validación de una herramienta en castellano que valorare dichos conocimientos de este personal sanitario de forma conjunta, podría constituir un instrumento valioso y útil de aplicación en una variedad de propósitos tales como la evaluación de necesidades de aprendizaje y la evaluación de cualquier programa educativo, pudiendo repercutir finalmente en la calidad asistencial de estos enfermos.

2.2- Hipótesis

Los conocimientos de las competencias básicas en cuidados paliativos de los enfermeros y médicos son insuficientes. La versión española del PCKT *(Palliative Care Knowledge Test)* elaborado por Nakazawa y colaboradores en 2009 permite evaluar los conocimientos en CP de profesionales sanitarios (enfermeros y médicos) del nivel básico de salud que ejercen en España.

2.3- Objetivos

2.3.1- Objetivo General

Adaptar y validar transculturalmente al castellano la herramienta de evaluación del conocimiento de enfermeras/os y médicas/os, en Cuidados Paliativos de Nakazawa y colaboradores.[119]

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

2.3.2- Objetivos Específicos

- Analizar los conocimientos en Cuidados Paliativos en estudiantes de último curso del Grado en Medicina.
- Traducir, adaptar y validar transculturalmente al castellano la herramienta de conocimiento en CP de Nakazawa y colaboradores.[119]
- Analizar los conocimientos en cuidados paliativos en postgraduados en Medicina y Enfermería.
- Evaluar los conocimientos en Cuidados Paliativos en profesionales sanitarios (médicos/as y enfermeros/as) del primer nivel de atención sanitaria.
- Disponer de un instrumento útil y valido en nuestro país para el conocimiento adquirido mediante actividades formativas en CP dirigidas a los profesionales médicos y enfermeros del nivel básico de atención sanitaria.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

MATERIAL Y MÉTODOS

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

2- MATERIAL Y MÉTODOS

El material y método utilizado para obtener resultados que den respuesta al objetivo general y a los objetivos específicos de esta tesis doctoral, fue realizado en dos fases que a continuación desglosamos.

1ª Fase: Analizar los conocimientos en Cuidados Paliativos en estudiantes de último curso del Grado en Medicina: *Estudio descriptivo del conocimiento en cuidados paliativos en estudiantes de medicina de pregrado.*

1.1.- Diseño del estudio

Estudio descriptivo transversal en el que se evaluó el nivel de conocimientos sobre CP de los estudiantes de grado de medicina, mediante un cuestionario autoadministrado (Anexo 1), de carácter anónimo y confidencial, en un único tiempo. Se añadió una pregunta de opinión para valorar cómo de necesaria consideraban los estudiantes su formación en el ámbito de los Cuidados Paliativos. Los estudiantes fueron informados de la voluntariedad, utilidad del estudio, así como de la confidencialidad de sus datos, mediante consentimiento informado escrito (Anexo 1).

1.2.- Participantes

La muestra poblacional se constituyó por los 90 alumnos que cursaban sexto curso del Grado en Medicina de la Universidad de Málaga durante el curso académico 2019-2020. Se les invitó a participar de forma voluntaria. Finalmente, fueron 60 estudiantes los que aceptaron participar en el estudio.

Del total de alumnos evaluados 24 eran hombres y 36 mujeres, con edades comprendidas entre los 22 y 39 años. De los 60 estudiantes que aceptaron la participación del estudio, 40 participantes tenían 23 años (16 hombres y 24 mujeres), 10 participantes de ellos tenían 24 años (4 hombres y 6mujeres), 5 participantes tenían

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

más de 25 años (2 hombre y 3 mujer), 4 participantes tenían 25 años (2hombre y 2 mujer) y uno de ellos 22 años (1 hombre). (**Tabla 3**)

Tabla 3. Características de la muestra de participantes (n=60). Fuente: Elaboración propia.

Sexo	**Hombre**	**Mujer**
	24	36
Edad (años)		
22	0	1
23	16	24
24	4	6
25	3	2
Más de 25	2	3
Área de interés		
Médica	15	24
Quirúrgica	5	6
Médica- Quirúrgica	1	6
No sabe	3	0

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

1.3.- Instrumentos

Se elaboró un cuadernillo de recogida de datos que consta de dos apartados, en el primero se recogían las variables sociodemográficas y variables referentes a la formación profesional de los participantes, y en el segundo apartado se recogía el cuestionario de conocimientos en cuidados paliativos.

Para esta primera fase de la investigación se utilizó basado en el cuestionario diseñado originalmente por Nakazawa y colaboradores [129] así como una pregunta de opinión sobre la necesidad de formación en Cuidados Paliativos. Esta escala se adaptó para evaluar por primera vez, en el año 2018, el nivel de conocimientos de Cuidados Paliativos en estudiantes de sexto curso del Grado en Medicina de la Universidad de Lima[143]. Para su estudio la adaptaron a estudiantes de pregrado, sin experiencia profesional, mediante juicio de expertos la escala PCKT original. El instrumento consta de un total de 30 ítems sobre Cuidados Paliativos. Estos ítems se agrupan en 5 dimensiones: "aspectos generales sobre Cuidados Paliativos", "ética y comunicación", "espiritualidad", "conocimientos acerca de los signos y síntomas al final de la vida" y aspectos sobre el "manejo farmacológico" (Anexo 2).

Las respuestas de este cuestionario de conocimientos son de tipo dicotómicas "si" o "no". Cada uno de los ítems del test fueron puntuados como correctos o incorrectos en base a las respuestas consideradas como tales por parte del juicio de expertos y fueron contabilizadas y analizadas las puntuaciones obtenidas por los alumnos y comparadas con estudios previos.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

1.4.- Análisis estadístico

Se realizó un estudio descriptivo transversal acerca de los conocimientos sobre Cuidados Paliativos evaluados en alumnos de sexto curso del Grado en Medicina de la Universidad de Málaga. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa

XLSTAT. Se realizó un análisis descriptivo de los datos, registrándose: frecuencia, media, desviación típica y rangos. Se compararon las puntuaciones totales obtenidas en el test (variable cuantitativa) con cada una de las variables de interés del estudio (variables cualitativas): sexo, áreas de interés médico-quirúrgico y opinión sobre los Cuidados Paliativos. Para ello se utilizaron pruebas no paramétricas como: Kolmogorov-Smirnov, Wilconxon y Mann-Whitney; ya que los datos del presente estudio no seguían una distribución normal y se compararon variables cualitativas (sexo, edad, área de interés en medicina y opinión) con una variable cuantitativa (puntuación total del test).

1.5.- Consideraciones Éticas

Consultado al Comité de Ética de Investigación del Hospital Carlos Haya y de la Universidad de Málaga, confirmaron que no era necesario su aprobación por no ser un estudio en el que estuvieran implicados pacientes. Sin embargo, se instó a que apareciera una pequeña explicación y solicitud de consentimiento al estudiante en la primera página del cuestionario. A pesar de ello, se solicitó permiso por escrito al Sr. Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga quién lo otorgó.

2ª Fase: Adaptar y validar transculturalmente al castellano la herramienta de conocimiento en CP de Nakazawa y colaboradores[129] y analizar los conocimientos en cuidados paliativos en postgraduados en Medicina y Enfermería: ***Desarrollo del instrumento Palliative Care Knowledge Test Spanish Version (PCKT-SV)***

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

2.1. Diseño del estudio

Primero, se llevó a cabo una traducción y adaptación transcultural. Posteriormente, se realizó un estudio piloto de la prueba PCKT-SV para médicos y enfermeras.

2.1.1- Traducción, adaptación transcultural y proceso de validación

La validación transcultural del PCKT al español se implementó en tres etapas: traducción, adaptación transcultural y validación.

2.1.2-Traducción al español

Se llevó a cabo utilizando el método estandarizado de traducción directa inversa.[137]

La prueba fue traducida por dos traductores profesionales y dos expertos en cuidados paliativos con conocimientos avanzados de inglés. Se obtuvo una traducción española consensuada (PCKT-SV).

Realizamos dos traducciones directas independientes (del inglés al español). Se compararon ambas versiones y, después del consenso, se realizó la versión preliminar en español del PCKT-SV. Esta versión preliminar fue traducida nuevamente al inglés por dos traductores nativos ingleses para hacer, después del consenso, un solo documento (Figura 2). Este documento se comparó con el original para preparar un documento de consenso y ser evaluado a través de un panel de expertos.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

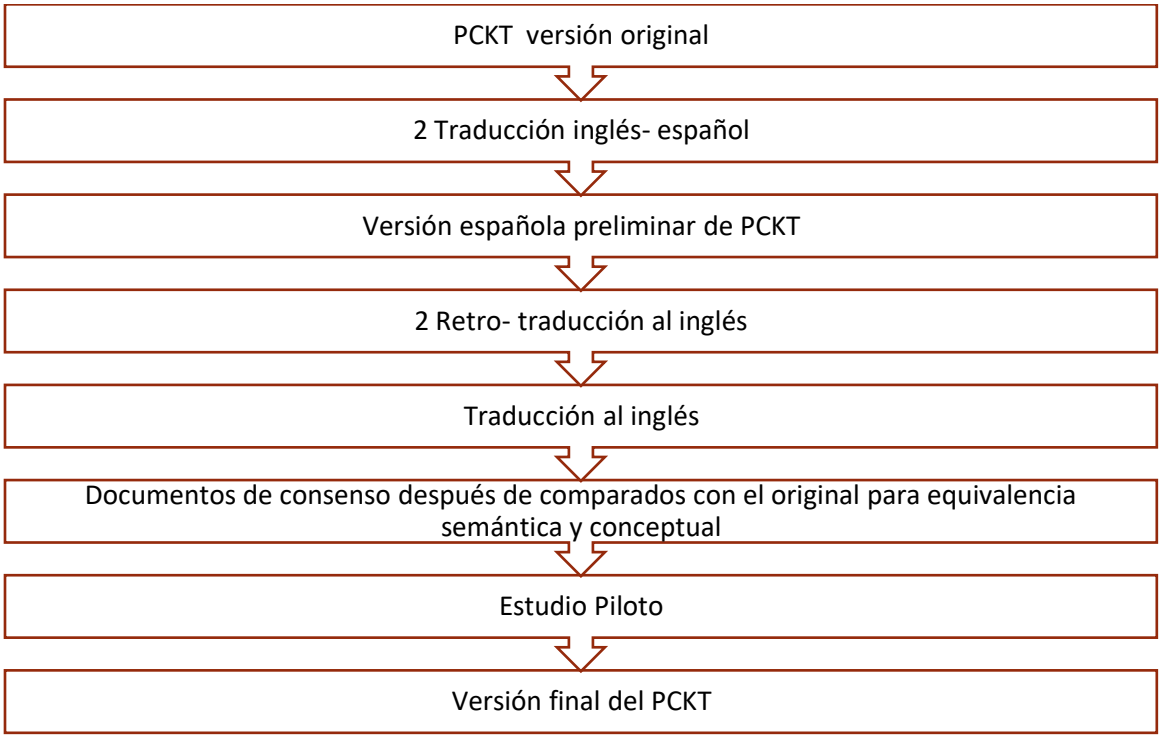


Figura 2. Diagrama de flujo de la traducción de PCKT de inglés a español. PCKT: Palliative Care Knowledge Test. Fuente: Elaboración propia.

2.1.3.- Análisis por grupo de expertos

Se utilizó la metodología Delphi para realizar esta fase de la adaptación. Se diseñó un segundo panel de expertos y se les preguntó sobre la relevancia de cada ítem (esencial, útil pero no esencial, no necesario) de acuerdo con la teoría de Lawshe[138] de 1975. Se remitió un cuestionario electrónico a cada experto y se recogió en una base de datos Excel. Los expertos dieron su consentimiento informado para participar en este estudio.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

2.1.4.- Estudio piloto

El estudio piloto se realizó con 561 médicos y enfermeras con el objetivo de identificar elementos problemáticos y garantizar que el instrumento adaptado fuera comprensible y aceptable siguiendo las recomendaciones de Muñiz y colaboradores.[139] Se preguntó a los participantes si encontraban alguna de las preguntas difíciles de responder, confusas o molestas.

2.1.5-Traducción y adaptación intercultural

El primer paso para traducir la prueba fue pedir permiso al autor original e informarle sobre la intención de realizar esta investigación. La Universidad de Tohoku autorizó la traducción de PCKT.

2.1.6- Análisis psicométrico

Se realizó un estudio descriptivo transversal con 561 médicos de atención primaria y enfermeras del Servicio de Salud Pública de España utilizando el PCKT-SV para identificar problemas en la comprensión y analizar las pruebas psicométricas para su validación:

- ***Medida de fiabilidad***

La consistencia interna del PCKT-SV se estudió mediante la prueba estadística Kuder-Richardson 20.0.

- ***Análisis de validez de contenido***

La validez de contenido se estudió siguiendo la metodología Delphi (cualitativa) y mediante evaluación de contenido (cuantitativa). Doce expertos seleccionados en el campo de los cuidados paliativos en España evaluaron la idoneidad y relevancia de

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

cada ítem incluido en el PCKT-SV. La relación de validez de contenido se calculó para cada elemento del PCKT-SV seguido del índice de validez de contenido.

- ***Análisis de validez de criterio.***

Evaluamos la validez de criterio concurrente-convergente con el número de años trabajados en un servicio de cuidados paliativos de cada participante del estudio piloto y con la capacitación continua que han recibido en el área de cuidados paliativos.

2.2. Participantes

- ***Panel de expertos participantes.***

El grupo de 12 expertos estaba compuesto por 6 médicos y 6 enfermeros con un mínimo de 5 años de experiencia laboral en cuidados paliativos y una capacitación de postgrado, como una maestría. Se les envió un correo electrónico con la versión en español del PCKT para que pudieran evaluar cada elemento en una escala de esencial, útil pero no esencial y no necesario. Podrían incluir cualquier comentario con respecto a la escritura y el contenido. Se siguió el método Delphi con otros dos médicos y otras dos enfermeras expertas como metodología cualitativa en dos reuniones presenciales para evaluar la validez del contenido.

- ***Participantes del estudio piloto.***

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Utilizando un método de muestreo por *cluster* de una sola etapa, seleccionamos cuatro áreas de salud de las nueve que conforman el Servicio de Atención Primaria en la Región de Murcia (Sudeste de España). Las áreas seleccionadas fueron 1, 4, 6 y 8, que

cuentan con 14, 6, 15 y 5 centros de salud, respectivamente. Cada centro de salud tiene un promedio de aproximadamente 15 profesionales de la salud (médicos y enfermeras). Por lo tanto, distribuimos 15 cuestionarios en cada centro de salud. Se distribuyeron un total de 600 cuestionarios y se respondieron 588 y se rechazaron 27. Finalmente, el estudio piloto se realizó con 561 profesionales de la salud (335 médicos y 226 enfermeras) que trabajaban en diferentes centros de salud de atención primaria en la comunidad de Murcia (España) en el año 2016. Los cuestionarios PCKT-SV se enviaron por correo electrónico con un archivo adjunto a registrar datos sobre su profesión, especialidad, información sociodemográfica, nivel de formación en cuidados paliativos (pregrado, posgrado y educación continua) y años de experiencia profesional en cuidados paliativos. A cada cuestionario recibido se le asignó un número de identificación. La información sobre el propósito del estudio de investigación, la confirmación del anonimato de cada participante y su consentimiento para participar en el estudio se envió a los participantes en el mismo correo electrónico.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 4. Características de la muestra de participantes (n=561).

Sexo	
Hombre	**216**
Mujer	**345**
Edad (años)	
25-35	**202**
36-45	**140**
46-55	**137**
56-65	**75**
66-75	**7**
Profesión	
Médico	**335**
Enfermera	**226**

2.3. Instrumento

Se elaboró un cuadernillo de recogida de datos que consta de dos apartados, en el primero se recogían las variables sociodemográficas y variables referentes a la formación profesional de los participantes, y en el segundo apartado se recogía el cuestionario PCKT-SV.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Las variables sociodemográficas que se recogieron fueron la edad, el sexo, la profesión y las referentes a la formación previa de los participantes fueron: los años de experiencia laboral, la especialidad vía MIR realizada, la realización y el tipo de formación previa en cuidados paliativos y la experiencia profesional previa en cuidados paliativos.

La Prueba de conocimiento de cuidados paliativos original (PCKT), desarrollada por Nakazawa y colaboradores. (Universidad de Tokio), es una prueba autoadministrada que comprende 20 ítems de opción múltiple que evalúan aspectos de cuidados paliativos para médicos y enfermeras[129]. Esta herramienta fue diseñada en base a cinco dominios, que incluyen "filosofía", "dolor", "disnea", "trastornos psiquiátricos" y "trastornos gastrointestinales".

2.4. Análisis estadístico

2.4.1- Validación de la herramienta.

Se realizó un análisis descriptivo de los 561 participantes en el estudio piloto para calcular la media y de las variables demográficas y clínicas. La prueba de Kolmogorov-Smirnov se realizó para definir la distribución de la muestra. La validez de contenido se obtuvo por consenso de los expertos siguiendo la metodología Delphi. Se realizó un análisis estadístico para evaluar la consistencia interna y la validez relacionada con los criterios. Para determinar la consistencia interna de los ítems de la escala, se utilizó el índice Kuder-Richardson 20.0 La validez de criterio se determinó con el coeficiente de correlación de Pearson entre la puntuación total de PCKT y el número de años en un servicio de cuidados paliativos y el nivel de conocimiento en cuidados paliativos.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Se utilizó SPSS V.23 (IBM SPSS Statistics, IBM Software Group) para los análisis estadísticos, considerando p <0,05 como significativo.

2.4.2- Análisis descriptivo de la muestra.

Para el análisis estadístico descriptivo de la muestra se emplearon los métodos descriptivos básicos, de modo que, para las variables cualitativas, se obtuvo el número de casos presentes en cada categoría y el porcentaje correspondiente; y para las variables cuantitativas los valores mínimos, máximo, media y desviación típica.

Las correlaciones entre variables se comprobaron mediante coeficiente de correlación lineal de Pearson (*r*). La comparación entre los grupos se realizó mediante la prueba *t*-Student una vez comprobados los supuestos de normalidad, con el test de Kolmogorov-Smirnov, y de homogeneidad de varianzas con el test de Levene.

El modelo de regresión lineal múltiple se empleó para determinar qué variables independientes (demográficas, laborales y de formación) presentan un efecto significativo sobre el nivel de conocimiento en cuidados paliativos en general y en sus dimensiones. La metodología seguida en el análisis estadístico del modelo calculado fue: (1) Estimación puntual de los parámetros del modelo, (2) Significación individual de las variables y la constante del modelo, (3) Contraste de regresión (ANOVA) para estudiar la validez global del modelo y verificar que (de forma conjunta) las variables explicativas aportan información en la explicación de la variable de respuesta. Evaluación de la bondad de ajuste del modelo a través del coeficiente de determinación y (4) Verificación de las hipótesis del modelo a través del análisis de los residuos.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 23.0 para Windows (IBM Corp., Armonk, NY, USA). Las diferencias consideradas estadísticamente significativas son aquellas cuya $p < 0,05$.

2.5. Consideraciones éticas

Los datos de identificación personal y las bases de datos se cifraron y almacenaron en computadoras reservadas específicamente para este estudio. Los participantes recibieron información sobre el contenido y el alcance del estudio, y firmaron un formulario de consentimiento informado por escrito para participar en el estudio. Todos los participantes tuvieron la oportunidad de discutir cualquier pregunta o problema. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Humanos de la Universidad de Murcia (Número de aprobación: 2388/2018) de acuerdo con los "Principios Éticos para la Investigación Médica con Sujetos Humanos" adoptados en la Declaración de Helsinki por la Asociación Médica Mundial[140] y la Recomendación No. R (97) 5 del Comité de Ministros de los Estados Miembros sobre la Protección de Datos Médicos (1997), y la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y Garantía de Derechos Digitales (3/2018). [141]

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

RESULTADOS

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

3- RESULTADOS

Los resultados de esta tesis se estructuran en 3 apartados:

1) Análisis del conocimiento en Cuidados Paliativos en estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Málaga,

2) Validación transcultural del Cuestionario de Conocimientos en Cuidados Paliativos procedente de Nakazawa y colaboradores y desarrollo descriptivo del estudio.

3) Análisis del conocimiento en Cuidados Paliativos en profesionales sanitarios postgraduados de la Región de Murcia (médicos y enfermeros).

4.1- CONOCIMIENTO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN PREGRADO

Sesenta estudiantes de sexto curso del Grado en Medicina de la Universidad de Málaga participaron de forma voluntaria en este estudio de tipo descriptivo transversal. Se evaluó el nivel de conocimientos sobre Cuidados paliativos de los mismos mediante un cuestionario auto-administrado, de carácter anónimo y confidencial. Los estudiantes se prestaron de forma voluntaria al estudio y fueron informados de la utilidad del mismo, así como de la confidencialidad de sus datos.

Del total de alumnos evaluados, 24 (40%) eran hombres y 36 (60%) mujeres, con edades comprendidas entre los 22 y 39 años (Figura 3).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

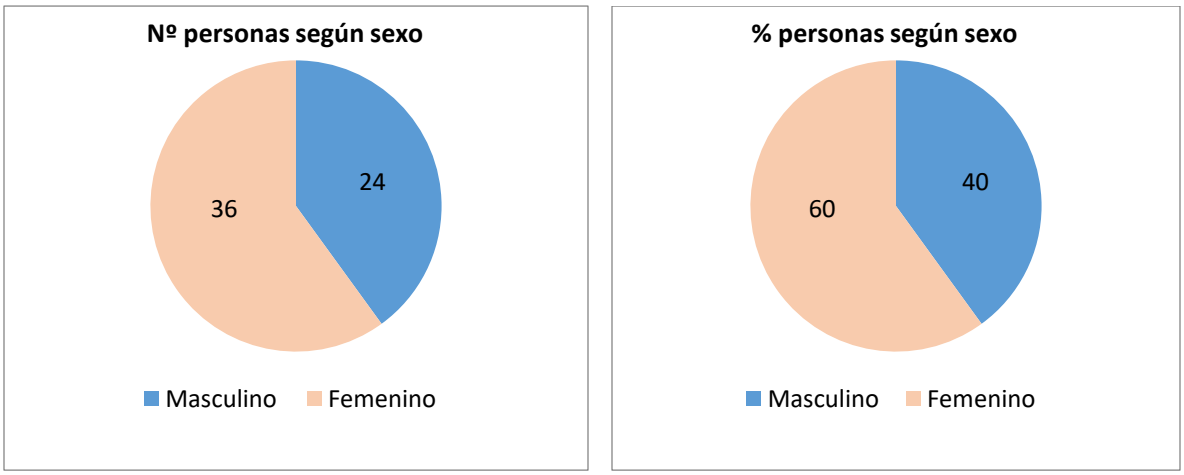


Figura 3: Sexo de los participantes en el estudio.

En la figura 4 podemos observar las distintas características de la muestra de estudio. La moda de edad fue de 23 años (66,7%-40 participantes) y la media de 23,7 años.

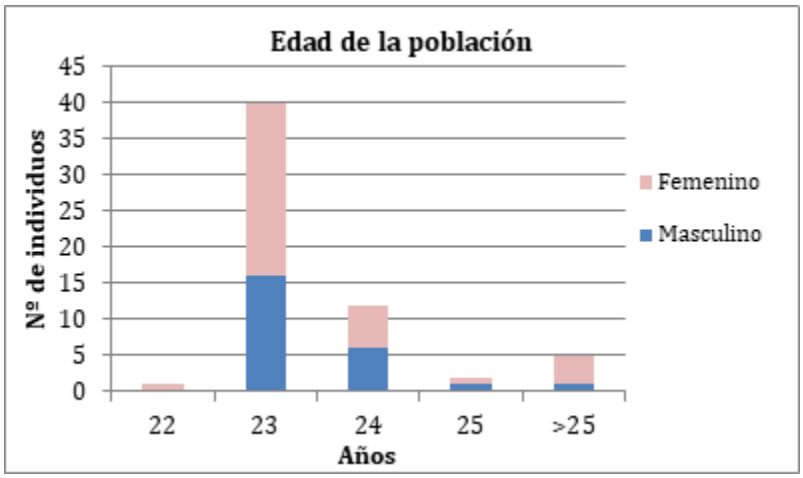


Figura 4. Edad y sexo de los participantes en el estudio.

Ninguno de los participantes había cursado formación extra-académica sobre Cuidados Paliativos. A su vez, se registraron las áreas de interés de los alumnos de cara

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

a su futuro profesional (Figura 5). La mayoría de los participantes poseían interés en especialidades de carácter puramente médico (el 25% de los hombres y el 40% de las mujeres), seguidas de las especialidades quirúrgicas (8.3% de los varones frente a un 10% de las mujeres), médico-quirúrgicas (1.7% de los varones y 10% de las mujeres) y un bajo porcentaje que no contaba con una decisión en ese momento (5% de los hombres frente al 0% de las mujeres).

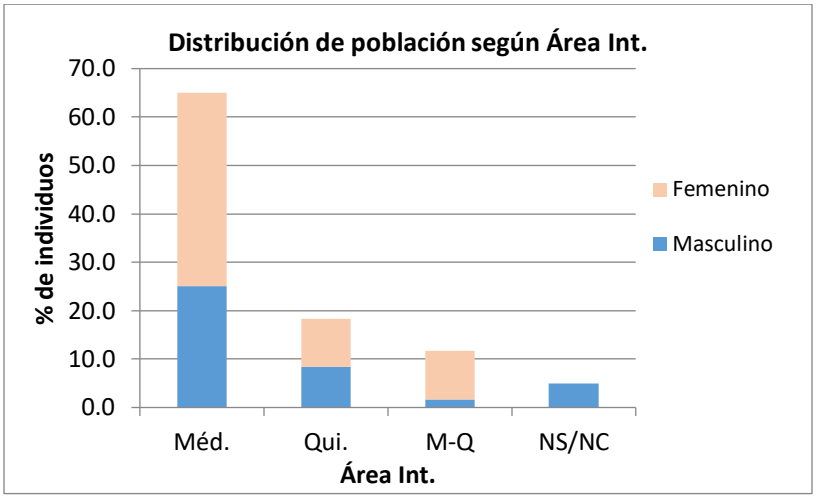


Figura 5. Porcentaje de estudiantes según área de interés.

La puntuación media de los alumnos en los test fue de 23 puntos sobre los 31 posibles. Tal y como puede apreciarse en la figura 6, un total de 49 alumnos (81,66 %) obtuvieron una calificación igual o superior a 22 puntos, considerada por el criterio de expertos como "buena" y 11 alumnos (18,33%) obtuvieron puntuaciones entre los 15 y 21 puntos, consideradas como "regular"; ningún alumno puntuó por debajo de 15 puntos en el test "mala puntuación". Ningún participante obtuvo la máxima puntuación en el test (31 puntos), siendo la puntuación más alta de 28 puntos (obtenida por un solo participante) y la más baja de 15 puntos (obtenida por un participante).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

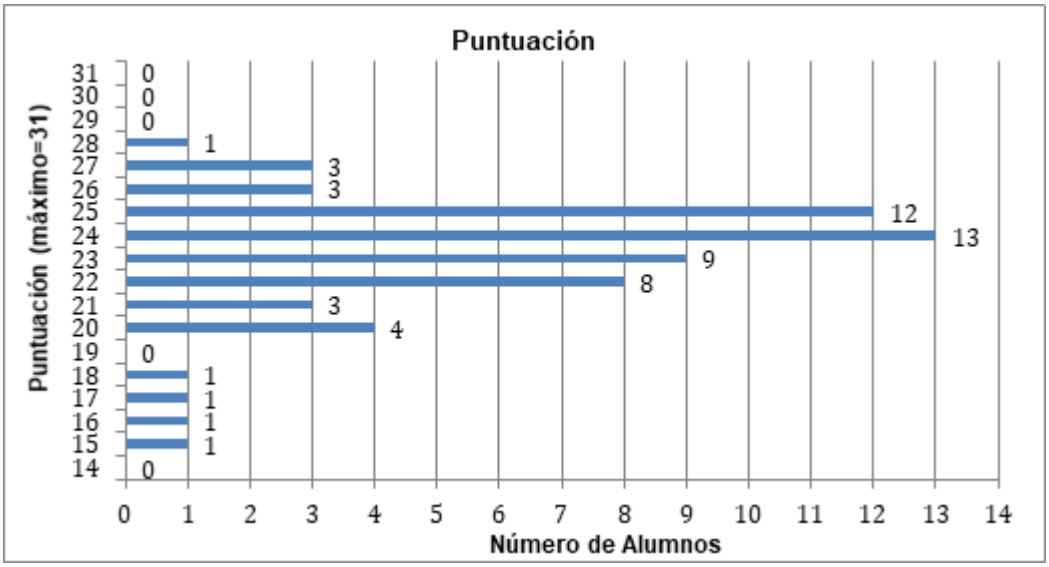


Figura 6. Resultados Test Cuidados Paliativos.

Respecto a la primera dimensión evaluada en el cuestionario, "Generalidades sobre los Cuidados Paliativos", el promedio de puntuación fue de 5,76 puntos sobre 7. La puntación en general en esta dimensión es considera como "alta". El ítem 7, que versa sobre si los Cuidados Paliativos se pueden dar en diferentes edades de la vida (Anexo 2), es el que obtiene una puntuación más baja con solo un 38% de aciertos y el ítem 6, que pregunta sobre si los Cuidados Paliativos solo se dan en la vida adulta obtiene un 100% de respuestas correctas.

En la dimensión de "bioética" se obtiene una puntuación media de 4,01 sobre 6. La cuarta pregunta sobre los principios de autonomía y justicia (Anexo 2) fue contestada correctamente por un 95% de la población y la primera pregunta sobre religiosidad como sinónimo de espiritualidad (Anexo 2) solo fue contestada correctamente por el 28% de los alumnos.

En la dimensión de "espiritualidad" se obtiene una puntuación media de 4,63 puntos sobre 5. La tasa de acierto en esta dimensión fue del 92,5%, siendo la más alta de todo el test.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Respecto a la dimensión de "conocimientos sobre síntomas al final de la vida" la puntuación media obtenida por los alumnos fue de 4,46 sobre 7 puntos. Con una tasa de respuestas correctas del 64,3%, siendo el área con la puntuación más baja. Un 63,7% fallaron el ítem 3 en relación con el manejo del oxígeno en la enfermedad terminal (Anexo 2).

Por último, en la dimensión relacionada con el "manejo farmacológico en la enfermedad terminal "la media de puntuación obtenida por los alumnos fue de 4,33 puntos sobre 6. En esta área, la pregunta número cuatro (Anexo 2), relacionada con el manejo de fármacos opioides, obtuvo una baja tasa de aciertos de solo el 15%, siendo la tasa de aciertos por pregunta más baja de todo el test.

Tal y como puede apreciarse en la Figura 6 en relación a la pregunta que evaluó la opinión sobre si los alumnos consideran que los conocimientos de Cuidados Paliativos son un aspecto necesario en los facultativos, el 56,7% de los alumnos consideró que estos conocimientos eran "muy necesarios", el 41,7% que eran "necesarios" y solo un 1,7% de los encuestados consideró que la formación esta área "no era necesaria".

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

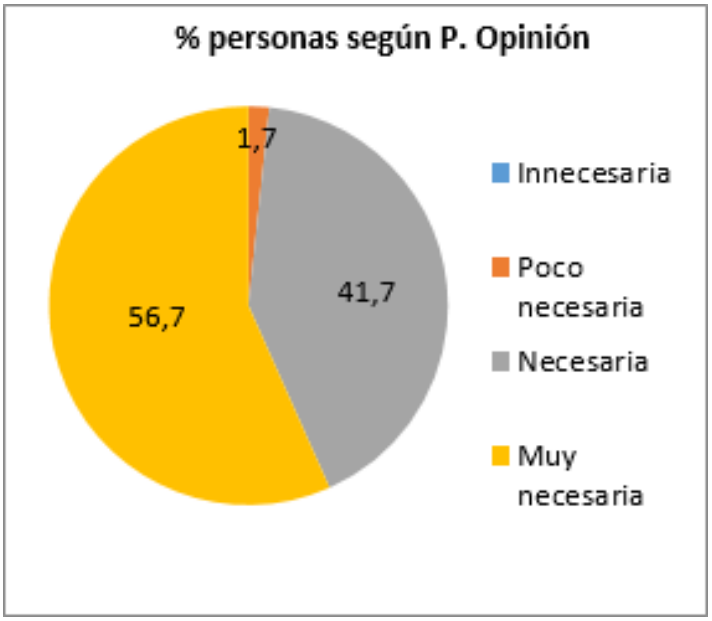


Figura 7 Distribución de la población según Opinión sobre la necesidad de la formación en Cuidados Paliativos.

En relación con las variables estudiadas, en el grupo de alumnos: sexo, edad, orientación profesional (médica, quirúrgica o médico-quirúrgica) y opinión sobre la importancia de la formación en Cuidados Paliativos; podemos indicar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de puntuación obtenidas en el test por los alumnos y las distintas variables estudiadas.

En primer lugar, se determinó el tipo de distribución que sigue la muestra de alumnos (Test de Normalidad), en dicha muestra no se seguía la distribución normal y, por tanto, se empleó estadística de tipo no paramétrica.

Finalmente, tras analizar las diferencias entre las puntuaciones obtenidas en el test (variable cuantitativa) y las diversas dimensiones estudiadas (sexo, orientación y opinión, variables cualitativas) mediante el uso de pruebas no paramétricas para

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

comparación de variables cualitativas con cuantitativa (Kolmogorov-Smirnov, Wilconxon y Mann-Whitney) se obtuvo como resultado el no rechazo de las hipótesis nulas, (*con niveles de significación estadística por encima de 0,05) por lo que no existian diferencias estadísticamente significas entre las puntuaciones del test y el sexo, la preferencia por áreas médicas, quirúrgicas o médico –quirúrgicas; ni respecto a la pregunta de opinión. (Anexo 2).

4.2- ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN TRANSCULTURAL DEL PCKT DE NAKAZAWA Y COLABORADORES (2009)

4.2.1- Participantes

Se enviaron un total de 600 cuestionarios PCKT-SV, de los cuales 588 fueron recibidos y 39 fueron rechazados por diferentes razones (no se completaron correctamente en términos de datos demográficos, no se firmó el formulario de consentimiento informado, etc.). Finalmente, la muestra total para el estudio piloto comprendió 561 participantes (335 médicos y 226 enfermeros) entre las edades de 25 y 73 con un promedio de 41.7 (DT = 11,3). Los participantes médicos estaban compuestos por 175 mujeres y 160 hombres. A su vez, las enfermeras participantes fueron 170 mujeres y 56 hombres. Según su profesión el 59,7% son médicos y el 40,3% enfermeras, con un promedio de años de ejercicio de su profesión de 15,2 años (Mín.-Máx.: 1-42, DT = 10,1). El 43,1% se ha formado en la especialización vía MIR y un 56,9% por otra vía. Más características recogidas de los participantes se muestran en la **tabla 5.**

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 5. Características y porcentajes de los participantes (n= 561).

	n	PORCENTAJE (%)
Sexo		
Mujer	345	61.5%
Hombre	216	38,5%
Profesión		
Enfermeras	226	40,3%
Médicos	335	59,7%
Formación		
Especialidad MIR	242	43,6%
Otras	319	56,9%
Formación CP Postgrado		
Si	177	31,4%
No	384	68,6%
Experiencia laboral		
Si	163	29%
No	398	71%

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

4.2.2- Traducción y adaptación intercultural

Después de la revisión por el panel de expertos, todos los *ítems* fueron acordados. Con la fórmula sugerida por Lawshe, el índice de validez de contenido total (CVI) fue de 0,86 (rango de ítems de 0,78 a 1), lo que supone que se encuentra dentro del rango considerado como aceptable[15]. Ninguno de los ítems fue encontrado problemático, confuso o molesto. La última versión en español de los 20 ítems de la PCKT (PCKT-SV) demostró ser comprensible, legible y aceptable para la población objetivo. (Tabla 6). La pregunta 15 obtuvo el mayor éxito (92.5%) mientras que la pregunta 6 recibió la mayoría de las respuestas incorrectas (81.5%).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 6. Versión en castellano del Cuestionario PCKT (PCKT-SV) con respuestas de los participantes.

		Respuesta participantes n *(%)*	
		Correcta	**Incorrecta**
1. Los cuidados paliativos deberían ser proporcionados únicamente a los pacientes que no tienen tratamiento curativo disponible.	F	400 (71,3)	161 (28,7)
2. Los cuidados paliativos no deberían ser proporcionados al mismo tiempo que el tratamiento oncológico.	F	473 (84,3)	88 (15,7)
3. Uno de los objetivos del tratamiento del dolor es conseguir el descanso nocturno.	V	424 (75,6)	137 (24,4)
4. Cuando el dolor por cáncer es leve debería utilizarse la pentazocina con más frecuencia que un opioide.	F	158 (28,2)	403 (71,8)
5. Cuando los opioides se toman de forma programada no deberían utilizarse los AINEs.	F	313 (55,8)	248 (44,2)
6. El efecto de los opioides disminuye cuando se utilizan conjuntamente con pentazocina o hidrocloruro de buprenorfina.	V	104 (18,5)	457 (81,5)
7. El uso prolongado de opioides frecuentemente produce adicción.	F	121 (21,6)	440 (78,4)
8. El uso de opioides no altera el tiempo de supervivencia.	V	348 (62)	213 (38)
9. La morfina debe utilizarse para aliviar la disnea en pacientes con cáncer.	V	381 (67,9)	180 (32,1)
10. Cuando los opioides se toman de forma programada es frecuente la depresión respiratoria.	F	321 (57,2)	240 (42,8)
11. Los niveles de saturación de oxígeno se correlacionan con la disnea.	F	190 (33,9)	371 (66,1)
12. Los fármacos anticolinérgicos o la escopolamina son eficaces para disminuir las secreciones bronquiales de los pacientes en situación terminal.	V	382 (68,1)	179 (31,9)
13. Durante los últimos días de vida, la somnolencia asociada con el desequilibrio electrolítico disminuye el malestar del paciente.	V	237 (42,2)	324 (57,8)
14. Las benzodiacepinas son eficaces para controlar el delirio.	V	208 (37,1)	353 (62,9)
15. Algunos pacientes en fase terminal, requerirán sedación continua para aliviar el sufrimiento.	V	519 (92,5)	42 (7,5)
16. En pacientes con cáncer terminal la morfina es con frecuencia una de las causas del delirio.	F	208 (37,1)	353 (62,9)
17. En las fases finales del cáncer es necesaria una mayor ingesta calórica en comparación con las fases iniciales.	F	346 (61,7)	215 (38,3)
18. No hay ninguna vía, excepto la venosa central para pacientes incapaces de mantener una vía intravenosa periférica.	F	403 (71,8)	158 (28,2)
19. Los esteroides mejoran el apetito en pacientes con cáncer avanzado.	V	301 (53,7)	260 (46,3)
20. La perfusión intravenosa no es eficaz para aliviar la boca seca en los pacientes moribundos.	V	185 (33)	376 (67)

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Pregunta. Falso (F). Verdadero (V). AINEs (antiinflamatorios no esteroideos).

4.2.3- Análisis psicométrico

El análisis de consistencia interna fue satisfactorio. El coeficiente Kuder- Richardson 20.0 del cuestionario completo fue de 0,741.

Con respecto a la validez de criterio concurrente-convergente relacionada con los criterios de formación, la puntuación total de PCKT-SV mostró una correlación positiva con la formación continuada especifica en cuidados paliativos tanto en la puntuación total *t Student*= 8,298 con $p<0,001$ como en la puntuación por ítems.

4.3 - DESARROLLO DESCRIPTIVO DEL ESTUDIO

En primer lugar, vamos a desarrollar el estudio descriptivo analizando los datos de forma global y conjunta (médicos y enfermeros englobados). Posteriormente, se exponen los resultados del análisis pormenorizado segregando las contestaciones de los dos tipos de profesionales sanitarios que participaron en el estudio (médicos y enfermeros por separado). De esta forma, conoceremos cómo ha influenciado en el conocimiento de los dos tipos de profesionales la formación durante la licenciatura o grado, la formación continuada y la experiencia de forma individual en cada uno de los 2 grupos de profesionales sanitarios.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- **Del estudio del conocimiento de los cuidados paliativos analizados de forma conjunta (médicos y enfermeros), obtuvimos los siguientes resultados:**

De acuerdo a los cuidados paliativos (Figura 8), el 70,5% de los profesionales afirma no haber recibido formación durante sus estudios en Medicina o Enfermería, un 68,6% no ha realizado formación continuada durante los últimos 5 años y un 71% no tiene experiencia laboral en cuidados paliativos.

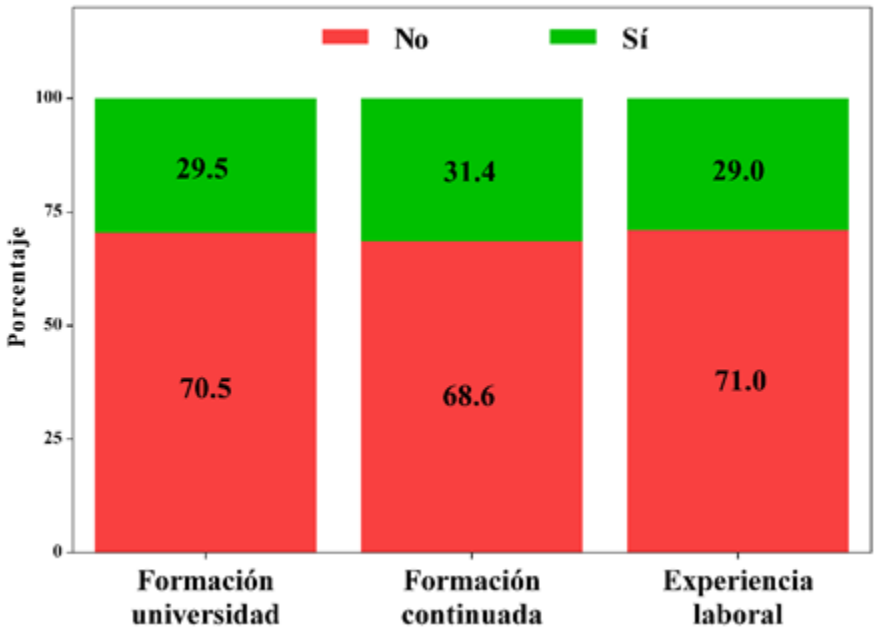


Figura 8. Formación y experiencia en cuidados paliativos.

Análisis descriptivo de la escala conocimiento en cuidados paliativos.

A continuación, se muestra el análisis descriptivo del número y porcentaje de respuestas correctas e incorrectas de todos los profesionales (n = 561), a los ítems que forman cada una de las cinco dimensiones de la escala.

Filosofía

El 28,7% de los participantes contestó de forma incorrecta a la afirmación 1: "Los cuidados paliativos deberían de ser proporcionados a los pacientes que no tienen

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

tratamiento curativo disponible" ya que la consideraron como verdadera o no estaban seguros de la respuesta. En la afirmación 2: "Los cuidados paliativos no deberían ser proporcionados al mismo tiempo que el tratamiento oncológico" el porcentaje de profesionales que contestó de forma errónea fue del 15,7% puesto que consideraron como verdadera o no estaban seguros de la respuesta la afirmación. En la Figura 9 se muestra el porcentaje de participantes según la respuesta a cada uno de los ítems que forman la dimensión

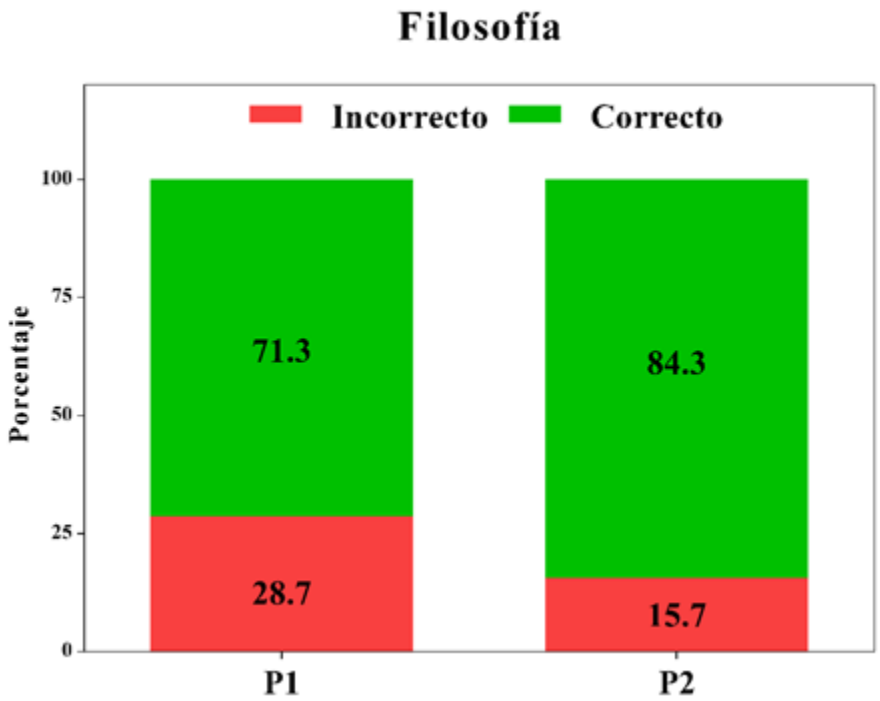


Figura 9. Porcentajes de respuestas incorrectas y correctas en la dimensión filosofía.

Dolor

En las 6 preguntas que forman la dimensión dolor han respondido erróneamente entre el 24.4% de la pregunta que hace referencia a que uno de los objetivos del tratamiento del dolor sea conseguir el descanso nocturno y el 81.5% en la pregunta que consulta sobre que el efecto de los opioides disminuye cuando se utilizan conjuntamente con

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

pentazocina o hidrocloruro de buprenorfina, siendo esta pregunta la de mayor porcentaje de error en esta dimensión (Figura 10). Por el contrario, la pregunta con mayor número de aciertos en esta dimensión fue la pregunta 3 (*Uno de los objetivos del tratamiento del dolor es conseguir el descanso nocturno)*, seguida de la 8 (*El uso de opioides no altera el tiempo de supervivencia*) y la 5 (*Cuando los opioides se toman de forma programada no deberían utilizarse los AINEs*).

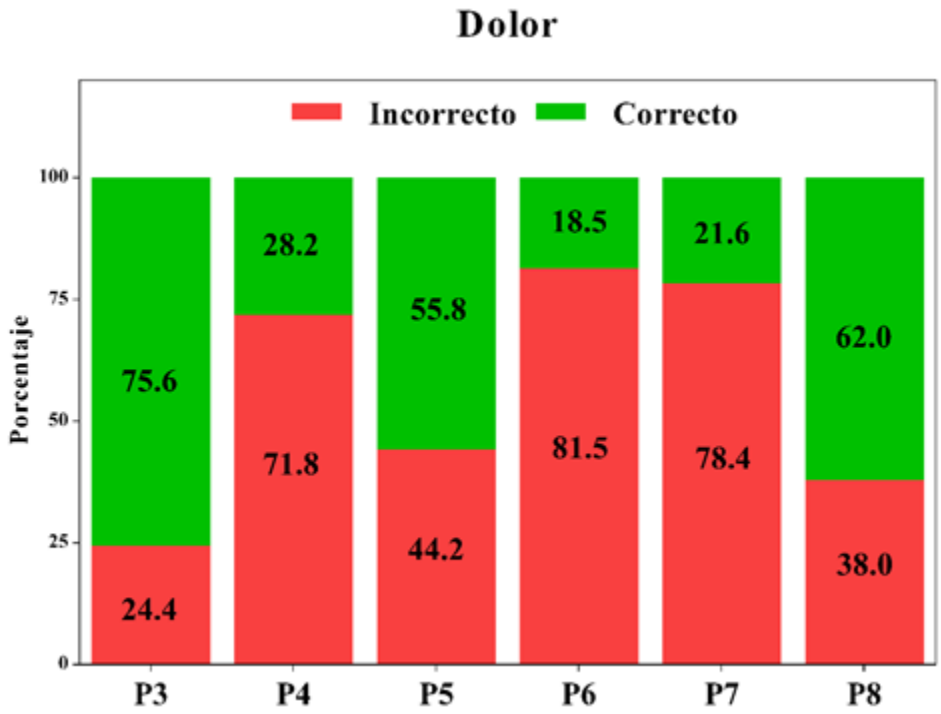


Figura 10. Porcentajes de respuestas incorrectas y correctas en la dimensión dolor.

Disnea.

En las 4 preguntas que forman la dimensión dolor han respondido erróneamente entre el 31.9% y el 66.1%, correspondientes a la pregunta 12 *(la morfina debe utilizarse para aliviar la disnea en pacientes con cáncer)* y la 11 *(los niveles de saturación de oxígeno se correlacionan con la disnea)* respectivamente (Figura 11). Siendo, por tanto, la 11 la de mayor porcentaje de error en esta dimensión. La pregunta que recibe mayor acierto

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

es la 12 (*Los fármacos anticolinérgicos o la escopolamina son eficaces para disminuir las secreciones bronquiales de los pacientes en situación terminal*), seguida de la 9 *(La morfina debe utilizarse para aliviar la disnea en pacientes con cáncer)* y la 10 (*Cuando los opioides se toman de forma programada es frecuente la depresión respiratoria*).

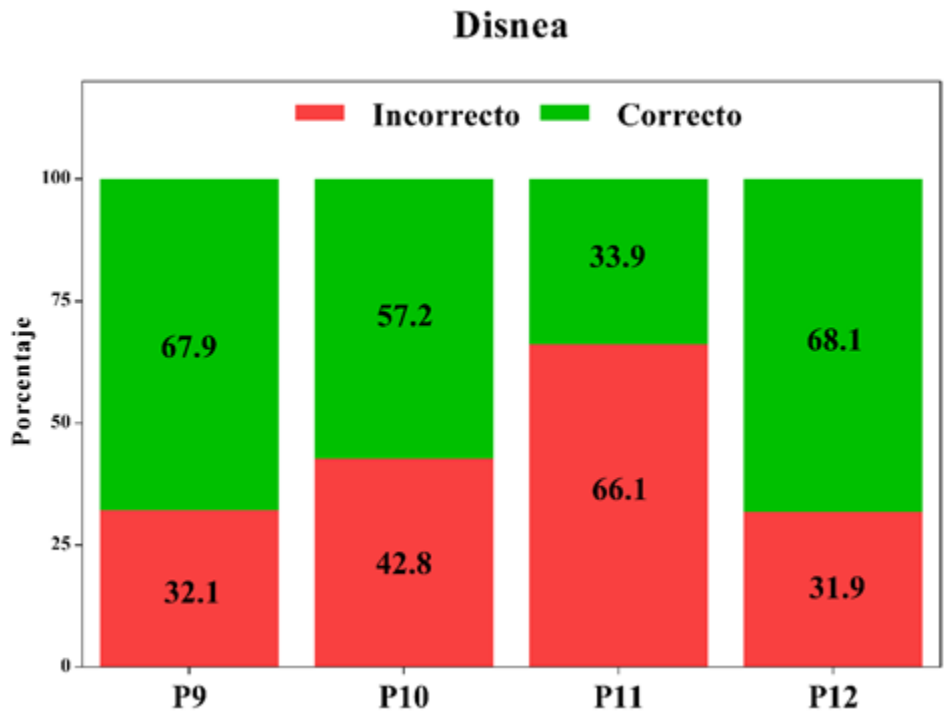


Figura 11. Porcentajes de respuestas incorrectas y correctas en la dimensión disnea.

Problemas psiquiátricos.

En las 4 preguntas relativas a problemas psiquiátricos la pregunta contestada de forma correcta por la mayoría de los encuestados fue la número 15 (*Algunos pacientes en fase terminal, requerirán sedación continua para aliviar el sufrimiento*) con un 92.5% de respuestas correctas. Sin embargo, la que mayor cantidad de contestaciones incorrectas obtuvieron fueron la 14 (las benzodiacepinas son eficaces para controlar el

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

delirio), con 62,9% de errores, y la 16 (*En pacientes con cáncer terminal la morfina es con frecuencia una de las causas del delirio*), con el mismo % de errores. Seguida muy cerca por la 13, con 58,7% de errores (Figura 12).

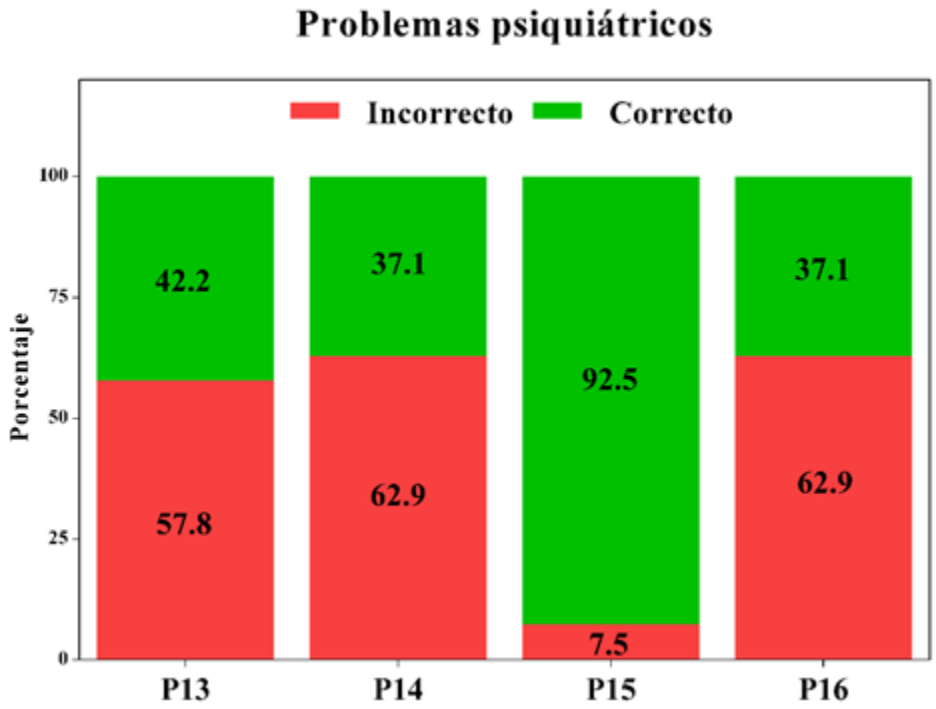


Figura 12. Porcentajes de respuestas incorrectas y correctas en la dimensión problemas psiquiátricos.

Problemas gastrointestinales.

En la Figura 13 se muestra el porcentaje de participantes según la respuesta a cada uno de los ítems que forman la dimensión sobre problemas gastrointestinales. El 67% de los participantes contestó de forma incorrecta a la cuestión 20: *La perfusión intravenosa no es eficaz para aliviar la boca seca en los pacientes moribundos* ya que la consideraron como falsa o no estaban seguros de la respuesta. En esta dimensión, la cuestión contestada con mayoría de aciertos (71.8%) fue la número 18 (*No hay ninguna*

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

vía, excepto la venosa central para pacientes incapaces de mantener una vía intravenosa periférica) que consideraron como Falsa 403 participantes de los 561.

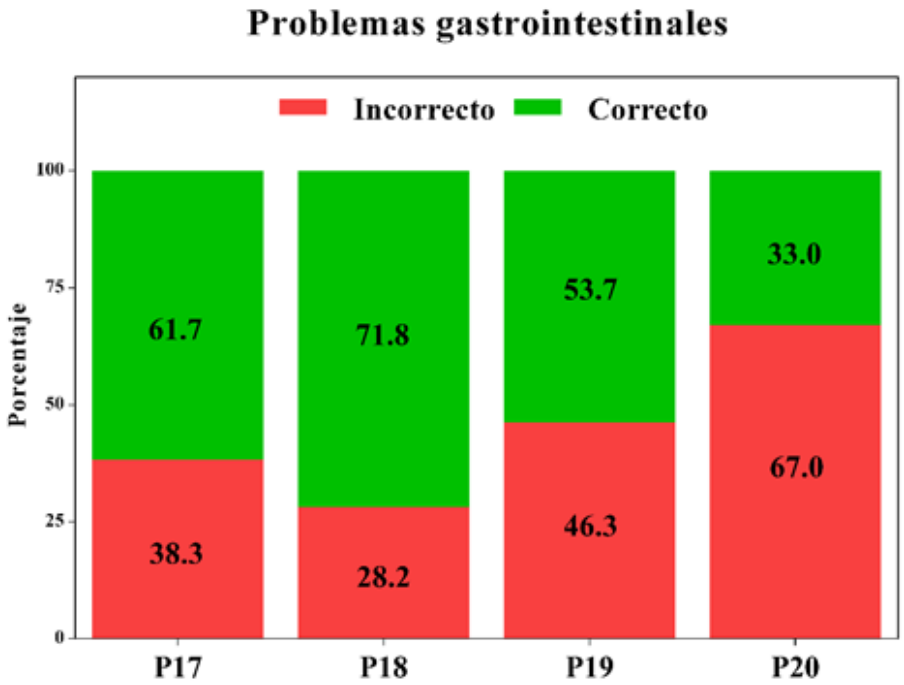


Figura 13. Porcentajes de respuestas incorrectas y correctas en la dimensión problemas gastrointestinales.

En la Figura 14 se muestra el porcentaje de respuestas correctas a cada uno de los ítems que componen la escala. El porcentaje medio de respuestas correctas se situó en el 53,7%, siendo la afirmación 6 "El efecto de los opioides disminuye cuando se utilizan conjuntamente con pentazocaina o hidrocloruro de buprenorfina" donde el porcentaje de respuestas correctas fue menor mientras que en la afirmación 15 "Algunos pacientes en fase terminal, requerirán sedación continua para aliviar el sufrimiento" fue la que mayoritariamente respondieron los encuestados correctamente.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

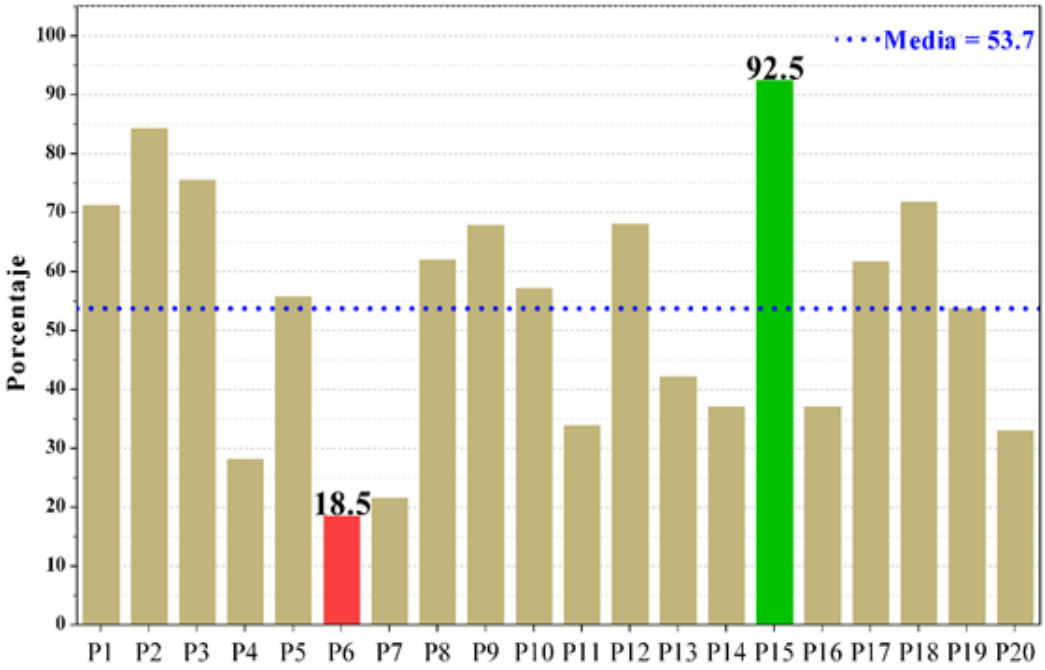


Figura 14. Porcentaje de respuestas correctas.

Desde un punto de vista cuantitativo, en la Tabla 7 se muestran las medias y desviaciones típicas de la puntuación total de la escala de conocimiento en cuidados paliativos de los profesionales y para cada una de las dimensiones que componen dicha escala. La puntuación total media fue de 10,7 puntos lo que sitúa a los profesionales un conocimiento medio. Observamos que las dimensiones que mejor conocen los profesionales sanitarios encuestados es la de Filosofía y la Disnea. Sin embargo, la de Dolor la que peor.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 7. Puntuación escala de conocimiento en cuidados.

Dimensión (rango)	Mín.-Máx.	Media (DT)
Total (0-20)	2 - 19	10.7 (3.2)
Filosofía (0-2)	0 - 2	1.3 (0.8)
Dolor (0-6)	0 - 6	2.5 (1.3)
Disnea (0-4)	0 - 4	2.2 (1.2)
Problemas psiquiátricos (0-4)	0 - 4	2 (0.9)
Problemas gastrointestinales (0-4)	0 - 4	1.9 (1.1)

Comparación del grado de conocimiento según variables demográficas, profesionales y de formación.

En la Tabla 8 se muestra el análisis descriptivo de la escala según el sexo, así como el resultado de las pruebas *t*-Student, realizadas para comparar el nivel de conocimiento entre hombres y mujeres. Las pruebas evidenciaron que el nivel de conocimiento en general de los hombres (11,24) fue significativamente superior con respecto al de las mujeres (10,48). Por dimensiones, la puntuación en dolor y disnea de los hombres fue significativamente superior con respecto a la de las mujeres. En filosofía y en problemas psiquiátricos y gastrointestinales no se observaron diferencias significativas en el nivel de conocimiento entre hombres y mujeres.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 8. Descriptivo y comparación puntuaciones de la escala según sexo.

Dimensión	Sexo, *media (DT)*		Diferencias medias	Prueba *t*-Student	
	Hombre (n = 216)	Mujer (n = 345)		*t* (559)	*p*-valor
Total	11.24 (3.58)	10.48 (3.16)	0.76	2.632	**0.009**
Filosofía	1.25 (0.82)	1.29 (0.8)	-0.04	-0.612	0.541
Dolor	2.78 (1.32)	2.39 (1.24)	0.39	3.534	**< 0.001**
Disnea	2.36 (1.27)	2.06 (1.13)	0.3	2.893	**0.004**
Problemas psiquiátricos	2.07 (0.82)	2.04 (0.92)	0.03	0.414	0.679
Problemas gastrointestinales	1.92 (1.07)	1.9 (1.14)	0.02	0.235	0.814

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Para determinar la posible relación entre la edad y los años de ejercicio de la profesión con el nivel de conocimiento en cuidados paliativos se calculó el coeficiente de correlación de Pearson (*r*) cuyos resultados se muestran en la Tabla 9. No se observó

una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la edad y años de ejercicio profesional.

Tabla 9. Correlación entre la edad y años de ejercicio profesión con el nivel de conocimiento.

		Total	Filosofía	Dolor	Disnea	Problemas psiquiátricos	Problemas gastrointestinales
Edad	*r*	0.052	0.068	0.076	0.015	0.038	0.092
	p-valor	0.218	0.106	0.121	0.726	0.088	0.066
Años ejercicio profesional	*r*	-0.01	0.037	0.065	-0.045	0.026	0.096
	p-valor	0.873	0.387	0.125	0.285	0.533	0.073

Según el profesional (Tabla 10), el nivel de conocimiento en general de los médicos (11.85) fue significativamente superior con respecto al de enfermeros (9.16). Por dimensiones, la puntuación en dolor, disnea y en problemas psiquiátricos de los médicos fue significativamente superior ($p<0.001$) con respecto a la de los enfermeros. Sin embargo, la dimensión filosofía fue significativamente superior ($p<0.001$) en los profesionales graduados en enfermería. En problemas gastrointestinales no se observaron diferencias significativas en el nivel de conocimiento entre médicos y enfermeros.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 10. Descriptivo y comparación puntuaciones de la escala según profesional.

Dimensión	**Profesional,** *media (DT)*		**Diferencias medias**	**Prueba *t*-Student**	
	Médico (n = 335)	**Enfermero/a (n = 226)**		***t* (559)**	***p*-valor**
Total	11.85 (3.2)	9.16 (2.88)	2.69	10.165	**< 0.001**
Filosofía	1.14 (0.85)	1.47 (0.68)	-0.33	-4.865	**< 0.001**
Dolor	2.95 (1.21)	1.93 (1.14)	1.02	10.025	**< 0.001**
Disnea	2.44 (1.16)	1.78 (1.15)	0.66	6.569	**< 0.001**
Problemas psiquiátricos	2.13 (0.85)	1.92 (0.92)	0.21	2.773	**0.006**
Problemas gastrointestinales	1.9 (1.09)	1.92 (1.15)	-0.02	-0.228	0.82

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En cuanto al nivel de conocimiento en general de los profesionales que se especializaron vía MIR (11.61) fue significativamente superior con respecto a los que se especializaron por otras vías (10.13). Por dimensiones, la puntuación en dolor y disnea de los especializados vía MIR fue significativamente superior con respecto a los que se especializaron por otras vías. En filosofía y en problemas psiquiátricos y gastrointestinales no se observaron diferencias significativas en el nivel de conocimiento según la vía de especialización.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 11. Descriptivo y comparación puntuaciones de la escala según vía especialidad.

Dimensión	Vía especialidad, *media (DT)*		Diferencias medias	Prueba *t*-Student	
	MIR (n = 242)	No MIR (n = 319)		*t* (559)	*p*-valor
Total	11.61 (3.2)	10.13 (3.32)	1.48	5.293	**< 0.001**
Filosofía	1.1 (0.88)	1.41 (0.71)	-0.31	-4.626	**< 0.001**
Dolor	2.88 (1.25)	2.28 (1.25)	0.6	5.647	**< 0.001**
Disnea	2.33 (1.14)	2.05 (1.22)	0.28	2.733	**0.006**
Problemas psiquiátricos	2.08 (0.86)	2.03 (0.9)	0.05	0.765	0.445
Problemas gastrointestinales	1.82 (1.15)	1.97 (1.08)	-0.15	-1.578	0.115

Tanto en general como en sus dimensiones, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de conocimiento en cuidados paliativos entre los que recibieron formación específica en cuidados paliativos en la carrera y los que no. (Tabla 12)

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 12. Descriptivo y comparación puntuaciones de la escala según formación en la carrera.

Dimensión	**Formación carrera,** *media (DT)*		**Diferencia medias**	**Prueba *t*-Student**	
	Sí (n = 165)	**No (n = 394)**		***t*(557)**	***p*-valor**
Total	10.94 (2.99)	10.7 (3.5)	0.24	0.76	0.448
Filosofía	1.42 (0.77)	1.32 (0.82)	0.1	1.359	0.175
Dolor	2.6 (1.2)	2.51 (1.32)	0.09	0.776	0.438
Disnea	2.24 (1.15)	2.14 (1.22)	0.1	0.825	0.41
Problemas psiquiátricos	2.04 (0.9)	2.05 (0.88)	-0.01	-0.102	0.919
Problemas gastrointestinales	1.81 (1.15)	1.95 (1.1)	-0.14	-1.389	0.166

Tanto en general como en sus dimensiones, los profesionales que habían recibido formación continuada en cuidados paliativos mostraron un nivel de conocimiento en cuidados paliativos significativamente superior con respecto a aquellos que no la habían realizado (Tabla 13).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 13. Descriptivo y comparación puntuaciones de la escala según formación continuada. Fuente: Elaboración propia.

Dimensión	**Formación continuada,** *media (DT)*		**Diferencia medias**	**Prueba *t*-Student**	
	Sí (n = 176)	**No (n = 384)**		***t*(558)**	***p*-valor**
Total	12.4 (3.05)	10.01 (3.21)	2.39	8.298	**< 0.001**
Filosofía	1.41 (0.78)	1.22 (0.81)	0.19	2.617	**0.009**
Dolor	3.01 (1.29)	2.32 (1.22)	0.69	6.102	**< 0.001**
Disnea	2.56 (1.12)	1.99 (1.19)	0.57	5.332	**< 0.001**
Problemas psiquiátricos	2.17 (0.87)	1.99 (0.89)	0.18	2.191	**0.029**
Problemas gastrointestinales	2.14 (1.02)	1.8 (1.14)	0.34	3.387	**0.001**

De la misma forma, tanto en general como en sus dimensiones, los profesionales con experiencia en cuidados paliativos mostraron un nivel de conocimiento significativamente superior con respecto a aquellos que no tenían experiencia profesional en cuidados paliativos (Tabla 14).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 14. Descriptivo y comparación puntuaciones de la escala según formación experiencia profesional.

	Experiencia, *media (DT)*			**Prueba *t*-Student**	

	Sí(n = 176)	No(n = 384)	Diferencia medias	*t*(556)	*p*-valor
Total	12.04 (3.17)	10.26 (3.29)	1.78	5.848	**< 0.001**
Filosofía	1.35 (0.78)	1.15 (0.81)	0.2	2.691	**0.007**
Dolor	2.85 (1.32)	2.41 (1.25)	0.44	3.735	**< 0.001**
Disnea	2.47 (1.22)	2.05 (1.17)	0.42	3.837	**< 0.001**
Problemas psiquiátricos	2.28 (0.84)	1.95 (0.89)	0.33	3.97	**< 0.001**
Problemas gastrointestinales	2.15 (1.08)	1.82 (1.11)	0.33	3.296	**0.001**

Factores asociados al nivel de conocimientos sobre Cuidados Paliativos

Para determinar la influencia que sobre el conocimiento ejercen las variables independientes edad, sexo, las laborales y las relacionadas con la formación. Se realizó un modelo de regresión lineal múltiple cuyo resultado se muestra en la Tabla 15. El modelo analizado resultó significativo (F (8,545) = 25.25, p < 0.001) con un coeficiente de determinación de 0.26, por lo que el 26.0% de la variabilidad del conocimiento queda explicada por las variables introducidas en el modelo. En relación con el efecto predictivo de cada una de las variables independientes, la profesión mostró un efecto significativo de forma que ser médico aumenta el nivel de conocimiento con respecto a los enfermeros (B = 2.88, p < 0.001). En cuanto a la formación, haber recibido formación durante la carrera en cuidados paliativos aumentó el nivel de conocimiento con respecto a los que no la recibieron (B = 0.79, p = 0.005) así como realizar formación continuada aumentó el conocimiento con respecto a los que no la realizaron (B = 1.34, p < 0.001). Por último, la experiencia laboral también mostró un efecto significativo, de forma que los profesionales con experiencia laboral en cuidados paliativos

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

mostraron un mayor nivel de conocimiento con respecto a los que no tenían experiencia laboral específica (B = 1.18, $p < 0.001$). Con respecto al peso predictivo de las variables significativas (*r* parcial en valor absoluto), la profesión es la mejor predictora del nivel de conocimiento (*r* parcial = 0.309) seguida de la formación continuada (*r* parcial = 0.191), la experiencia laboral (*r* parcial = 0.166) y por último la formación universitaria (*r* parcial = 0.119).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 15. Efecto de las variables demográficas, laborales y de formación en la predicción del nivel de conocimiento en cuidados paliativos.

Variable	B(E)	Beta	$IC_{95\%}$ B	t	*p*-valor	*r* parcial
Edad	-0.01 (0.02)	-0.04	-0.06 ; 0.03	-0.54	0.589	-0.023
Sexo (Hombre vs. Mujer)	0.17 (0.27)	0.03	-0.36 ; 0.70	0.63	0.529	0.027
Profesión (Médico vs. Enfermero)	2.88 (0.38)	0.44	2.14 ; 3.63	7.58	**< 0.001**	0.309
Vía especialidad (MIR vs. No MIR)	-0.51 (0.37)	-0.08	-1.24 ; 0.22	-1.36	0.174	-0.058
Años de ejercicio profesional	0.01 (0.02)	-0.01	-0.05 ; 0.04	-0.11	0.911	-0.005
Formación universidad (Sí vs. No)	0.79 (0.28)	0.11	0.24 ; 1.35	2.80	**0.005**	0.119
Formación continuada (Sí vs. No)	1.34 (0.29)	0.19	0.76 ; 1.91	4.54	**< 0.001**	0.191
Experiencia laboral (Sí vs. No)	1.18 (0.30)	0.16	0.59 ; 1.77	3.93	**< 0.001**	0.166
Resumen del modelo						
R^2 (%)	26.0					
Modelo	$F(8,545) = 25.25$, $p < 0.001$					
Supuestos						
Normalidad†	$p = 0.200$					
Independencia‡	1.980					
Homocedasticidad+	$p = 0.471$					

B: coeficientes no estandarizados. ET: error típico. Beta: coeficientes estandarizados. R^2: coeficiente de determinación. †Test de normalidad Kolmogorov-Smirnov de los residuos. ‡Test de Durbin-Whatson. + Test de Levene entre los valores residuales y predichos.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

A continuación (Tabla 16), se muestran los resultados de los modelos de regresión lineal múltiple de la muestra conjunta (médicos y enfermeros) realizados para cada una de las cinco dimensiones que componen la escala de conocimiento sobre los cuidados paliativos.

Así, observamos como el conocimiento en dolor, disnea y problemas psiquiátricos fue significativamente mejor en médicos que en enfermeros en la muestra analizada. Por el contrario, el conocimiento en filosofía era significativamente superior en los enfermeros. Por otra parte, la formación durante la carrera universitaria fue determinante en el conocimiento del manejo del dolor (dimensión dolor). Así mismo, la formación continuada resultó significativamente superior y determinante en el conocimiento de las dimensiones de la filosofía, dolor, disnea y problemas gastrointestinales. Sin embargo, no fue así para la dimensión concerniente a los problemas psiquiátricos. Esto es, en nuestro estudio, no resulta determinante la formación continua en el conocimiento de los problemas psiquiátricos.

A continuación (Tabla 16), se muestran los resultados de los modelos de regresión lineal múltiple realizados para cada una de las cinco dimensiones que componen la escala de conocimiento sobre los cuidados paliativos.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 16. Modelos de regresión lineal múltiple. **Fuente:** Elaboración propia.

Variable	Filosofía		Dolor		Disnea		Prob. psiquiátricos		Prob. gastrointestinales	
	B(E)	*t*	B(E)	*t*	B(E)	*t*	B(E)	*t*	B(E)	*t*
Edad	0.01 (0.01)	2.20*	0.01 (0.01)	1.42	0.00 (0.01)	-0.51	0.01 (0.01)	1.77	0.00 (0.01)	-0.09
Sexo (Hombre)	-0.01 (0.07)	-0.16	0.09 (0.11)	0.77	0.23 (0.11)	2.08*	-0.03 (0.08)	-0.34	0.00 (0.11)	-0.03
Profesión (Médico)	-0.33 (0.11)	-3.09**	1.04 (0.16)	6.69***	0.90 (0.15)	5.85***	0.27 (0.12)	2.25*	0.02 (0.15)	0.12
Vía especialidad (MIR)	-0.08 (0.10)	-0.81	-0.04 (0.15)	-0.25	-0.44 (0.15)	-2.93**	-0.10 (0.12)	-0.85	-0.16 (0.15)	-1.08
Años de ejercicio	-0.01 (0.01)	-1.54	0.00 (0.01)	-0.19	-0.01 (0.01)	-0.85	-0.01 (0.01)	-1.52	0.01 (0.01)	0.70
Formación universidad (Sí)	0.14 (0.08)	1.77	0.43 (0.12)	3.67***	0.19 (0.11)	1.71	0.02 (0.09)	0.19	-0.17 (0.11)	-1.51
Formación continuada (Sí)	0.30 (0.08)	3.64***	0.31 (0.12)	2.58**	0.28 (0.12)	2.40*	-0.02 (0.09)	-0.22	0.28 (0.12)	2.43*
Experiencia laboral (Sí)	-0.08 (0.08)	-0.99	0.19 (0.12)	1.54	0.28 (0.12)	2.33*	0.31 (0.09)	3.29	0.22 (0.12)	1.90
R^2 (%)	7		20,4		12,1		3,7		2,8	
Modelo	$F(8,545) = 6.20$ $p < 0.001$		$F(8,545) = 18.72$ $p < 0.001$		$F(8,545) = 10.56$ $p < 0.001$		$F(8,545) = 3.64$ $p < 0.001$		$F(8,545) = 3.00$ $p = 0.003$	

B: coeficientes no estandarizados. ET: error típico. Beta: coeficientes estandarizados. R^2: coeficiente de determinación. *$p < 0.05$ **$p < 0.01$ ***$p < 0.00$

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

- **Del estudio del conocimiento de los cuidados paliativos analizados de forma segregada por profesiones, obtuvimos los siguientes resultados:**

Al realizar un análisis pormenorizado segregando las contestaciones de los dos tipos de profesionales sanitarios que participaron en el estudio, observamos que el nivel de conocimiento general en los médicos (Figura 15) fue significativamente superior (11.85±3.2) al de los enfermeros (9.16±2.88). Cuando comparamos el conocimiento de ambos profesionales según las dimensiones del cuestionario, la puntuación en dolor, disnea y en problemas psiquiátricos de los médicos fue también significativamente superior con respecto a la de los enfermeros, al igual que en el estudio globalizado. Sin embargo, los enfermeros puntuaron significativamente mejor en filosofía (Tabla 17)

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

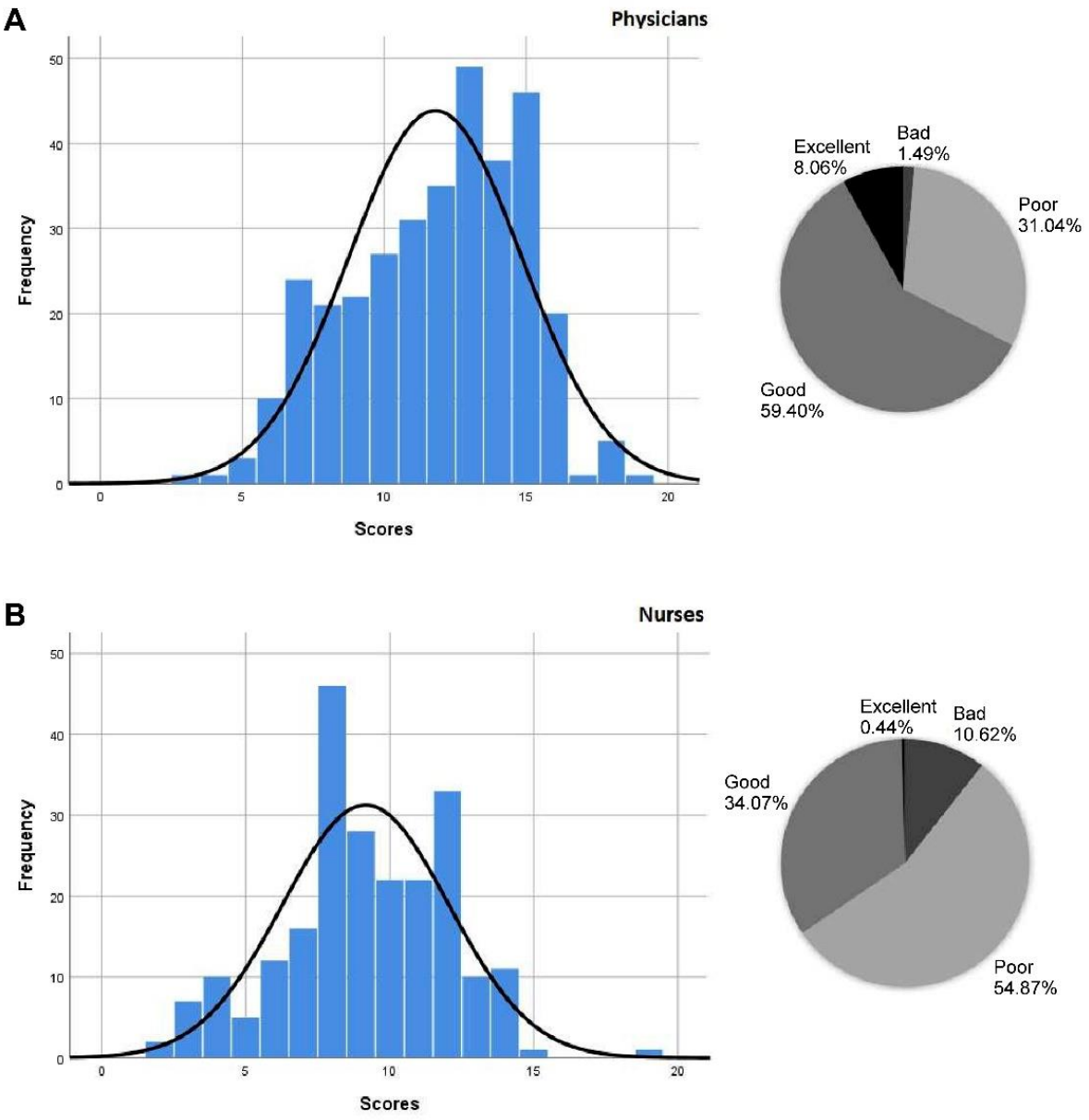


Figura 15. Distribución del conocimiento basado en los resultados del PCKT-SV de acuerdo con su profesión y el porcentaje de respuestas correctas: excelente, bueno, pobre y malo.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En el análisis pormenorizado, observamos que la formación durante la carrera universitaria fue determinante en el conocimiento de los cuidados paliativos en los enfermeros tanto de forma total como de forma particular en las dimensiones dolor y disnea. Sin embargo, según los resultados de este estudio, parece no influenciar en el conocimiento de los médicos (Tabla 17).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 17. Descriptivo y comparación puntuaciones de la escala según formación en la carrera en cuidados paliativos en médicos y enfermeros.

	Formación carrera - Médicos				
Dimensión	*media (SD)*		**Diferencia medias**	**Prueba *t*-Student**	
	Sí (n = 65)	**No (n = 269)**		***t*(558)**	***p*-valor**
Total	12.05 (3.08)	11.74 (3.04)	0.303	0.718	0.474
Filosofía	1.30 (0.92)	1.10 (0.83)	0.20	1.729	0.085
Dolor	2.78 (1.30)	2.98 (1.18)	-0.200	-1.203	0.230
Disnea	2.38 (1.28)	2.45 (1.13)	-0.061	-0.384	0.701
Problemas psiquiátricos	2.15 (0.89)	2.13 (0.84)	0.024	0.202	0.840
Problemas gastrointestinales	1.68 (1.13)	1.96 (1.07)	-0.278	-1.855	0.64
	Formación carrera - Enfermeros				
Dimensión	*media (SD)*		**Diferencia medias**	**Prueba *t*-Student**	
	Sí (n = 100)	**No (n = 125)**		***t*(558)**	***p*-valor**
Total	10.22 (2.71)	8.31 (2.75)	1.908	5.200	**<0.001**
Filosofía	1.49 (0.64)	1.46 (0.71)	0.26	0.284	0.777
Dolor	2.48 (1.12)	1.48 (0.95)	1.00	7.212	**<0.001**
Disnea	2.14 (1.04)	1.50 (1.16)	0.644	4.32	**<0.001**
Problemas psiquiátricos	1.97 (0.90)	1.88 (0.94)	0.090	0.727	0.468
Problemas gastrointestinales	1.89 (1.15)	1.94 (1.15)	0.046	-0.298	0.766

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En general, los profesionales que habían realizado formación continuada en cuidados paliativos en los últimos cinco años mostraron un nivel de conocimiento en cuidados paliativos significativamente superior con respecto a aquellos que no han realizado dicha formación continuada, tanto en general como en sus dimensiones (Tabla 18). Estas diferencias significativas se observaron en los médicos en todas las áreas excepto en los problemas psiquiátricos. En el caso de los enfermeros, se observaron diferencias significativas ($p<0.05$) tanto en la puntuación total como en las áreas específicas filosofía, dolor y problemas gastrointestinales valoradas con el PCKT-SV.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 18. Descriptivo y comparación puntuaciones de la escala según formación continua en cuidados paliativos continuada en médicos y enfermeros.

	Formación continuada - Médicos				
Dimensión	*media (SD)*		**Diferencia medias**	**Prueba *t*-Student**	
	Sí	**No**		***t*(558)**	***p*-valor**
	(n = 136)	**(n = 198)**			
Total	13.10 (2.62)	10.89 (3.0)	2.21	6.951	**< 0.001**
Filosofía	1.31 (0.82)	1.03 (0.86)	0.27	2.914	**0.004**
Dolor	3.26 (1.20)	2.73 (1.17)	0.53	4.047	**< 0.001**
Disnea	2.77 (1.00)	2.20 (1.20)	0.56	4.508	**< 0.001**
Problemas psiquiátricos	2.23 (0.81)	2.07 (0.87)	0.35	1.804	0.072
Problemas gastrointestinales	2.11 (1.07)	1.76 (1.09)	0.35	2.938	**0.004**
	Formación continuada - Enfermeros				
Dimensión	*media (SD)*		**Diferencia medias**	**Prueba *t*-Student**	
	Sí	**No**		***t*(558)**	***p*-valor**
	(n = 40)	**(n = 186)**			
Total	10.3 (3.25)	8.97 (2.77)	1.052	2.109	**0.036**
Filosofía	1.75 (0.49)	1.41 (0.70)	0.34	2.887	**0.004**
Dolor	2.15 (1.23)	1.88 (1.12)	0.27	1.35	0.179
Disnea	1.85 (1.23)	1.77 (1.14)	0.08	0.404	0.687
Problemas psiquiátricos	1.95 (1.04)	1.91 (0.90)	0.030	0.190	0.849
Problemas gastrointestinales	2.25 (0.84)	1.85 (1.20)	0.40	2.015	**0.045**

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

De la misma forma, tanto en general como en sus dimensiones, los profesionales con experiencia en cuidados paliativos mostraron un nivel de conocimiento significativamente superior con respecto a aquellos que no tenían experiencia profesional en cuidados paliativos (Tabla 19).

Esta experiencia profesional, determina diferencias significativas en cuatro de las cinco áreas evaluadas en el PCKT-SV para los médicos, concretamente en dolor, disnea, problemas psiquiátricos y gastrointestinales. En el caso de los enfermeros, la experiencia previa además de determinar diferencias en el conocimiento global, también lo hizo en los problemas psiquiátricos.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 19. Descriptivo y comparación puntuaciones de la escala según experiencia previa en cuidados paliativos en médicos y enfermeros.

Experiencia - Médicos					
Dimensión	*media (SD)*		**Diferencia medias**	**Prueba *t*-Student**	
	Sí	**No**		***t*(558)**	***p*-valor**
	(n = 97)	**(n = 235)**			
Total	13.43 (2.43)	11.15 (3.03)	2.28	6.584	**< 0.001**
Filosofía	1.24 (0.83)	1.11 (0.86)	0.13	1.227	0.221
Dolor	3.40 (1.07)	2.77 (1.22)	0.64	4.477	**< 0.001**
Disnea	2.85 (1.00)	2.26 (1.78)	0.59	4.293	**< 0.001**
Problemas psiquiátricos	2.37 (0.82)	2.03 (0.84)	0.34	3.343	**0.001**
Problemas gastrointestinales	2.15 (1.01)	1.80 (1.10)	0.35	2.662	**0.008**
Experiencia - Enfermeros					
Dimensión	*media (SD)*		**Diferencia medias**	**Prueba *t*-Student**	
	Sí	**No**		***t*(558)**	***p*-valor**
	(n = 65)	**(n = 161)**			
Total	9.95(3.00)	8.84 (2.78)	1.115	2.668	**0.008**
Filosofía	1.52 (0.66)	1.45 (0.69)	0.07	0.695	0.488
Dolor	2.03 (1.24)	1.89 (1.11)	0.143	0.847	0.398
Disnea	1.90 (1.29)	1.73 (1.09)	0.174	1.033	0.303
Problemas psiquiátricos	2.14 (0.84)	1.84 (0.94)	0.30	2.231	**0.027**
Problemas gastrointestinales	2.15 (1.19)	1.83 (1.12)	0.327	1.955	0.052

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Para determinar la influencia que sobre el conocimiento ejercen las variables independientes (edad, sexo, profesión, vía especialidad, años de ejercicio, formación universidad, formación continuada, experiencia laboral), se realizaron modelos de regresión lineal múltiple para cada una de las cinco dimensiones que componen la escala de conocimiento sobre los cuidados paliativos diferenciándolas en cada una de las profesiones participantes (médicos y enfermeros) (Tabla 20 y Tabla 21).

Una mayor edad en los médicos (Tabla 20) determinó un mayor conocimiento en la dimensión del dolor. Por el contrario, una menor edad aumentaba el conocimiento global en cuidados paliativos en nuestros participantes (a más joven, mayor conocimiento). El sexo de los participantes no influenció en el conocimiento de los participantes de nuestro estudio segregado. La vía de especialización (MIR, NO MIR) influenció significativamente a favor de los participantes que habían realizado una especialidad vía MIR. Los años de ejercicio profesional de los médicos tenían influencia significativa sobre el conocimiento global en cuidados paliativos, a mayor cantidad de años en ejercicio mayor conocimiento en esta materia. Además, los resultados mostraron que la formación durante la carrea universitaria influenciaba significativamente sobre los conocimientos en la dimensión filosofía de los médicos. Así mismo, la formación continuada determina un mayor conocimiento global de los médicos en cuidados paliativos, siendo significativa también en lo referente a las dimensiones de filosofía, dolor, disnea y problemas gastrointestinales. Esto es, a mayor formación continuada, mayor conocimiento global de los médicos en cuidados paliativos pues se adquiere mayor conocimiento en filosofía, manejo del dolor, disnea y problemas gastrointestinales. La experiencia laboral mostró influenciar significativamente en el conocimiento global y en las dimensiones del dolor, disnea y problemas psiquiátricos. Esto es, a mayor experiencia laboral mayor conocimiento

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

global y en manejo del dolor, la disnea y los problemas psiquiátricos en los cuidados paliativos.

En cuanto a los participantes titulados en enfermería en este estudio (Tabla 21), la edad influenció significativamente en las dimensiones de filosofía y problemas psiquiátricos explorados. Esto es, a mayor edad mayor conocimiento en las 2 dimensiones anteriormente mencionadas. El sexo y los años de ejercicio profesional no influenciaron en el conocimiento de los participantes de nuestro estudio. En lo referente a la formación universitaria de los enfermeros, se observó una influencia significativa en el conocimiento global y en las dimensiones del dolor y la disnea. Es decir, según los resultados de esta tesis doctoral, la formación universitaria determinó mayor conocimiento en el manejo del dolor y la disnea. La formación continuada y la experiencia laboral de estos profesionales sólo demostraron influencia significativa en la dimensión filosofía y problemas psiquiátricos respectivamente.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 20. Modelos de regresión múltiple dimensiones escala conocimiento sobre cuidados paliativos en médicos.

Variable	Total		Filosofía		Dolor		Disnea		Prob. psiquiátricos		Prob. gastrointestinales	
	B(E)	***t***	**B(E)**	***t***	**B(E)**	***t***	**B(E)**	***t***	**B(E)**	***t***	**B(E)**	***t***
Edad	-0,09 (0,03)	**-2,82****	0,02 (0,01)	1,60	0,03 (0,01)	**2,16***	-0,03 (0,01)	-1,87	-0,01 (0,01)	-0,71	0,00 (0,01)	-0,03
Sexo (Hombre vs. Mujer)	0,09 (0,33)	0,27	0,01 (0,10)	0,05	0,06 (0,14)	0,42	0,23 (0,13)	1,76	-0,10 (0,10)	-0,98	-0,06 (0,13)	-0,45
Vía especialidad (MIR vs. No MIR)	-0,64 (0,40)	-1,61	-0,05 (0,12)	-0,43	0,15 (0,16)	0,92	-0,43 (0,16)	**-2,74****	-0,20 (0,12)	-1,69	-0,07 (0,15)	-0,49
Años de ejercicio profesional	0,08 (0,03)	**2,45***	-0,01 (0,01)	-1,03	-0,01 (0,01)	-0,52	0,01 (0,01)	1,06	0,01 (0,01)	0,58	0,02 (0,01)	1,16
Formación universidad (Sí vs. No)	-0,41 (0,40)	-1,00	0,27 (0,12)	**2,22***	-0,21 (0,17)	-1,24	-0,23 (0,16)	-1,39	-0,07 (0,12)	-0,56	-0,28 (0,15)	-1,82
Formación continuada (Sí vs. No)	1,68 (0,35)	**4,73*****	0,28 (0,11)	**2,58****	0,32 (0,15)	**2,15***	0,42 (0,14)	**2,92****	0,05 (0,11)	0,50	0,30 (0,14)	**2,19***
Experiencia laboral (Sí vs. No)	1,81 (0,41)	**4,46*****	-0,14 (0,12)	-1,11	0,35 (0,17)	**2,09***	0,49 (0,16)	**3,00****	0,32 (0,12)	**2,56***	0,17 (0,16)	1,10
R^2 (%)	17,7		3,1		10,4		9		2,5		4,8	
Modelo	F(7,321) = 11,06, p < 0,001		F(7,321) = 2,52, p = 0,015		F(7,321) = 6,44, p < 0,001		F(7,321) = 5,62, p < 0,001		F(7,321) = 2,22, p = 0,032		F(7,321) = 3,35, p = 0,002	

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 21. Modelos de regresión múltiple dimensiones escala conocimiento sobre cuidados paliativos en enfermería.

Variable	Total		Filosofía		Dolor		Disnea		Prob. psiquiátricos		Prob. gastrointestinales	
	B(E)	***t***	**B(E)**	***t***	**B(E)**	***t***	**B(E)**	***t***	**B(E)**	***t***	**B(E)**	***t***
Edad	0,03 (0,03)	1,03	0,02 (0,01)	**2,00***	-0,01 (0,01)	-0,87	0,01 (0,01)	0,39	0,02 (0,01)	**2,44***	0,00 (0,01)	-0,05
Sexo (Hombre vs. Mujer)	-0,06 (0,46)	-0,13	-0,03 (0,11)	-0,22	-0,02 (0,18)	-0,14	0,08 (0,19)	0,44	0,06 (0,15)	0,39	0,02 (0,20)	0,08
Años de ejercicio profesional	-0,05 (0,04)	-1,49	-0,02 (0,01)	-1,96	0,01 (0,01)	0,63	-0,02 (0,01)	-1,36	-0,02 (0,01)	-1,80	-0,01 (0,02)	-0,59
Formación universidad (Sí vs. No)	1,65 (0,40)	**4,09*****	0,00 (0,10)	-0,04	1,01 (0,15)	**6,55*****	0,53 (0,17)	**3,17****	0,04 (0,14)	0,26	-0,15 (0,17)	-0,85
Formación continuada (Sí vs. No)	0,71 (0,51)	1,39	0,35 (0,13)	**2,75****	0,29 (0,20)	1,46	0,02 (0,21)	0,10	-0,14 (0,17)	-0,80	0,30 (0,22)	1,39
Experiencia laboral (Sí vs. No)	0,69 (0,44)	1,59	-0,02 (0,11)	-0,21	-0,10 (0,17)	-0,62	0,10 (0,18)	0,58	0,36 (0,15)	**2,49***	0,27 (0,19)	1,47

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

R^2 (%)	11,8	3	17,8	6,5	3,2	0,5
Modelo	F(6,218) = 6,00, p < 0,001	F(6,218) = 2,15, p = 0,049	F(6,218) = 9,08, p < 0,001	F(6,218) = 3,58, p = 0,002	F(6,218) = 2,22, p = 0,042	F(6,218) = 1,19, p = 0,313

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

DISCUSIÓN

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

5- DISCUSIÓN

5.1- En relación con los conocimientos en Cuidados Paliativos en estudiantes de Pregrado

El conocimiento en cuidados paliativos es esencial para garantizar la atención adecuada de pacientes al final de la vida.[142] Estudios como el de Dibasio, muestra como estudiantes de medicina que habían realizado prácticas y acudido a clases teóricas sobre medicina paliativa durante los últimos años del Grado, conseguían una mayor preparación para enfrentarse a casos con pacientes en sus últimos días de vida.[29] De esta forma, estos estudiantes se sentían más preparados para afrontar situaciones cotidianas en la asistencia médica como son la comunicación de malas noticias, discutir las últimas voluntades, comentar aspectos psicosociales de estos pacientes, proporcionar una atención de calidad y adecuada a sus circunstancias, administrar los tratamientos farmacológicos pertinentes en cada una de las circunstancias, etc. Sin embargo, son numerosos los estudios que siguen indicando que la enseñanza actual durante el grado no capacita ni prepara adecuadamente a los médicos para prestar una atención adecuada a estos pacientes. [30,31]

Siguiendo el modelo de Cuidados Paliativos defendido por la OMS, la enseñanza en esta área constituye una parte destacada, así como un pilar fundamental en la formación de futuros médicos y enfermeros. [6-9] Sin embargo, ninguno de los participantes pregraduados en medicina del presente trabajo de investigación, habían realizado formación extraacadémica sobre cuidados paliativos. A pesar de ello, la mayoría de los estudiantes encuestados (81,66%) obtuvieron una calificación considerada por el criterio de expertos como "buena", ya que 49 de los 60 participantes obtuvieron una calificación igual o mayor a 22 puntos de los 31 posibles.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Hasta la fecha, existen escasos estudios que evalúen el nivel de conocimientos en Cuidados Paliativos en personal sanitario en España. Además, resulta llamativo no haber hallado constancia de la existencia de estudios que valoren este aspecto en estudiantes de pregrado en Medicina en nuestro país. En este sentido, nos encontramos ante una población en la que existen escasos estudios hasta la fecha en el ámbito de los Cuidados Paliativos. Según la literatura científica estudiada, sólo existe un trabajo previo semejante realizado en Perú en 2018. [143] En general, la mayoría de los estudios al respecto se ha realizado en otra población estudiantil sanitaria no médica.[144] En estudios previos en los cuales se ha formado a la población sanitaria en los conocimientos sobre Cuidados Paliativos, como son el de Blasco P. y colaboradores el Frey R. A. y colaboradores o el de Kumar S y colaboradores, se ha trabajado con estudiantes y con población sanitaria en general, y se han evaluado los conocimientos previos en Cuidados Paliativos mediante el uso de escalas como el PKCT, validado sólo en población sanitaria con experiencia laboral y de habla japonesa, pero no adaptada a estudiantes de pregrado.[145-147]

En relación con estudios sobre conocimientos en alumnos de grado de otras profesiones, recientemente, se ha publicado un estudio[98] cuyo objetivo principal fue analizar el conocimiento de los estudiantes de enfermería españoles mediante un cuestionario online (Cuestionario de Cuidados Paliativos para Enfermeras) (PCQN-SV) en cinco facultades de Ciencias de la Salud en los que se impartía dicho grado ofreciendo, con ello, una imagen del estado de la educación en enfermería en nuestro país. Un total de 619 estudiantes respondieron al cuestionario, obteniendo un promedio de 45.65% de respuestas correctas en PCQN-SV, con diferencias relacionadas con el año universitario y académico en el que estaban inscritos y con su educación anterior en Cuidados Paliativos. Este estudio mostró que los estudiantes de enfermería españoles tienen un nivel medio-bajo de conocimientos en paliativos, por

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

lo que también apoya la necesidad de desarrollar un marco común para la formación de los enfermeros. En este sentido, salvando las diferencias, podríamos decir que, según nuestros resultados, los estudiantes de medicina de la Universidad de Málaga obtuvieron una buena calificación en conocimientos en cuidados paliativos en el cuestionario en relación con otros estudios en los que se analizan a estudiantes de enfermería. A pesar de ello, sigue siendo patente la necesidad de incrementar créditos docentes e introducir asignaturas en el Grado de Medicina que estén dedicadas por completo a los Cuidados Paliativos o Medicina Paliativa. También, podemos afirmar que no hay constancia de la existencia de encuestas debidamente validadas y diseñadas en exclusiva para estudiantes de grado en medicina.[146] Es por ello que, en este trabajo de investigación, hemos tomado como referencia el instrumento adaptado para estudiantes del grupo de Ordoñez *et al.* (2018), validado por juicio de expertos.[143] Este aspecto cobra especial relevancia porque los datos hallados en este estudio siguen la misma línea que los encontrados en la Universidad de Perú en el año 2018. En el estudio de Ordoñez,[143] observan que los conocimientos de los alumnos de sexto curso del Grado en Medicina de la Universidad Peruana de Cayetano Heredia son catalogados como "buenos" en un 89% de la población estudiada, y que los estudiantes adquieren durante su formación en Medicina unos conocimientos que les permiten obtener nociones básicas e imprescindibles en el manejo de la enfermedad terminal. En nuestro estudio hemos observado datos semejantes, con un nivel catalogado como "bueno" en el test en el 81,66% de los alumnos. Parece entonces que la formación de los estudiantes, en general, es de buena calidad. Sin embargo, dado que las puntuaciones obtenidas en relación con la "sintomatología de la enfermedad terminal" y al "manejo del dolor" son las que obtienen tasas de error más elevadas, podría ser interesante incluir una formación más especializada en la materia durante el Grado en Medicina. Además, podemos añadir que entre los escasos estudios realizados en población sanitaria los datos son radicalmente distintos. En esta línea de

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

investigación, Medina *et al.* (2012) y Cuevas *et al.* (2014) observan que en todas las dimensiones del PCKT las puntuaciones obtenidas por médicos de atención primaria y enfermeros con varios años de experiencia profesional, son en general bajas y más aún en la variable relacionada con el "manejo del dolor en enfermedad terminal" (alrededor de un 12% de aciertos en el test).[136,148]

Parece, por tanto, que los años de formación especializada en otras áreas de la Medicina podrían sesgar los conocimientos básicos sobre el manejo de la enfermedad terminal. En ese sentido, el trabajar y recibir formación de recuerdo sobre el manejo de la enfermedad al final de la vida podría mejorar los conocimientos de los profesionales que llevan años ejerciendo en el ámbito sanitario, tal y como indican los datos registrados en los diversos estudios realizados sobre el tema a nivel mundial. [131,136,144,85]

Por otro lado, diferentes estudios realizados en países de todo el mundo aluden un déficit en los aspectos psicológicos de la educación en el ámbito de los cuidados paliativos. En dichos estudios se analizan las percepciones y actitudes de los estudiantes hacia la muerte de sus pacientes. También identifican la necesidad de introducir mejoras en los programas educativos que ayuden a los estudiantes a manejar mejor algunas situaciones complicadas. Los estudiantes necesitan instrumentos para afrontar la muerte y las situaciones de final de la vida y para comunicarse no solo con las personas que se encuentran en estas etapas finales, sino también con sus familias. Es algo que los estudiantes a veces sienten como una barrera a la hora de abordar su práctica profesional, no se sienten capaces de afrontar situaciones como el acompañamiento de los pacientes y sus familiares en los últimos días de vida, manejo del duelo, miedo a muerte, y algunas otras situaciones, todas ellas relacionadas con aspectos psicosociales de los cuidados paliativos que escasamente se implementa en los Grados de Medicina y Enfermería, que precisamente serán los

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

profesionales que principalmente se van a enfrentar a estas situaciones.[149-153]

5.2- En relación con la adaptación transcultural y validación de la herramienta PCKT-SV

En el presente trabajo de investigación, se ha llevado a cabo con éxito la traducción y adaptación transcultural al español y posterior validación del PCKT-SV. Nuestros resultados muestran una validación de la versión en español del cuestionario original de conocimientos sobre cuidados paliativos PCKT para médicos y enfermeras.

Existe una necesidad en analizar el nivel de conocimientos en cuidados paliativos en profesionales sanitarios. Para ello es importante obtener instrumentos de medida que sean fiables y válidos no sólo para comparar entre diferentes estudios llevados a cabo en nuestro país, sino también entre estudios realizados en otros lugares de la geografía. Los profesionales de la salud deben tener la capacidad y conocimientos suficientes para proporcionar cuidados paliativos [81,113-116] pues las competencias de los médicos y enfermeras en dicha materia es un factor significativo que afecta y repercute en la calidad de la atención sanitaria a los pacientes que requieren de estos cuidados.[85]

La mayoría de los estudios previos han desarrollado instrumentos válidos y confiables para su uso en la evaluación de conocimientos en profesionales sanitarios, sobre todo en profesionales enfermeros, tal y como se recoge en la tabla 22 de esta tesis doctoral. En general, dichas evaluaciones no han sido particularmente extensas para todos los instrumentos. Además, las características fundamentales a estudiar y definir (validez, fiabilidad, transparencia, aceptación, factibilidad e impacto educativo), no han sido estudiadas al completo en los análisis psicométricos aportados por estas evaluaciones. Así mismo, se han observado diferencias en la confiabilidad y validez del mismo

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

instrumento, especialmente cuando el instrumento se ha utilizado en diferentes países y culturas. Esto es claramente evidente con el instrumento PCQN (*Palliative Care Questionnaire for Nurses*), que se ha utilizado en varias naciones. La validez y confiabilidad reportadas en el estudio original no fueron convergentes en todos los casos cuando el instrumento se utilizó en un entorno cultural diferente, aunque el instrumento se consideró óptimo.[154-155]

El instrumento validado por Adriaansen MJM en 2004, mide el conocimiento, la experiencia y la autoeficacia percibida en enfermeros y estudiantes de enfermería en holandés. Este instrumento obtuvo parámetros de consistencia interna dentro de los valores aceptados.[156] En la validación del instrumento BPW para evaluar el conocimiento de enfermeras, en alemán, además de una consistencia interna adecuada se evalúo la fiabilidad del instrumento mediante la técnica del test-retest, para demostrar sensibilidad al cambio de los elementos de la prueba. Otra variante de medidas es la que aporta el cuestionario Rotterdam MOVE2PC para enfermeras que suma al conocimiento, las actitudes y las dificultades percibidas para los CP, a través de un cuestionario de 66 ítems en holandés con una psicometría similar al anterior.[134]

En el cuestionario NCPC para la autoevaluación de las competencias básicas de las enfermeras noruegas, se combinan 26 ítems que miden conocimiento, actitudes y habilidades básicas en CP.[157]

La prueba de conocimiento adaptada transculturalmente y validada al castellano en este estudio procede originariamente del cuestionario de conocimientos en cuidados paliativos (PCKT) desarrollado por Nakazawa de la Universidad de Tokio. Se trata de una prueba autoadministrada que comprende 20 ítems de opción verdadero o falso que evalúan aspectos de cuidados paliativos para médicos y enfermeras[129]. Esta herramienta fue diseñada en base a cinco dominios, que incluyen "filosofía", "dolor",

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

"disnea", "trastornos psiquiátricos" y "trastornos gastrointestinales". Posteriormente, la prueba evaluó el conocimiento de 363 enfermeros cuyo nivel general de conocimiento sobre cuidados paliativos era deficiente. Se observó que estos profesionales enfermeros poseían un mejor conocimiento de los problemas psicosociales y la filosofía de los cuidados paliativos que los otros temas incluidos en PCKT[130]. El instrumento PCKT también se usó para estimar los efectos del programa nacional de capacitación en cuidados paliativos para oncólogos (Proyecto de Énfasis en Cuidados Paliativos sobre el Manejo y la Evaluación de Síntomas para la Educación Médica Continua (PEACE) diseñado para 57 664 médicos en Japón.[131]Así mismo, este cuestionario ha sido adaptado a diferentes idiomas tales como vietnamita[133] y brasileño[158] e incluso se ha validado al alemán una versión modificada[159] del mismo. Por todo ello, la elección del cuestionario utilizado en este trabajo,[129] parece no ofrecer dudas, pues ha sido validado originalmente para profesionales sanitarios y aplicado a gran cantidad de los mismos y adaptado a otros idiomas. Además, en nuestro caso, los aspectos psicométricos evaluados para la validación transcultural del PCKT al español han mostrado valores similares a los del original.[129] La validez de contenido se midió en el PCKT-SV con una tasa de 0,87, siendo ésta totalmente adecuada pues, según Lawshe,[138] los valores adecuados se encuentran entre 0,29-0,78. Para mayor seguridad y viabilidad, dentro del grupo de expertos se llegó a un acuerdo para cada ítem, tal y como ocurrió para la versión original del PCKT. La consistencia interna calculada con la fórmula de Kuder-Richardson 20.0 arrojó un resultado de 0,74; demostrando una confiabilidad del PCKT-SV similar al PCKT original (0,81).

Tal como se expone en la discusión de los instrumentos validados para enfermeros, en los cuestionarios para médicos se han desarrollado y validado pruebas que miden una combinación de parámetros de evaluación de la competencia añadiendo a los ítems del conocimiento, ítems para evaluar la actitud y la habilidad en CP. [160,132]

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En esta línea, la prueba PCEP-GR se diseñó para evaluar actitudes, conocimientos y habilidades en estudiantes de grado de medicina.[161]

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 22: Instrumentos de evaluación de parámetros de formación de Cuidados Paliativos para profesionales. **Fuente:** Elaboración propia.

Instrumento **(abreviatura)** **(autor y año)**	**Población de validación (n)**	**Medida**	**Lugar**	**Idioma original/** **Adaptación transcultural**	**Sistema de evaluación** **Descripción del instrumento (número de elementos, puntuación máxima y mínima, dirección de la prueba, valor de los elementos de respuesta)**	**Propiedades psicométricas**	**Validez/fiabilidad**
Cuestionario de conocimiento de las enfermeras sobre cuidados paliativos [164] **(PCQN)** (MMRoss, 1996)	Enfermeros (155) Estudiantes de enfermería (41)	Conocimiento	Canadá: Hospital, atención primaria, equipo de cuidados paliativos y universidad	Inglés	Cuestionario autoadministrado 20-item con 3 opciones verdadero/falso/No lo sé. Compuesto de 4 subescalas: filosofía de cuidados paliativos, dolor y otros síntomas, y cuidado psicosocial y espiritual.	**1.** Consistencia interna: Kuder Richardson 20 **2.** Fiabilidad: test re-test: Coeficiente de correlación.	**1.** Kuder Richardson 20: 0,78 **2.** Coeficiente de correlación:0,59
Cuestionario de conocimiento de las enfermeras sobre cuidados paliativos Australiano [165] **(PCQN)** (Proctor M, 2000)	Enfermeros (247)	Conocimiento	Australia: Hospital, centros de atención a personas mayores, agencia comunitaria de enfermería y Hospicio.	Del inglés norteamericano al inglés australiano	Cuestionario autoadministrado 20-item con 3 opciones verdadero/falso/No lo sé. Compuesto de 4 subescalas: filosofía de cuidados paliativos, dolor y otros síntomas, y cuidado psicosocial y espiritual.	Adaptación al idioma inglés australiano cambian los nombres de algunos medicamentos y el término disnea. No realizan psicometría.	

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Prueba de experiencia y conocimientos e Instrumento de autoeficacia[156] (Adriaansen MJM,2004)	Enfermeros (54) Estudiantes de enfermería (24)	Conocimiento y autoeficacia	Países Bajos	Holandés	Cuestionario autoadministrado Prueba Experiencia y conocimientos de: 36 ítems verdadero/falso, con siete elementos dirigidos sobre los principios básicos de los cuidados paliativos, 22 elementos sobre los síntomas y el dolor y siete elementos de atención psicosocial y espiritual Instrumento de autoeficacia: 30 ítems con escala Likert 5 puntos.	**1.** Consistencia interna: Kuder Richardson 20 Alpha de Cronbach	**1.**Instrumento de conocimiento: Kuder Richardson 20: 0,71 Instrumento de autoeficacia: alfa de Cronbach 0,80
Prueba de conocimiento de cuidados paliativos[129] **(PCKT)** (Nakazawa, 2009)	Médicos generales y enfermeros (797)	Conocimiento	Japón	Japón	Cuestionario autoadministrado 20 ítems con 5 dominios, «filosofía», «dolor», «disnea», «problemas psiquiátricos» y «problemas gastrointestinales» Con respuesta Verdadero/Falso)	**1.** Consistencia interna: Fórmula Kuder-Richardson 20 **2.** Fiabilidad: correlación intraclase: examen de prueba-retest **3.**Viabilidad: Los valores faltantes **4.**Fiabilidad interobservación: Coeficiente Kappa	**1.** Fórmula Kuder-Richardson 20: 0.81 **2.** Correlación intraclase: examen de prueba-retest 0.88 **3.** Los valores faltantes son menos del 1% **4.** Coeficiente Kappa 0,26-0,74

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Prueba Bonn de conocimientos en CP[134] **(BPW)** (Pfister, 2011)	Enfermeras (60)	Conocimiento y autoeficacia percibida	Alemania	Alemán	Cuestionario autoadministrado de 23 ítems de conocimiento y 15 ítems de autoeficacia percibida	**1.**Consistencia interna: alpha de cronbach **2.** Fiabilidad: Test - retest	**1.** Cronbach α 0,71 **2.** La sensibilidad al cambio de los elementos de la prueba de conocimientos = p <0,001 (d = 3,22) y la sensibilidad al cambio fue p <0,001 (d = 2,57)
Rotterdam MOVE2PC Cuestionario para la evaluación de los conocimientos de las enfermeras y dictámenes sobre cuidados paliativos[166] **(Rotterdam MOVE2PC)** (Witkamp FE, 2013)	Enfermeros (195) Hospital (119): Estudiantes de enfermería, graduados en enfermería y miembros del equipo y de especialistas Residencias de ancianos, Hospice y Cuidados domiciliarios (76): Graduados en enfermería inscritos en un programa de educación en cuidados paliativos	Conocimientos, actitudes, y dificultades percibidas relacionadas con cuidados paliativos.	Países Bajos	Holandés	Cuestionario autoadministrado 66 ítems Con respuesta verdadero, falso, y no sé.	**1.** Consistencia interna: alpha Cronbach **2.** Fiabilidad: kappa de Cohen **3.** Validez criterio: grupo expertos **4.** Validez contenido: grupo expertos **5.** Validez de constructo: ANOVA, prueba Chi cuadrada Pearson's y test Student's **6.** Fiabilidad: 20 minutos para completarlo.	**1.** Cronbach α 0,77 **2.** Kappa de Cohen>0.35max La validez de la construcción se demostró por las diferencias entre grupos en conocimiento, opiniones y dificultades percibidas.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Cuestionario de Conocimientos de Cuidados Paliativos[167] **(PEACE-Q).** (Yamamoto R, 2013)	Médicos (434)	Conocimiento	Japón	Japonés	Cuestionario autoadministrado 33 ítems, 9 dominios: (1) filosofía de cuidados paliativos, (2) dolor de cáncer, (3) efectos secundarios de opioides, (4) disnea, (5) náuseas y vómitos, (6) angustia psicológica, (7) delirio, (8) comunicación sobre cuidados paliativos y (9) cuidados paliativos basados en la comunidad. Con respuesta (Verdadero/Falso)	**1.** Consistencia interna: Kuder-Richardson Fórmula 20 **2.**Fiabilidad: correlación intraclase **3.**Test-retest fiabilidad: coeficiente kappa **4.** Elementos de dificultad y discriminación: Modelo de Teoría de la Respuesta de Artículos (IRT)	**1.** Kuder-Richardson 0,87 **2.** Correlación intraclase 0,84 **3.** Coeficiente kappa 0.04 a 0.85 **4.** IRT: dificultad en todos los artículos de -2,76 a 0,29, discriminación de 0,69 a 2,67.
Instrumento para la autoevaluación de las competencias básicas de las enfermeras en cuidados paliativos[157] **(NCPC)** (Slåtten K, 2014)	Enfermeros (122)	Competencias básicas	Noruega	Noruego	Cuestionario autoadministrado: 26 preguntas 5 dominios: Conocimiento en Gestión de Síntomas, Uso Sistemático del Sistema de Evaluación de Síntomas de Edmonton (ESAS), Habilidades de Trabajo en Equipo, Habilidades Interpersonales, Habilidades de Cierre de Vida Con respuesta Escala Likert de 5 puntos	**1.** Consistencia interna: alfa de Cronbach. **2.** Modelado de ecuaciones estructurales (SEM): prueba de chi-cuadrado. **3.** Análisis de factores confirmatorios (CFA)	**1.** alfa de Cronbach 0,84 **2.** Chi-cuadrado 3,78 **3**. CFI 0,95 (aceptable) **4.** TLI 0,95 (aceptable) **5.** RMSEA a 0,05 (LO 90 a 0,26 e HI 90 a 0,06) (aceptable)

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

						4. Índice de ajuste Tucker-Lewis (TLI). **5.** Parsimony correction index: Error cuadrado medio raíz de aproximación (RMSEA)	
Cuestionario de Cuidados Paliativos Pediátricos para medir la Autoeficacia, Conocimiento y Adecuación de la Educación Médica Previa entre residentes Pediátricos: Cuestionario de Cuidados Paliativos Pediátricos[169] **(PPCQ)** (Katharine E. Brock, 2015)	Becarios médicos pediátricos (147) Cardiología pediátrica, cuidados críticos, hematología/oncología y programas de medicina neonatal-perinatal)	Autoeficacia, Conocimiento, y deficiencia percibida de formación médica.	EE. UU.	Inglés	Cuestionario autoadministrado 39 ítems con 3 subescalas: autoeficacia (23), conocimiento (10), deficiencia percibida de formación médica (6) Respuestas escala Likert 5 puntos	**1.**Consistencia interna: alpha de Cronbach **2**.Fiabilidad: Coeficiente de correlación intraclase e índice kappa **3.**Validez de contenido: índice de validez	**1.** alfa de Cronbach: "*Subescala Autoeficacia" 0*,95 "Subescala Adecuación de la Educación Médica" 0,84. **2.** "*Subescala Autoeficacia*" coeficiente de correlación intraclase 0,78 kappa 0,61 "Subescala Adecuación de la Educación Médica" Coeficiente de correlación intraclase 0,85. kappa-0,63 **3.**Índice de validez: "*Subescala Autoeficacia*" 0,88 "Subescala Adecuación de la Educación Médica" 0,92.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Prueba de competencia paliativa para médicos[158] **(PKT)** Mosich V, 2017	Médicos (105)	Competencia	Austria	Alemán	Cuestionario autoadministrado 2 subescalas: 34 Conocimiento (Verdadero/falso) Expectativa de auto eficiencia (escala Likert de 3 puntos)	**1.**Consistencia interna: alpha de Cronbach **2.** Fiabilidad: Coeficiente de correlación Pearson	**1.** Cronbach α subescala conocimiento 0.767 y subescala autoeficiencia 0.919. **2.** Coeficiente de correlación Pearson 0.99
Validación de la versión revisada alemana del programa en el cuestionario de educación y práctica de cuidados paliativos[161] **(PCEP-GR)** (Katharina Fetz, 2017)	Estudiantes de medicina (680)	Actitudes, conocimientos y habilidades de autoestima	Alemán	Alemania	Cuestionario autoadministrado con 36 items en 4 subescalas: preparación para proporcionar cuidados paliativos, actitudes hacia los cuidados paliativos, autocompetencia en comunicación con los pacientes moribundos y sus familiares y, autopercepción de conocimientos y habilidades en cuidados paliativos. Con respuestas tipo escala Likert de 5 puntos.	**1.**Confiabilidad: Spearmen-Brown **2**.Consistencia interna: alpha de Cronbach, **3.**Validez de estructura: Kaiser-Meyer-Olkin **4.** Viabilidad	**1.**Coeficiente Spearman-Brown 0.90; **2.** Cronbach alfa "Preparación para proporcionar cuidados paliativos" 0,83 "Actitudes hacia paliativo ca2-0,66 "Auto-estimación de la competencia en la incomunicación con pacientes moribundos y sus parientes" 0,82 "Auto-de estimación de conocimiento y derechos en cuidados paliativos" 0,75 **3.** Kaiser-Meyer-Olkin 0.81 **4.**Tiempo medio 8,01 min (rango 3,17–19,25)

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Preparación del personal para proporcionar atención paliativa y al final de la vida en hogares de cuidados a largo plazo: Desarrollo y validación de instrumentos[163] (Chan HY, 2018)	Profesionales de medios residenciales (247)	Conocimiento percibido, habilidad y preparación psicológica	China	Chino	Cuestionario autoadministrado de 16 ítems Con respuestas escala Likert de 5 puntos)	**1.**Consistencia interna: alfa de Cronbach **2.** Fiabiliadad: prueba-retest con coeficiente de correlación intraclase. **3.** Validez discriminante: comparación entre respuestas de distintos rolles profesionales. **4.** Análisis de factores exploratorios: rotación arimax	**1.** Cronbach alfa-0.927 (0.809 (voluntad), 0.940 (capacidad) y 0.747 (resiliencia); **2.**Coeficiente de correlación intraclase de los tres factores fue 0,80 (voluntad), 0,78 (capacidad) y 0,86 (resistencia); **4.** Solución de tres factores, que representó acumulativamente el 68,5% de la varianza total. Los tres factores son la voluntad (cinco elementos), la capacidad (ocho elementos) y la resiliencia (tres elementos).
Cuestionario de Competencia de Cuidados Paliativos[160] **(PCCF)** (Connolly M, 2018)	médico (532)	Competencia	Irlanda. Todas las especialidades en atención médica para adultos y contacto directo con el paciente.	Inglés	Cuestionario autoadministrado de 26 ítems con 3 subescalas 10 preguntas evaluaron el conocimiento, 6 preguntas evaluaron las actitudes y 11 comportamientos evaluados. Con respuestas tipo escala Likert de 5 puntos	**1.**Consistencia interna	**1.**Alpha Cronbach > 0,7 Conocimiento >0 .944 Actitud >0 .862 Habilidad>0 .959

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Actitud y conocimiento de CP[132] **(PCAK)** **(**Al-Ansari AM, 2019)	médico (232)	Actitud, autoeficacia percibida y conocimiento básico	Kuwait, Clínicas de atención primaria y hospitales generales	Árabe	Cuestionario autoadministrado de 37 items en 3 subescalas: Actitud, autoeficacia percibida y conocimiento básico. Con respuestas tipo escala Likert de 5 puntos y de verdadera/falso	**1**.Validez constructo **2**. Consistencia interna **3**.Test-retest fiabilidad	**1.**Alfa de Cronbach 0,824 **2**.Coeficiente de correlación intraclase 0.806; **3.**Prueba de reexa 0,95
Encuesta para evaluar las competencias, actitudes y conocimientos de CP perinatales[162]**.** **(PPCS)** (Stenekes S, 2019)	Enfermeras, médicas y matronas (167)	Competencia, Actitudes y Conocimiento	Canadá	Inglés y francés	Cuestionario autoadministrado de 78 ítems con 5 dominios: información demográfica (9), competencia autoevaluada (17), actitudes (20), conocimientos de cuidados paliativos perinatales (28), interés educativo anterior y futuro (4) Con respuestas tipo escala Lickert de 7 puntos	Sin análisis psicométricos	
The Brazilian Portuguese Self-Efficacy in Palliative Care[158] **(SEPC)** (Gryschek G, 2020)	Estudiantes de grado de medicina	Autoeficacia en Cuidados paliativos	Brasil	Portugués	Cuestionario autoadministrado de 23 ítems: tres factores: (a) comunicación (b) manejo del paciente y (c) trabajo en equipo multidisciplinario en PC. Escala analógica visual de 100 mm que va desde 'muy ansioso' a 'muy seguro'. Se mide el punto asignado en la escala analógica visual, entre 0 y 100, y los valores más altos indican una mayor confianza en esa tarea específica.	1.Consistencia interna: Alfa de Cronbach; 2.Fiabilidad 3.Validez de constructo: modelo factorial confirmatorio	**1.** Afa de Cronbach: 0.82-0. 97 **2.** Fiabilidad compuesta: 0,82-0,96) **3.** Rango de factor: 0.51-0.90)(mostró valores de índice de ajuste deficiente, basados en el CFI, TLI y RMSEA).

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Se han desarrollado y validado cuestionarios de conocimientos en CP en áreas específicas como los cuidados perinatales[162] o en poblaciones concretas de profesionales como los que ejercen su profesión en medios residenciales.[163] Sin embargo, como ya hemos comentado con anterioridad, no están adaptados al castellano o bien son para profesionales de enfermería. Así, por ejemplo, en español ha sido validado un cuestionario de conocimientos en cuidados paliativos exclusivo para enfermeras (PCQN).[99] El PCQN-SV, es una herramienta eficaz para medir el conocimiento en enfermeros españoles, pero no en médicos. Hasta donde sabemos, no existía un instrumento validado al español que evaluase el conocimiento de médicos y enfermeros de forma conjunta. Además, el PCQN-SV no podría haber sido adaptado para su uso en profesionales médicos puesto que mide el nivel de conocimientos en competencias enfermeras en cuidados paliativos de estudiantes y profesionales de la enfermería. La gran ventaja del PCKT, herramienta seleccionada en este trabajo de investigación, es que ha sido validada para equipos multidisciplinares, quienes atienden en los modelos sanitarios actuales a los pacientes y familiares, que requieren de estos cuidados paliativos especializados. En este sentido, los equipos de cuidados paliativos son interdisciplinarios ya que la atención al paciente con estas necesidades especiales se realiza desde un enfoque físico, psicológico, social y espiritual[136]. Por tanto, los equipos de expertos en cuidados paliativos suelen estar formados por médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y agentes espirituales. Entendemos que médicos y enfermeras (profesionales médicos y enfermeros de atención primaria de salud y Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos) tienen competencias comunes en cuidados paliativos y, por ello, en nuestro estudio aplicamos un cuestionario que evaluara la parte de conocimiento correspondiente a estas competencias comunes. Los profesionales restantes tienen competencias comunes más limitadas y deberían ser

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

objeto de investigación adicional. Al respecto, entendemos que médicos y enfermeros poseen competencias comunes en cuidados paliativos, por lo tanto, en nuestro estudio, buscamos un cuestionario que evaluara el componente de conocimiento correspondiente a estas competencias comunes.

Dicha medida puede ser utilizada en una variedad de propósitos, como son la evaluación de las necesidades de aprendizaje y la evaluación de cualquier servicio de programa educativo.[132]Desafortunadamente, la mayoría de los estudios relevantes se llevaron a cabo para asesorar el conocimiento de los cuidados paliativos en enfermeros [99,121-124,135] más que en médicos.[129,130,132,135,170] La mayoría de ellos evaluó la actitud ante la muerte y el morir, más que el conocimiento de los cuidados paliativos y sus beneficios. [121-123,171]

Para concluir queremos resaltar que la validez del PCKT-SV origina un instrumento que puede ser utilizado para evaluar programas educativos e identificar el nivel de conocimiento en paliativos de los médicos y enfermeros en países de habla hispana y en países donde existe gran cantidad de población hispanohablante. Además, esta herramienta podría arrojar luz sobre posibles soluciones para implementar mejoras en la atención de estos pacientes al resaltar las necesidades de formación.

5.3- En relación con el estudio descriptivo del conocimiento en cuidados paliativos en médicos y enfermeros

El análisis y medición del conocimiento de los médicos y enfermeros es un componente indispensable de la evaluación de la educación y la práctica. Tal medida puede ser utilizada en una variedad de propósitos como la evaluación de las necesidades de aprendizaje y la evaluación de cualquier programa formativo o servicio asistencial. Según la Asamblea Mundial de la Salud (WHA), es fundamental que los

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

educadores y administradores de la salud incluyan contenido relacionado con los cuidados paliativos en la mayoría de los programas educativos y debe abordarse sistemáticamente en lugar de incluirse de manera incidental. Existe una evidencia creciente de la influencia positiva de los servicios de cuidados paliativos en la prestación de cuidados competentes y de calidad a los pacientes.[132] Uno de los objetivos del presente estudio fue evaluar el conocimiento de los profesionales sanitarios en cuidados paliativos utilizando el instrumento PCKT-SV. También exploramos las diferencias entre los profesionales de la salud involucrados. Este estudio mostró que los médicos poseen un conocimiento significativamente mayor en cuidados paliativos que las enfermeras, sin diferencias significativas entre los sexos. Sin embargo, el nivel de conocimiento en los cuidados paliativos de las enfermeras está aumentando debido a la inclusión del personal experto en los equipos hospitalarios.[130] La diferencia de conocimiento entre médicos y enfermeros también está relacionada con la formación de grado que reciben[53]. En este sentido, estudios previos han demostrado la necesidad de incrementar la formación en este ámbito en ambos profesionales. [122,123,133,135]

Se evaluaron las variables relacionadas con la formación en Cuidados Paliativos que podían tener una correlación con el conocimiento de los profesionales: formación específica de Cuidados Paliativos en pregrado, Formación continuada de CP en postgrado y experiencia profesional en Cuidados Paliativos. Sin embargo, los resultados de este estudio muestran, de forma global, que el 70,5% de los profesionales afirmaron no haber recibido formación durante sus estudios en Medicina o Enfermería, un 68,6% no había realizado formación continuada durante los últimos 5 años y un 71% no tenía experiencia laboral en cuidados paliativos.

El modelo de regresión múltiple determinó la influencia de las variables independientes en el conocimiento y las diferentes dimensiones en los cuidados

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

paliativos. De esta manera, obtuvimos los factores predictivos incluidos en el modelo que explican mejor el conocimiento en los cuidados paliativos de los médicos (R2 a 17,7 F (7,321) a 11,06, p <0,001) en comparación con el de los enfermeros (R2 a 11,8 F (6,218) a 6,00, p <0,001) (Tabla 20 y 21). En el caso de los médicos, personas más jóvenes (B-0,09p-0,01), años de práctica profesional (B-0,08 p-0,05), experiencia laboral (B-1,81p-0,01) y la realización de formación continua aumentaba el conocimiento en comparación con aquellos que no lo hacen (B-1,68 p-0.001), de forma significativa (tabla 20). Un mayor conocimiento en los más jóvenes podría deberse al cambio en los programas educativos europeos en los que los médicos reciben más formación en medicina paliativa durante el grado. Por otro lado, la educación de pregrado de las enfermeras (B-1,65p-0,001) tuvo un peso significativo en el nivel de conocimiento (Tabla 21). Además, las enfermeras con formación continua en CP tuvieron mejores resultados en filosofía (B-0. 35 p-0.001) y las enfermeras con experiencia laboral (B-0,36p-0,05) tenían un mayor conocimiento en trastornos neuropsiquiátricos (Tabla 21). Estos resultados no están en línea con los obtenidos por Huyen et al. (2019), donde la edad se correlacionó positivamente con un mayor conocimiento de los cuidados paliativos[133] y parecen no repetirse en aquellos países en los que la disciplina es una novedad.[121] En el presente estudio, la actitud de los participantes no ha sido estudiada, pero se ha demostrado una baja correlación entre las actitudes de los profesionales de enfermería y sus conocimientos.[123] En general, la experiencia previa ha demostrado ser un elemento clave en el nivel de conocimiento en cuidados paliativos.[158,172] resultados concordantes con los del presente estudio. De la misma manera, nuestros resultados coinciden con los de Mosich et al (2017), realizado en médicos en formación de especialidad donde se observó que los médicos que habían recibido educación paliativa puntuaron mejor en el conocimiento que los que no la habían recibido. Haber trabajado en un entorno paliativo especializado se asoció con puntuaciones más altas en conocimientos paliativos, así como en

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

expectativas de autoeficacia.[159] En esta línea, para mejorar la formación de los futuros profesionales sería necesario implementar una formación específica en cuidados paliativos en todas las universidades.[25,53] Los criterios curriculares de formación deben ser coherentes con los exigidos por la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) para obtener el mismo nivel de formación y competencias en todos los países.[35] Aumentar la formación en Cuidados Paliativos, podría significar una mejora en el conocimiento de CP de médicos y enfermeras, así como una mejora en las actitudes y en la adquisición de habilidades para esta disciplina.[172] Asimismo, los médicos con un título de posgrado, más de 10 años de experiencia o más de 40 años de edad, tienen significativamente más conocimiento en cuidados paliativos en comparación con sus iguales.[133] En el presente estudio, los médicos y enfermeros que realizaron formación continuada obtuvieron diferencias significativas en la puntuación global de PCKT-SV que los demás (Tabla 6). Según el tipo de profesión, el nivel de conocimiento general de los médicos (11,85 ± 3,2 (59,25%) fue significativamente superior al conocimiento de las enfermeras (9,16 ± 2,88) (45,8%). En cuanto a las dimensiones, la puntuación de los médicos en el dolor, la disnea y los trastornos psiquiátricos fue significativamente mayor en comparación con las enfermeras. Sin embargo, las enfermeras obtuvieron una puntuación significativamente mejor en filosofía.

Varios estudios han analizado el nivel de conocimiento con el instrumento PCKT. Así, el nivel de conocimiento de los médicos en Brasil demostró estar por debajo del promedio esperado. La mayoría de los participantes (51,7%) obtuvieron niveles pobres o bajos de conocimiento,[158] siendo la dimensión de la filosofía la mejor gestionada por estos profesionales. Por el contrario, en el presente estudio el dolor fue la dimensión con mejor puntuación en los médicos. En Japón,[172] el conocimiento de los médicos es significativamente mayor en los cuidados paliativos, con puntuaciones medias del

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

72%. Se obtuvieron resultados similares que valoraban los conocimientos y las actitudes en los cuidados paliativos en Vietnam,[133] donde los médicos (35,1%) y enfermeras (74,2 %) no mostraron un conocimiento adecuado de los cuidados paliativos en geriatría. En el presente estudio, las puntuaciones en el dolor, disnea y problemas gastrointestinales se observaron especialmente bajas en las enfermeras, lo cual es congruente con trabajos anteriores. [173,174]

La pregunta 15 obtuvo el mayor éxito (92.5%) mientras que la pregunta 6 recibió la mayoría de las respuestas incorrectas (81.5%). ("El efecto de los opioides debe disminuir cuando se utiliza pentazocina o buprenorfina juntos después de que se utilizan opiáceos") fue la que tenía la tasa de error más alta, en línea con Ioshimoto et al. (2020) [133]. Esto podría verse afectado por la escasa prescripción de la pentazocina en España, ya que el tratamiento con otros tipos de opioides es más habitual. El objetivo de este ítem de evaluar un aspecto muy específico de la farmacología de estos dos tipos de opioides agonista- antagonistas tiene una gran relevancia clínica, que consiste en la prevención del mal uso de la combinación de estos con los opioides puros para evitar complicaciones cómo los síndromes de abstinencia en los pacientes. El estudio farmacológico de los opioides debe ser mejorado en los planes de estudios de grado y especialidades sanitarias más vinculadas a los cuidados paliativos.

En cuanto al estudio pormenorizado de las profesiones de forma individual y cómo influencia la formación durante la carrera universitaria en ambos; en este estudio se ha observado que el conocimiento de los cuidados paliativos de los médicos no se influencia durante la carrera. Sin embargo, en los enfermeros sí. De hecho, observamos que la formación durante la carrera universitaria es determinante en el conocimiento de los cuidados paliativos en los enfermeros tanto de forma global como de forma particular en las dimensiones dolor y disnea. Esto podría explicarse porque durante la licenciatura/grado de medicina, los contenidos sobre cuidados paliativos son escasos

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

y en la diplomatura/grado de enfermería han sido tradicionalmente superiores. A pesar de ello, según otros estudios como el de Chover y colaboradores (2020), los estudiantes de enfermería poseen un nivel bajo/medio en conocimientos en cuidados paliativos durante el grado, abogando por aumentar los créditos docentes en esta materia.[98]

De forma interesante, hemos observado que la dimensión filosofía es superior en los profesionales de enfermería que en los de medicina. Este resultado muestra concordancia con otros estudios como el de Nakazawa y colaboradores,[130] en el que al evaluar el conocimiento de 363 enfermeras observó que poseían un mayor conocimiento de los problemas psicosociales y la filosofía de los cuidados paliativos que los otros temas incluidos en PCKT.[133] Esto podría ser debido a que tradicionalmente en la titulación de enfermería ha habido contenidos y competencias en el título sobre cuidados paliativos, especialmente en el significado y en la filosofía de estos cuidados. Sin embargo, en la titulación de medicina apenas ha habido formación en medicina paliativa en los estudios de licenciatura. A fecha de 2013, aproximadamente la mitad de las facultades de medicina incluían alguna asignatura de Medicina Paliativa en sus planes de estudios, asociado en la mayoría de las ocasiones como parte del proceso Bolonia.[52] Con el nuevo título de grado ya comienzan a incorporarse contenidos sobre ellos, siendo todavía a fecha de hoy considerados insuficientes. De esta forma observamos, en el caso de medicina, de las 46 facultades existentes en España 20 (49%) posee formación en cuidados paliativos, de forma directa o relacionada con la oncología o la geriatría. La duración media basada en créditos ECTS de formación en cuidados paliativos en los médicos es de 4.83 ECTS en los planes de estudio que se incluye dicha asignatura como parte principal o complementaria. Basándose en la formación recibida dentro del aula, los alumnos poseen 72 horas de formación presencial y 62 horas de formación no

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

presencial (Tabla 23). El curso de impartición de la materia cuidados paliativos en medicina varía entre quinto curso (45%), cuarto curso (30%) y sexto curso (25%).

Si este mismo procedimiento se realiza para el Grado de Enfermería, observamos que, de las 62 titulaciones de enfermería, en 36 (58%) existe la asignatura cuidados paliativos como materia específica o complementaria a la geriatría o a la ética aplicada. En Enfermería la formación basada en cuidados paliativos posee una duración media de 4.64 ECTS, considerando solo aquellas facultades que la poseen. En las facultades que existía la materia de cuidados paliativos los alumnos recibieron de media 56 horas de formación presencial basada en cuidados paliativos y 67.5 horas de formación no presencial (Tabla 23). En 21 de las 36 (58%) facultades que imparten cuidados paliativos en enfermería lo hacen en tercer curso, mientras que en cuarto curso lo hacen 12 de las 36 (33%). Las tres facultades restantes (8%) lo realizan en segundo año.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 23: Cuidados Paliativos en Medicina. Fuente: Elaboración propia.

Universidad	Titularidad	Nombre de la asignatura	Tipo de asignatura	ECTS	Curso		Número de horas		Nº Temas	
					Año	Cuatrimestre	Presencial	No presencial		
									Teoría	Legal
Alcalá	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Alfonso X El Sabio	Privada	-	-	-	-	-	-	-	--	
Autónoma Barcelona	Pública	Medicina Paliativa	Optativa	3	6	1	31	40,25	10/10	2/10
Autónoma Madrid	Pública	Cuidados Paliativos en Pacientes con Cáncer	Optativa	3	4	1	22	53	10/10	2/10
Barcelona	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cádiz	Pública	Patología medica de la sangre, órganos hematopoyéticos, oncología, cuidados paliativos, nutrición y dietética.	Obligatoria	9	5	1 & 2	175	50	11/56	3/56
Cantabria	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Cardenal Herrera	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Castilla La Mancha	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Católica of Murcia	Privada	Oncología y Medicina Paliativa	Obligatoria	4,5	4	2	67,5	45	1/25	1/25
Católica of Valencia	Privada	Medicina Paliativa	Obligatoria	3	6	1	30	45	18/18	2/18
CEU San Pablo	Privada	Geriatría y Cuidados Paliativos	Obligatoria	3	4	1	45	45	1/14	1/14
Complutense of Madrid	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Córdoba	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Europea of Madrid	Privada	Formación clínica XII: Urgencias, Toxicología, Geriatría, Oncología y Cuidados Paliativo	Obligatoria	12	6	1&2	122	178	5/60	2/60
Extremadura	Pública	Oncología Médica y Radioterápica. Cuidados Paliativos	Obligatoria	6	4	2	210	90	9/40	1/40
Francisco of Vitoria	Privada	-	-	-	-	-	-	-	-	

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Girona	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Granada	Pública	Cuidados Paliativos	Optativa	3	4	1	60	15	11/11	2/11
Internacional of Cataluña	Privada	Medicina Paliativa	Obligatoria	3	5	2	-	-	11/11	
Islas Baleares	Pública	Curas Paliativas	Obligatoria	3	5	-	-	-	-	
Jaume I	Pública	Cuidados Paliativos	Optativa	6	4	2	60	90	5/5	3/5
La Laguna	Pública	Medicina Familiar y Comunitaria, Geriatría y Paliativos	Obligatoria	6	5	2	60	90	5/25	3/25
Las Palmas of Gran Canaria	Pública	Geriatría y Medicina Paliativa	Obligatoria	6	5	1	-	-	18/43	5/43
Lleida	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Málaga	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Miguel Hernández of Elche	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Murcia	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Navarra	Privada	Medicina Paliativa	Obligatoria	3	6	1	50	25	24/24	5/24

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Oviedo	Pública	Urgencias y Medicina Paliativa	Obligatoria	6	5	1	95	55	6/41	1/41
País Vasco	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Pompeu Fabra	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Rey Juan Carlos	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Rovira and Virgili	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Salamanca	Pública	Oncología Médica y Cuidados Paliativos	Obligatoria	6	6	2	80	70	7/33	1/33
Santiago of Compostela	Pública	Medicina Paliativa y Geriatría	Obligatoria	3	4	2	39	36	14/35	5/35
Sevilla	Pública	Geriatría y Cuidados Paliativos	Obligatoria	6	5	2	60	90	10/30	3/30
Valencia	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Valladolid	Pública	Oncología Clínica y Medicina Paliativa	Obligatoria	3	5	2	33	42	1/20	2/20
VIC – Central of Barcelona	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Zaragoza	Pública	Cuidados Paliativos	Optativa	4	5	1	53,25	56,25	8/8	

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Tabla 24: Cuidados Paliativos en Enfermería. Fuente: Elaboración propia

Universidad	Titularidad	Denominación de la asignatura	Tipo de Asignatura	ECTS	Curso		Metodología (hrs)		Nº Temas Paliativos	
					year	quarter	Presencial	No presencial	Teo.	Legal
A Coruña	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alcalá	Pública	Enfermería en Cuidados Paliativos	Optativa	6	4	2	52	98	16/16	5/16
Alfonso X el Sabio	Privada	Cuidados Paliativos y Ética Aplicada	Obligatoria	6	2	1 &2	60	90	15/17	5/17
Alicante	Pública	Cuidados de enfermería en la cronicidad, dependencia, geriatría y cuidados paliativos	Obligatoria	6	4	1	60	90	20/30	6/30
Almería	Publica	Cuidados de Enfermería en Situaciones Complejas de la Salud	Obligatoria	6	3	1	-	-	7/14	4/14
Antonio de Nebrija (Madrid)	Privada	Cuidados Paliativos	Obligatoria	3	3	1	42,5	32.5	15/54	4/15

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Autónoma de Barcelona	Pública	Cuidados Enfermeros en Situaciones Complejas	Obligatoria	3	3	2	26,25	46	4/15	
Autónoma de Madrid	Pública	Enfermería y Cuidados Paliativos Complejos	Obligatoria	6	3	2	75	75	4/11	2/11
Barcelona	Publica	La enfermería en los cuidados paliativos	Optativa	3	2	2	-	-	-	
Burgos	Pública	Enfermería de urgencias y cuidados críticos	Obligatoria	6	3	1	60	90	8/15	2/15
Cádiz	Pública	Atención al paciente crítico y cuidados paliativos	Obligatoria	6	3	2	100	50	10/26	5/26
Camilo José Cela (Madrid)	Privada	Atención al Paciente Crítico y Cuidados Paliativos	Obligatoria	6	3	2	75	75	7/14	3/14
Cantabria	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cardenal Herrera (Valencia)	Privada	-	-	-	-	-	-	-	-	
Castilla La Mancha	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Católica de Murcia	Privada	Cuidados Paliativos	Optativa	6	3	2	60	90	22/22	2/22
Católica de Valencia "San Vicente Martir"	Privada	Cuidados al Paciente Crónico y Terminal	Obligatoria	4,5	3	1	70	45,5	4/10	1/10
Católica Santa Teresa de Jesús de Ávila	Privada	Cuidados Paliativos	Optativa	3	3	2	-	-	13/13	2/13
CEU San pablo (Madrid)	Privada	-	-	-	-	-	-	-	-	

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Complutense de Madrid	Pública	Enfermería de la Vejez, Cuidados Paliativos y Tratamiento del Dolor	Obligatoria	6	4	1	-	-	5/15	2/15
Córdoba	Pública	Enfermería Clínica Avanzada. Cuidados Críticos y Paliativos	Obligatoria	6	4	2	60	90	17/36	2/36
Europea de Madrid	Privada	Cuidados Paliativos	Obligatoria	3	4	-	-	-	-	
Extremadura	Pública	Cuidados Paliativos	Obligatoria	6	3	2	60	90	14/14	2/14
Fernando Pessoa-Canarias	Privada	-	-	-	-	-	-	-	-	
Francisco de Vitoria (Madrid)	Privada	-	-	-	-	-	-	-	-	
Girona	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Granada	Pública	Cuidados Paliativos	Obligatoria	6	2	2	60	90	23/23	4/23
Huelva	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Internacional de Cataluña (Barcelona)	Privada	-	-	-	-	-	-	-	-	
Islas Baleares	Pública	Curas Paliativas	Obligatoria	3	3	2	26	49	11/11	6/11
Jaume I (Castellón)	Pública	Cuidados Paliativos	Obligatoria	6	4	1	132,8	47,3	12/12	2/12
Jaén	Pública	Atención de enfermería a personas en estado de necesidad y terminales	Obligatoria	6	3	1	65	85	3/13	2/13
La Laguna (Santa Cruz de Tenerife)	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

La Rioja	Pública	-	-	-		-	-	-	-	
Las Palmas de Gran Canaria	Pública	-	-	-		-	-	-	-	
León	Pública	Cuidados Paliativos	Obligatoria	3	3	1	30	45	6/6	0/6
Lleida	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Málaga	Pública	Cuidados Críticos y Pacientes Frágiles	Obligatoria	6	4	1	75	75	1/10	1/10
Murcia	Pública	Cuidados Paliativos	Obligatoria	3	4	1	37,5	37,5	12/12	3/10
Navarra	Privada	Cuidados Paliativos	Obligatoria	3	4	1	29	46	No dis	No dis
Oviedo	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
País Vasco	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Pompeu Fabra (Barcelona)	Pública	Enfermería en Procesos de la Muerte y el duelo	Obligatoria	4	3	3	50	50	9/9	2/9
Pontifica Comillas (Madrid)	Privada	Cuidados Paliativos	Obligatoria	3	4	1	33	57	15/15	2/15
Pontífica de Salamanca	Privada	-	-	-	-	-	-	-	-	
Púbica de Navarra	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ramon Llull (Barcelona)	Privada	Cuidados Paliativos	Optativa	3	3	2	-	No dis	No dis	No dis
Rey Juan Carlos (Madrid)	Pública	Cuidados Paliativos	Obligatoria	4	3	2	52	68	18/18	5/18
Rovira y Virgili (Tarragona)	Publica	Cuidados Paliativos	Obligatoria	3	3	2	30	45	5/5	2/5
San Jorge	Privada	-	-	-	-	-	-	-	-	
Salamanca	Pública	Enfermería en Cuidados Paliativos	Obligatoria	3	4	1	38	12	17/17	2/17

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Santiago de Compostela	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sevilla	Pública	Cuidados Críticos y Paliativos	Obligatoria	6	3	2	60	90	9/13	1/13
Valencia	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Valladolid	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	
Vic (central de Barcelona)	Privada	Cuidado al Final de la Vida	Obligatoria	3	3	1 / 2	-	-	25/25	4/25
Vigo	Pública	Enfermería geriátrica y Cuidados Paliativos	Obligatoria	6	3	2	54	98	1/10	0/10
Zaragoza	Pública	-	-	-	-	-	-	-	-	

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

En la misma línea que el estudio de Nakazawa y colaboradores[130]se sitúa el reciente estudio de Chover y colaboradores,[99] quienes observan que los estudiantes de enfermería de 5 facultades de España obtuvieron mejores resultados en el conocimiento de las dimensiones de filosofía y control de síntomas que son los contenidos que se encuentran principalmente en la mayoría de los programas educativos en cuidados paliativos de nuestro país. Sin embargo, aprecian la necesidad de mejora de la formación de estudiantes en enfermería en contenidos relacionados con la gestión de los estadios avanzados de diferentes patologías. Otro grupo de contenidos a incluir en esta educación son los aspectos farmacológicos y no farmacológicos del control de síntomas en enfermeros. Así mismo, el mencionado estudio, muestra que los alumnos de enfermería obtenían un resultado significativamente menor en preguntas que se referían a este manejo farmacológico de la sintomatología y especialmente al uso de fármacos opioides.

Dado que los médicos y enfermeras del nivel básico de atención necesitan formación en CP, es necesario implantar actividades formativas tanto en grado cómo en postgrado para adquirir competencias adecuadas en cada nivel de formación. En este ha correlacionado el nivel de conocimientos en CP con la formación pregrado y la formación continuada, tanto en enfermeros cómo en médicos por lo que se justifica la necesidad de implantar las asignaturas de Cuidados paliativos y Medicina Paliativa en los grados de Enfermería y Medicina. Además, en el presente trabajo se ha correlacionado positivamente el nivel de conocimiento de los profesionales de primer nivel de atención con la experiencia profesional. De esto deducimos que la implantación de rotaciones de los profesionales de las especialidades de medicina y enfermería familiar y comunitaria, en áreas de asistencia de cuidados paliativos, siguiendo el modelo del tutelaje clínico, constituyen el modelo más adecuado en base a la posibilidad de adquirir esta experiencia práctica, que facilitaría la adquisición del

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

conocimiento de los profesionales en formación. Los posibles factores que facilitan el aprendizaje en un medio asistencial específico para la atención del paciente con enfermedad avanzada y/o terminal , pueden ser: la existencia de una asistencia continuada e intensa a enfermos en final de vida, la posibilidad de ser tutelados por médicos y enfermeros experimentados en la atención sanitaria de la unidad paciente familia con necesidades paliativas, y contar con la colaboración del resto de profesionales expertos que componen los equipos de cuidados paliativo psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, para facilitar la adquisición de las competencias más relacionadas con estas áreas: emocional, social, espiritual y funcional.

5.4- Limitaciones del Estudio

Por un lado, nuestra investigación se llevó a cabo en el nivel primario de los servicios de salud, por lo que futuros estudios deberían ser llevados a cabo en otros niveles de atención, por ejemplo, en servicios hospitalarios.

Nuestros resultados muestran que el PCKT-SV es un instrumento válido para medir el nivel básico de conocimientos en la profesión de enfermería y medicina en el campo de los cuidados paliativos de manera rápida y eficiente, debido a su brevedad y su capacidad de autoadministración. Sin embargo, sugerimos que se puedan producir una serie de revisiones de algunos ítems de esta versión en español para mejorar esta herramienta y mantenerla en línea con el conocimiento y la práctica clínica en curso, pudiendo ser necesario añadir alguna cuestión específica sobre el actual conocimiento en el abordaje y manejo de los pacientes con enfermedades graves, crónicas y/o terminales no oncológicas, ya que la versión original, y por lo tanto la presenta

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

validación transcultural al castellano consta de tres cuestiones específica sobre el paciente grave, crónico y/o terminal oncológico.

En este estudio no se ha evaluado la actitud de los profesionales postgraduados ante los cuidados paliativos. Existe evidencia de que la educación en cuidados paliativos puede cambiar la actitud hacia los mismos, por lo que es de vital importancia saber y analizar previamente el conocimiento en la materia de estos profesionales, tal y como se ha realizado en esta tesis doctoral, para luego poder estudiar sus actitudes. Así, en posteriores y futuros estudios se pretende analizar la actitud de profesionales médicos y enfermeros ante los cuidados paliativos y el final de la vida. Con el fin de correlacionar la actitud con el conocimiento en cuidados paliativos, la investigación futura debe analizar la actitud de estos profesionales al final de la vida.

Así mismo, en futuros estudios e investigaciones, podría resultar muy interesante medir el nivel de legibilidad y validez de contenido de cada elemento del PCKT-SV, ya que esto podría llevarnos a establecer distintas versiones del PCKT en función del nivel de conocimientos y habilidades previas del participante. También podría utilizarse para medir la eficacia de diferentes programas de formación de postgrado en cuidados paliativos.

Estas futuras investigaciones serán incluidas en el Estudio de la Efectividad del Programa de Formación en Cuidados Paliativos IR- Cudeca, desarrollado en el Instituto de Estudios e Investigación de Fundación Cudeca. Es un proyecto de desarrollo experimental incluido en la Línea de Investigación FOR CUDECA. Esta dirigido a la elaboración de programas de aprendizaje nuevos y mejorados para la formación de profesionales socio sanitarios en formación, en el ámbito de los Cuidados Paliativos, basándose en la adquisición de competencias profesionales mediante el tutelaje clínico en el Centro Asistencial Monográfico de Cuidados Paliativos de Fundación Cudeca, con el apoyo de las nuevas tecnologías y de las metodologías docentes

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

actualizadas. Los gastos de personal, costes del instrumental y equipamiento así cómo los costes de investigación contractual, conocimientos y patentes de este proyecto son financiados íntegramente por la Fundación Cudeca y por el benefactor Dr. Yusuf Hamied.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

CONCLUSIONES

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

6- CONCLUSIONES

1. Los conocimientos sobre las competencias de la valoración de los "síntomas" y el manejo de estos con "tratamiento farmacológico de la enfermedad terminal" son los más deficitarios en los médicos recién graduados.
2. Este trabajo de investigación ha realizado una adaptación transcultural y posterior validación de la herramienta PCKT-SV con un índice de validez de contenido total de 0,86 (rango de ítems de 0,78 a 1). Además, ninguno de los ítems fue encontrado problemático, confuso o molesto. La última versión en español de los 20 ítems de la PCKT (PCKT-SV) demostró ser comprensible, legible y aceptable para la población objetivo.
3. El PCKT-SV es un instrumento validado y fiable para medir el conocimiento de los cuidados paliativos y la eficacia de la formación de médicos y enfermeras de habla hispana que trabajan en España y, con más pruebas y posible adaptación a las diferencias en la práctica, podría adaptarse fácilmente para su uso, en otros países de habla hispana.
4. En general y de forma global el conocimiento en CP de los profesionales sanitarios evaluados fue aceptable. Sin embargo, se observaron ciertas deficiencias. De esta forma Los conocimientos de los enfermeros del nivel básico de atención en competencias del control de síntomas físicos fueron deficitarios. Los conocimientos de los médicos del nivel básico de atención en competencias psicoemocionales también fueron de nivel bajo.
5. La formación pregrado, la formación continuada y la experiencia profesional en CP se correlaciona positivamente con los conocimientos en CP de médicos y enfermeros.
6. Existe la necesidad de mejorar la formación en CP en competencias básicas en el grado de Medicina y en el grado de enfermería.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

7. Existe la necesidad de mejorar la formación en CP en competencias básicas en el nivel básico de atención de salud de graduados en Medicina y en Enfermería.
8. El PCKT-SV permite conocer la eficacia de actividades formativas de cuidados paliativos, conformado parte de la evaluación de dichas actividades, el instrumento de evaluación permite comparar distintos modelos educacionales para la adquisición de los conocimientos de las competencias transversales en CP de médicos y enfermeras.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

BIBLIOGRAFIA

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

7- BIBLIOGRAFÍA

1- Organización Mundial de la Salud. (Octubre de 2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 45. Ginebra. Recuperado el Noviembre de 2015, de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

2- Davis E, Higginson I. Hechos sólidos. Cuidados paliativos [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2004 [cited 2014 Dec 2]. ISBN 92 890 10916. [consultado el 17 de Marzo del 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-

3- IAHPC. Global Consensus based palliative care definition. (2018). Houston, TX: The International Association for Hospice and Palliative Care. Disponible en: https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/

4- Centeno-Cortes C, Pons-Izquierdo JJ, Lynch T, Donea O, Rocafort J, Clark D. EAPC atlas de cuidados paliativos en Europa 2013-Edición cartográfica [Internet]. EAPC (Asociación Europea para Cuidados Paliativos); 2013 [consultado el 17 de Marzo del 2021]. Disponible en: http://dadun.unav.edu/handle/10171/29290.

5- Lynch T, Connor S, Clark D. Mapping levels of palliative care development: a global update. J Pain Symptom Manage. 2013 Jun;45(6):1094-106. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.05.011. Epub 2012 Sep 24. PMID: 23017628.

6- Seya MJ, Gelders SF, Achara OU, Milani B, Scholten WK. A first comparison between the consumption of and the need for opioid analgesics at country, regional, and global levels. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2011;25(1):6-18. doi: 10.3109/15360288.2010.536307. PMID: 21426212.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

7- Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadelia A, Jiang Kwete X, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief – An imperative of universal health coverage: The Lancet Commission report. Lancet 2018;391:1391-454.

8- Connor S.R, Sepulveda Bermedo C, Baxter M.S, Beckwith S, Clark D, Krakauer EL, et all. Global atlas of palliative care at the end of life. Enero 2014. [Internet]. [cited 2014 Nov 26]. 111 p. Availablefrom: http://www.who.int/cancer/publications/palliative-care-atlas/en/)

9- World Health Organization. (1996). Cancer pain relief : with a guide to opioid availability, 2nd ed. World Health Organization. ISBN 9241544821. [consultado el 17 de Marzo del 2021] Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/37896

10-World Health Organization. (1998). Symptom relief in terminal illness. World Health Organization. ISBN 9241545070. [consultado el 17 de Marzo del 2021] Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/42121

11-World Health Organization. (1998). Cancer pain relief and palliative care in children. World Health Organization. ISBN: 9241545127. [consultado el 17 de Marzo del 2021] Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/42001

12-World Health Organization. Regional Office for Europe. (2002). Assuring availability of opioid analgesics for palliative care: report on a WHO workshop, Budapest, Hungary 25-27 February 2002. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. [consultado el 17 de Marzo del 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/107426

13-Mejores cuidados Paliativos para Personas Mayores. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005. [consultado el 17 de Marzo

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

del 2021]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/MejoresCuidadosPaliativos.pdf

14- Resolución 613 del Consejo de Europa sobre los derechos de los enfermos y moribundos. Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (29 de enero de 1976)

15-Oficio del Senado comunicando la aprobación de una Moción sobre la elaboración de un Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 2001Boletín Oficial de las Cortes Generales del Senado, Serie I, nº 731 (13 septiembre de 1999).

16-Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ley 16/2003, de 28 de Mayo. Boletín Oficial del Estado nº 128, (29 de Mayo de 2003)

17- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Boletín Oficial del Estado nº. 222 (16 de Septiembre de 2006)

18- Proposición no de Ley 14/02 sobre Cuidados Paliativos. Boletín Oficial de las Cortes Generales del Congreso de los Diputados, serie D, nº 191 (25 abril de 2005)

19- Plan Nacional de Cuidados Paliativos. Bases para su desarrollo [Internet]. 2001 [cited 2014 Dec 2]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/PlanNacional.pdf

20- Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud. [Internet] Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en:

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf

21-Centeno C, Noguera A, Lynch T, Clark D. Official certification of doctors working in palliative medicine in Europe: data from an EAPC study in 52 European countries. Palliat Med. 2007 Dec;21(8):683-7. doi: 10.1177/0269216307083600. PMID: 18073254.

22- Morrison LJ, Scott JO, Block SD; American Board of Hospice and Palliative Medicine Competencies Work Group. Developing Initial Competency-based Outcomes for the Hospice and Palliative Medicine Subspecialist: phase I of the hospice and palliative medicine competencies project. J Palliat Med. 2007 Apr;10(2):313-30. doi: 10.1089/jpm.2006.9980. PMID: 17472502.

23- Soler Saiz M. C , Lacasta Reverte M. A. Área de Capacitación Específica y Diploma de Acreditación Avanzada en Medicina Paliativa. Monografía SECPAL. Enero 2013; 2: 1-24. Disponible en: https://www.secpal.com/biblioteca_monografias-secpal-1

24-Black D, Hardoff D, Nelki J. Educating medical students about death and dying. Arch Dis Child. 1989 May;64(5):750-3. doi: 10.1136/adc.64.5.750. PMID: 2658857; PMCID: PMC1792038.

25- Carrasco JM, Lynch TJ, Garralda E, Woitha K, Elsner F, Filbet M, Ellershaw JE, Clark D, Centeno C. Palliative Care Medical Education in European Universities: A Descriptive Study and Numerical Scoring System Proposal for Assessing Educational Development. J Pain Symptom Manage. 2015 Oct;50(4):516-23.e2. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.04.019. Epub 2015 May 27. PMID: 26025273.

26-General Medical Council: Education Committee. Tomorrow's Doctors: Recommendations On Undergraduate Medical Education. London: The council, 1993; American Association of Medical Colleges Core Entrustable Professional Activities for Entering Residency. 2014. Disponible en:

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

https://www.aamc.org/media/20211/download

27-Fitzpatrick D, Heah R, Patten S, Ward H. Palliative Care in Undergraduate Medical Education-How Far Have We Come? Am J Hosp Palliat Care. 2017 Sep;34(8):762-773. doi: 10.1177/1049909116659737. Epub 2016 Jul 28. PMID: 27468933.

28- Noguera A, Bolognesi D, Garralda E, Beccaro M, Kotlinska-Lemieszek A, Furst CJ, Ellershaw J, Elsner F, Csikos A, Filbet M, Biasco G, Centeno C. How Do Experienced Professors Teach Palliative Medicine in European Universities? A Cross-Case Analysis of Eight Undergraduate Educational Programs. J Palliat Med. 2018 Nov;21(11):1621-1626. doi: 10.1089/jpm.2018.0071. Epub 2018 Jul 9. PMID: 29985742.

29- DiBiasio E. Palliative and End-of-Life Care Education Among Alpert Medical School Students. R I Med J (2013). 2016 Apr 1;99(4):20-5. PMID: 27035135.

30- Block SD. Medical education in end-of-life care: the status of reform. J Palliat Med. 2002 Apr;5(2):243-8. doi: 10.1089/109662102753641214. PMID: 12006224.

31- Hesselink BA, Pasman HR, van der Wal G, Soethout MB, Onwuteaka-Philipsen BD. Education on end-of-life care in the medical curriculum: students' opinions and knowledge. J Palliat Med. 2010 Apr;13(4):381-7. doi: 10.1089/jpm.2009.0291. PMID: 20144023.

32- Jors K, Seibel K, Bardenheuer H, Buchheidt D, Mayer-Steinacker R, Viehrig M, Xander C, Becker G. Education in End-of-Life Care: What Do Experienced Professionals Find Important? J Cancer Educ. 2016 Jun;31(2):272-8. doi: 10.1007/s13187-015-0811-6. PMID: 25773135.

33- Horowitz R, Gramling R, Quill T. Palliative care education in U.S. medical schools. Med Educ. 2014 Jan;48(1):59-66. doi: 10.1111/medu.12292. PMID: 24330118.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

34-Lloyd-Williams M, MacLeod RD. A systematic review of teaching and learning in palliative care within the medical undergraduate curriculum. Med Teach. 2004 Dec;26(8):683-90. doi: 10.1080/01421590400019575. PMID: 15763870.

35-Fitzpatrick D, Heah R, Patten S, Ward H. Palliative Care in Undergraduate Medical Education-How Far Have We Come? Am J Hosp Palliat Care. 2017 Sep;34(8):762-773. doi: 10.1177/1049909116659737. Epub 2016 Jul 28. PMID: 27468933.

36-General Medical Council. Promoting excellence: standards for medical education and training. 2015. Disponible en: https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/Promoting_excellence_standards_for_medical_education_and_training_0715.pdf_61939165.pdf

37- Alt-Epping B, Jung W, Simmenroth-Nayda A, Russo SG, Vormfelde SV, Nauck F. Implementing the cross-disciplinary subject of palliative medicine (Q13) against the backdrop of recent changes of the legal framework using University Medical School Göttingen as an example. GMS Z Med Ausbild. 2010;27(5):Doc67. doi: 10.3205/zma000704. Epub 2010 Nov 15. PMID: 21818212; PMCID: PMC3140373.

38-Walker S, Gibbins J, Barclay S, Adams A, Paes P, Chandratilake M, Gishen F, Lodge P, Wee B. Progress and divergence in palliative care education for medical students: A comparative survey of UK course structure, content, delivery, contact with patients and assessment of learning. Palliat Med. 2016 Oct;30(9):834-42. doi: 10.1177/0269216315627125. Epub 2016 Feb 4. PMID: 26847525.

39-Pereira J, Pautex S, Cantin B, Gudat H, Zaugg K, Eychmuller S, Zulian G. Palliative care education in Swiss undergraduate medical curricula: a case of too little, too early. Palliat Med. 2008 Sep;22(6):730-5. doi: 10.1177/0269216308094560. PMID: 18715972.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

40-Lehto JT, Hakkarainen K, Kellokumpu-Lehtinen PL, Saarto T. Undergraduate curriculum in palliative medicine at Tampere University increases students' knowledge. BMC Palliat Care. 2017 Jan 25;16(1):13. doi: 10.1186/s12904-016-0182-8. PMID: 28122553; PMCID: PMC5264301.

41-Van Aalst-Cohen ES, Riggs R, Byock IR. Palliative care in medical school curricula: a survey of United States medical schools. J Palliat Med. 2008 Nov;11(9):1200-2. doi: 10.1089/jpm.2008.0118. PMID: 19021481.

42-Bush SH, Gratton V, Kabir M, Enright P, Grassau PA, Rice J, et all. Building a Medical Undergraduate Palliative Care Curriculum: Lessons Learned. J Palliat Care. 2021 Jan;36(1):29-37. doi: 10.1177/0825859720916565. Epub 2020 Apr 13. PMID: 32284024.

43-Wenka R, de Lima L, Mutto E, Berenguel MR, Centeno C. Encuentro sobre educación de cuidado paliativo en Latinoamérica. Recomendaciones sobre enseñanza en el pregrado y en el primer nivel de atención de salud. Med Pal, 2016;23(1):42-48.

44- Parodi Jose F, Morante Rocío, Hidalgo Lilian, Carreño Ricardo. Propuesta de políticas sobre cuidados paliativos para personas adultas mayores en Latinoamérica y el Caribe. Horiz. Med. [Internet]. 2016 Ene [citado 2021 Mar 16] ; 16(1): 69-74. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000100010

45-Crawford GB, Zambrano SC. Junior doctors' views of how their undergraduate clinical electives in palliative care influenced their current practice of medicine. Acad Med. 2015 Mar;90(3):338-44. doi: 10.1097/ACM.0000000000000632. PMID: 25551858.

46- Kiss-Lane T, Spruijt O, Day T, Lam V, Ramchandran KJ, Chan S, Hsin G, Vallath N, Bhatnagar S, Rajagopal MR, Lorenz KA. Palliative care clinicians and online

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

education in India: a survey. BMJ Support Palliat Care. 2019 Dec;9(4):e35. doi: 10.1136/bmjspcare-2018-001546. Epub 2018 Oct 9. PMID: 30301753.

47- Jiang X, Liao Z, Hao J, Guo Y, Zhou Y, Ning L, Bai J, Zhang P, Tang C, Zhao X, Guo H. Palliative care education in China: insight into one medical university. J Pain Symptom Manage. 2011 Apr;41(4):796-800. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.07.012. PMID: 21481736.

48- Ye G, Mao J, Hu J, Chen J, Hesketh T. Palliative care medical student education: a cross-sectional medical school survey in mainland China. BMJ Support Palliat Care. 2019 Nov 29:bmjspcare-2019-002044. doi: 10.1136/bmjspcare-2019-002044. Epub ahead of print. PMID: 31784464.

49- Nakamura Y, Takamiya Y, Saito M, Kuroko K, Shiratsuchi T, Oshima K, Ito Y, Miyake S. A survey of palliative medicine education in Japan's undergraduate medical curriculum. BMC Palliat Care. 2017 Jun 7;16(1):38. doi: 10.1186/s12904-017-0212-1. PMID: 28592238; PMCID: PMC5463397.

50-Nakamura Y, Takamiya Y, Saito M, Kuroko K, Shiratsuchi T, Oshima K, Ito Y, Miyake S. A survey of palliative medicine education in Japan's undergraduate medical curriculum. BMC Palliat Care. 2017 Jun 7;16(1):38. doi: 10.1186/s12904-017-0212-1. PMID: 28592238; PMCID: PMC5463397.

51-Hirakawa Y, Masuda Y, Uemura K, Kuzuya M, Noguchi M, Kimiata T, Iguchi A. [National survey on the current status of programs to teach end-of-life care to undergraduates of medical and nursing schools in Japan]. Nihon Ronen Igakkai Zasshi. 2005 Sep;42(5):540-5. Japanese. doi: 10.3143/geriatrics.42.540. PMID: 16248418.

52- Vaquero Cruzado JA, Centeno Cortés C. Panorama actual de la enseñanza de medicina paliativa en la universidad española. Med Pal. 2014. Vol 21 (1): 3-8 DOI: 10.1016/j.medipa.2013.01.003

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

53- Rubio L, López-García M, Gaitán-Arroyo MJ, Martin-Martin J, Santos-Amaya I. Palliative care undergraduate education: Do medical and nursing students need more skills in ethical and legal issues? Med Hypotheses. 2020 Sep;142:110138. doi: 10.1016/j.mehy.2020.110138. Epub 2020 Jul 26. PMID: 32739605.

54- Carmona Espinazo F, López Sáez JB, Torres Recio MJ, Lorenzo Peñuelas A. El reto de comenzar a impartir cuidados paliativos en una facultad de medicina. ¿Es útil esta materia para los futuros médicos? Med pal. 2018; Vol25 (1):1-6 https://doi.org/10.1016/j.medipa.2016.03.001

55- Rojí R, Noguera-Tejedor A, Pikabea-Díaz F, Carrasco JM, Centeno C. Palliative Care Bedside Teaching: A Qualitative Analysis of Medical Students' Reflective Writings after Clinical Practices. J Palliat Med. 2017 Feb;20(2):147-154. doi: 10.1089/jpm.2016.0192. Epub 2016 Oct 18. PMID: 27754747.

56- Noguera A, Bolognesi D, Garralda E, Beccaro M, Kotlinska-Lemieszek A, Furst CJ, Ellershaw J, Elsner F, Csikos A, Filbet M, Biasco G, Centeno C. How Do Experienced Professors Teach Palliative Medicine in European Universities? A Cross-Case Analysis of Eight Undergraduate Educational Programs. J Palliat Med. 2018 Nov;21(11):1621-1626. doi: 10.1089/jpm.2018.0071. Epub 2018 Jul 9. PMID: 29985742.

57-Carrasco JM, Lynch TJ, Garralda E, Woitha K, Elsner F, Filbet M, Ellershaw JE, Clark D, Centeno C. Palliative Care Medical Education in European Universities: A Descriptive Study and Numerical Scoring System Proposal for Assessing Educational Development. J Pain Symptom Manage. 2015 Oct;50(4):516-23.e2. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.04.019. Epub 2015 May 27. PMID: 26025273.

58-Centeno C, Ballesteros M, Carrasco JM, Arantzamendi M. Does palliative care education matter to medical students? The experience of attending an undergraduate course in palliative care. BMJ Support Palliat Care. 2016

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Mar;6(1):128-34. doi: 10.1136/bmjspcare-2014-000646. Epub 2014 May 20. PMID: 24844587.

59-Meekin SA, Klein JE, Fleischman AR, Fins JJ. Development of a palliative education assessment tool for medical student education. Acad Med. 2000 Oct;75(10):986-92. doi: 10.1097/00001888-200010000-00011. PMID: 11031142.

60-Billings JA, Block S. Palliative care in undergraduate medical education. Status report and future directions. JAMA. 1997 Sep 3;278(9):733-8. PMID: 9286833.

61- Olthuis G, Dekkers W. Medical education, palliative care and moral attitude: some objectives and future perspectives. Med Educ. 2003 Oct;37(10):928-33. doi: 10.1046/j.1365-2923.2003.01635.x. PMID: 12974850.

62- Kasket E. Death and the Doctor. Existent. Anal. J. Soc. Existent. Anal. [Internet]. 2006 Jan 17 (1): 137-150.

63- Perdigon AGC, Strasser G. El proceso de muerte y la enfermería: un enfoque relacional. Reflexiones teóricas en torno a la atención frente a la muerte. Physis [Internet]. 2015 June [cited 2021 Mar 14] ; 25(2): 485-500. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312015000200485&lng=en. https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200009

64- Padrón Acosta L. Diferentes maneras de afrontar la muerte estudiantes y profesionales de enfermería [Different ways of coping the death of nursing students and professionals]. Rev Enferm. 2014 Jan;37(1):26-9. Spanish. PMID: 24624617.

65- Pérez-de la Cruz S, García-Luengo AV. Comparative study among Spanish students of health sciences degrees: Facing death. Nurs Health Sci. 2018 Sep;20(3):380-386. doi: 10.1111/nhs.12417. Epub 2018 Mar 9. PMID: 29520976.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

66-García Caballero R, Herreros B. Areas for improvement in end-of-life care. Rev Clin Esp. 2020 Jul 20:S0014-2565(20)30178-8. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rce.2020.06.007. Epub ahead of print. PMID: 32703527.

67-García Caballero R, Real de Asúa D, García Olmos L, Herreros B. Do internists know what limitation of therapeutic effort means? Rev Clin Esp. 2020 May 12:S0014-2565(20)30095-3. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rce.2020.01.005. Epub ahead of print. PMID: 32414562.

68-Centeno C, Garralda E, Carrasco JM, den Herder-van der Eerden M, Aldridge M, Stevenson D, Meier DE, Hasselaar J. The Palliative Care Challenge: Analysis of Barriers and Opportunities to Integrate Palliative Care in Europe in the View of National Associations. J Palliat Med. 2017 Nov;20(11):1195-1204. doi: 10.1089/jpm.2017.0039. Epub 2017 May 16. PMID: 28509657.

69-Hawley P. Barriers to Access to Palliative Care. Palliat Care. 2017 Feb 20;10:1178224216688887. doi: 10.1177/1178224216688887. PMID: 28469439; PMCID: PMC5398324.

70-Elsner F, Larkin P, Lorenzl S, et al. (2017) Breaking barriers: Towards a WHO policy for strengthening palliative care education for all healthcare professionals. EAPC Blog [Online]. Disponible en: https://eapcnet.wordpress.com/2017/11/13/breaking-barriers-towards-a-who-policy-for-strengthening-palliative-care-education-for-all-healthcare-professionals/

71- Callaway MV, Connor SR, Foley KM. World Health Organization Public Health Model: A Roadmap for Palliative Care Development. J Pain Symptom Manage. 2018 Feb;55(2S):S6-S13. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.03.030. Epub 2017 Aug 9. PMID: 28801003.

72- Rhee JY, Foley K, Morrison RS, Centeno C, Krakauer EL. Training in Global Palliative Care Within Palliative Medicine Specialist Training Programs: A Moral

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Imperative. J Pain Symptom Manage. 2018 May;55(5):e2-e4. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.01.022. Epub 2018 Feb 9. PMID: 29428189.

73-Paal P, Brandstötter C, Lorenzl S, Larkin P, Elsner F. Postgraduate palliative care education for all healthcare providers in Europe: Results from an EAPC survey. Palliat Support Care. 2019 Oct;17(5):495-506. doi: 10.1017/S1478951518000986. PMID: 30683163.

74- Bowden J, Dempsey K, Boyd K, Fallon M, Murray SA. Are newly qualified doctors prepared to provide supportive and end-of-life care? A survey of Foundation Year 1 doctors and consultants. J R Coll Physicians Edinb. 2013;43(1):24-8. doi: 10.4997/JRCPE.2013.105. PMID: 23516686.

75- Gibbins J, McCoubrie R, Forbes K. Why are newly qualified doctors unprepared to care for patients at the end of life? Med Educ. 2011 Apr;45(4):389-99. doi: 10.1111/j.1365-2923.2010.03873.x. PMID: 21401687.

76- Barclay S, Wyatt P, Shore S, Finlay I, Grande G, Todd C. Caring for the dying: how well prepared are general practitioners? A questionnaire study in Wales. Palliat Med. 2003 Jan;17(1):27-39. doi: 10.1191/0269216303pm665oa. PMID: 12597463.

77- Duong PH, Zulian GB. Impact of a postgraduate six-month rotation in palliative care on knowledge and attitudes of junior residents. Palliat Med. 2006 Jul;20(5):551-6. doi: 10.1191/0269216306pm1158xx. PMID: 16903410.

78- Bolognesi D, Centeno C, Biasco G. Re: Specialization in palliative medicine for doctors in Europe: an update to 2014. J Palliat Care. 2015;31(1):63-4. PMID: 26399094.

79- Gagnon B, Boyle A, Jolicoeur F, Labonté M, Taylor K, Downar J. Palliative care clinical rotations among undergraduate and postgraduate medical trainees in Canada: a descriptive study. CMAJ Open. 2020 Apr 14;8(2):E257-E263. doi: 10.9778/cmajo.20190138. PMID: 32291264; PMCID: PMC7162608.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

80- Barrere CC, Durkin A, LaCoursiere S. The influence of end-of-life education on attitudes of nursing students. Int J Nurs Educ Scholarsh. 2008;5: Article11. doi: 10.2202/1548-923X.1494. Epub 2008 Mar 15. PMID: 18384269.

81-Gamondi C., Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: An EAPC White Paper on palliative care education –part 1. European Journal of Palliative Care.2013; 20(2): 86–145.

82- Ahmed N, Bestall JC, Ahmedzai SH, Payne SA, Clark D, Noble B. Systematic review of the problems and issues of accessing specialist palliative care by patients, carers and health and social care professionals. Palliat Med. 2004 Sep;18(6):525-42. doi: 10.1191/0269216304pm921oa. PMID: 15453624.

83- Espinosa L, Young A, Walsh T. Barriers to intensive care unit nurses providing terminal care: an integrated literature review. Crit Care Nurs Q. 2008 Jan-Mar;31(1):83-93. doi: 10.1097/01.CNQ.0000306402.55518.da. PMID: 18316942.

84- Slåtten K, Fagerström L, Hatlevik OE. Clinical competence in palliative nursing in Norway: the importance of good care routines. Int J Palliat Nurs. 2010 Feb;16(2):79, 81-6. PMID: 20220685.

85- Abu-Saad Huijer H, Abboud S, Dimassi H. Palliative care in Lebanon: knowledge, attitudes and practices. Int J Palliat Nurs. 2009 Jul;15(7):346-53. doi: 10.12968/ijpn.2009.15.7.43425. PMID: 19648850.

86-White KR, Coyne PJ. Nurses' perceptions of educational gaps in delivering end-of-life care. Oncol Nurs Forum. 2011 Nov;38(6):711-7. doi: 10.1188/11.ONF.711-717. PMID: 22037333.

87-Sherman D. W, Matzo M, Metheny, T. *Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life*: The Interprofessional Practice of Palliative Care Nursing. In A. Matzo, & D. W. Sherman (Eds.). New York: Springer Publishing Company. (2010). pp. 3–20.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

88- Connolly, M., Charnlay, K., & Regan, J. (2012). A Review of Palliative Care Competence Frameworks. Retrieved from https://aiihpc.org/wp-content/uploads/2014/12/Palliative-Care-Competence-Framework-Report-Project-Group.pdf

89- 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 Dec;21(12):1684-1689. doi: 10.1089/jpm.2018.0431. Epub 2018 Sep 4. PMID: 30179523.

90- Lloyd-Williams M, Field D. Are undergraduate nurses taught palliative care during their training? Nurse Educ Today. 2002 Oct;22(7):589-92. doi: 10.1016/s0260-6917(02)90762-8. PMID: 12384040.

91- Dickinson GE, Clark D, Sque M. Palliative care and end of life issues in UK pre-registration, undergraduate nursing programmes. Nurse Educ Today. 2008 Feb;28(2):163-70. doi: 10.1016/j.nedt.2007.03.008. Epub 2007 Apr 23. PMID: 17452066.

92- Dickinson GE. End-of-life and palliative care issues in medical and nursing schools in the United States. Death Stud. 2007 Sep;31(8):713-26. doi: 10.1080/07481180701490602. PMID: 17853525.

93- Wilson DM, Goodwin BL, Hewitt JA. An Examination of Palliative or End-of-Life Care Education in Introductory Nursing Programs across Canada. Nurs Res Pract. 2011;2011:907172. doi: 10.1155/2011/907172. Epub 2011 Oct 5. PMID: 22046505; PMCID: PMC3189574.

94-Valles P. Formación de pregrado en enfermería en Cuidados Paliativos. Med Paliat 2005,12:187-8.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

95- Conferencia Nacional de Decanos de Enfermería n.d. Último acceso 16 de marzo 2021. Disponible en: https://cnde.es/

96- Larkin P. Developing a nurse education network across Europe. Int J Palliat Nurs. 2005 Aug;11(8):420-2. doi: 10.12968/ijpn.2005.11.8.19610. PMID: 16215517.

97- Radbruch L, Payne S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. European Journal of Palliative Care. 2010; 17(1):22–33.

98-Chover-Sierra E, Martínez-Sabater A. Analysis of Spanish nursing students' knowledge in palliative care. An online survey in five colleges. Nurse Educ Pract. 2020 Oct 13;49:102903. doi: 10.1016/j.nepr.2020.102903. Epub ahead of print. PMID: 33086138.

99- Chover-Sierra E, Martínez-Sabater A, Lapeña-Moñux Y. Knowledge in palliative care of nursing professionals at a Spanish hospital. Rev Lat Am Enfermagem. 2017 Oct 19;25:e2847. doi: 10.1590/1518-8345.1610.2847. PMID: 29069265; PMCID: PMC5656333.

100- Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Kizawa Y, Shima Y, Shimoyama N, Tsuneto S, Hiraga K, Sato K, Uchitomi Y. Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: a nationwide expert opinion survey. J Palliat Med. 2007 Apr;10(2):390-9. doi: 10.1089/jpm.2006.0154. PMID: 17472511.

101- Ferrell B, Malloy P, Virani R. The End of Life Nursing Education Nursing Consortium project. Ann Palliat Med. 2015 Apr;4(2):61-9. doi: 10.3978/j.issn.2224-5820.2015.04.05. PMID: 25971293.

102- Ballesteros M, Centeno C, Arantzamendi M. A qualitative exploratory study of nursing students' assessment of the contribution of palliative care

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

learning. Nurse Educ Today. 2014 Jun;34(6):e1-6. doi: 10.1016/j.nedt.2013.12.010. Epub 2014 Jan 9. PMID: 24461389.

103- Asociación Española de Enfermería de Cuidados Paliativos. Último acceso: 1 de septiembre de 2020. Disponible en: https://aecpal.secpal.com/

104- Feinstein AR. An additional basic science for clinical medicine: IV. The development of clinimetrics. Ann Intern Med. 1983 Dec;99(6):843-8. doi: 10.7326/0003-4819-99-6-843. PMID: 6651026.

105- Palés-Argullós J, Nolla-Domenjó M, Oriol-Bosch A, Gual A. Proceso de Bolonia (I). Educación orientada a competencias. Educ Med 2010;13:127-35.

106- Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med. 1990 Sep;65(9 Suppl):S63-7. doi: 10.1097/00001888-199009000-00045. PMID: 2400509.

107- Knowles MS, Holton III EF, Swanson RA. *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development* [en linea]. Routledge; 2014 [cited 2017 May 14]. Disponible en https://books.google.de/books?hl=de&lr=&id=1We2BQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=knowles+holton+swanson&ots=C7LX6qPvoT&sig=6a_wzYjxhMaOpQHIF8P5D5Wi69I

108- Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977 Mar;84(2):191-215. doi: 10.1037//0033-295x.84.2.191. PMID: 847061.

109- Van der Vleuten109 CPM. A paradigm shift in education: how to proceed with assessment? 9th International Ottawa Conference on Medical Education. Cape Town, 28 February-3 March 2000. Disponible en: https://www.academia.edu/5373536/Medical_students_perceptions_of_junior_doctors_as_bedside_clinical_teachers

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

110- Gibbs G. *Using assessment strategically to change the way students learn*. En Brown S, Glasner A, eds. Assessment matters in higher education. Buckingham, UK: Society for Research into Higher Education and Open University Press; 1999

111- Palés Ar gullós J. Instrumentos de evaluación objetivos. Edc Med 2012;15 (Supl 1): S1-S54

112- Harris M, Gaudet J, O'Reardon, C. Nursing care for patients at end of life in the adult intensive care unit. Journal of Nursing Education and Practice, (2014). 4(6): 84–89. https://doi.org/10.5430/jnep.v4n6p84.

113- Hales S, Zimmermann C, Rodin G. Review: the quality of dying and death: a systematic review of measures. Palliat Med. 2010 Mar;24(2):127-44. doi: 10.1177/0269216309351783. Epub 2010 Jan 19. PMID: 20085963.

114- Miyashita M, Sanjo M, Morita T, Hirai K, Uchitomi Y. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. Ann Oncol. 2007 Jun;18(6):1090-7. doi: 10.1093/annonc/mdm068. Epub 2007 Mar 12. PMID: 17355953.

115- Schulman-Green D, Ercolano E, Lacoursiere S, Ma T, Lazenby M, McCorkle R. Developing and testing a web-based survey to assess educational needs of palliative and end-of-life health care professionals in Connecticut. Am J Hosp Palliat Care. 2011 Jun;28(4):219-29. doi: 10.1177/1049909110385219. Epub 2010 Nov 7. PMID: 21057144.

116- Weissman DE, Blust L. Education in palliative care. Clin Geriatr Med. 2005 Feb;21(1):165-75, ix. doi: 10.1016/j.cger.2004.08.004. PMID: 15639043.

117- Desbiens JF, Gagnon J, Fillion L. Development of a shared theory in palliative care to enhance nursing competence. J Adv Nurs. 2012 Sep; 68(9):2113-24. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05917.x. Epub 2011 Dec 29. PMID: 22211701.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

118- Bing-Jonsson PC, Bjørk IT, Hofoss D, Kirkevold M, Foss C. Competence in advanced older people nursing: development of 'nursing older people--competence evaluation tool'. Int J Older People Nurs. 2015 Mar;10(1):59-72. doi: 10.1111/opn.12057. Epub 2014 May 24. PMID: 24863394.

119- Mager D. R., Lange, J. W. The ELDER Project. Evaluating end-of-life knowledge among health care providers. Journal of Hospice and Palliative Nursing, 2016 February; 18(1): 22–28.

120- Yaakup H, Eng TC, Shah SA. Does clinical experience help oncology nursing staff to deal with patient pain better than nurses from other displines? Knowledge and attitudes survey amongst nurses in a tertiary care in Malaysia. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(12):4885-91. doi: 10.7314/apjcp.2014.15.12.4885. PMID: 24998558.

121- Kassa H, Murugan R, Zewdu F, Hailu M, Woldeyohannes D. Assessment of knowledge, attitude and practice and associated factors towards palliative care among nurses working in selected hospitals, Addis Ababa, Ethiopia. BMC Palliat Care. 2014 Mar 4;13(1):6. doi: 10.1186/1472-684X-13-6. PMID: 24593779; PMCID: PMC3975866.

122- Abudari G, Zahreddine H, Hazeim H, Assi MA, Emara S. Knowledge of and attitudes towards palliative care among multinational nurses in Saudi Arabia. Int J Palliat Nurs. 2014 Sep;20(9):435-41. doi: 10.12968/ijpn.2014.20.9.435. PMID: 25250548.

123- Vijendra SS, Rao RA, Prasad V, Haseena S, Niprupama M. A giant vagal schwannoma with unusual extension from skull base to the mediastinum. J Cancer Res Ther. 2015 Oct-Dec;11(4):970-3. doi: 10.4103/0973-1482.164697. PMID: 26881559.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

124- Ayed A, Sayej S, Harazneh L, et al. The Nurses's knowledge and attitudes towards the palliative care. J Educ Pract 2015;6:91–9. ISSN 2222-288X (Online)

125- Tejada A. Actitud de profesionales de enfermería hacia la atención de pacientes moribundos, proceso de morir y la muerte. [Tesis de Magíster en Enfermería].Chile: Universidad de Concepción; 1994.

126- Templer DI. The construction and validation of a Death Anxiety Scale. J Gen Psychol. 1970 Apr;82(2d Half):165-77. doi: 10.1080/00221309.1970.9920634. PMID: 4394812.

127- Bermejo JC, Villacieros M y Hassoun H. Actitudes hacia el cuidado de pacientes al final de la vida y miedo a la muerte en una muestra de estudiantes sociosanitarios y ante los cuidados al paciente moribundo. Med Paliat. 2018;25(3): 168-174

128- Ascencio Huertas L. Adaptación en español de la escala de actitudes ante cuidados paliativos: confiabilidad y análisis factorial. Psicooncología. 2015; 12 (2-3): 367-81. Disponible en: https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2015.v12.n2-3.51015

129- Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T. The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. Palliat Med. 2009 Dec;23(8):754-66. doi: 10.1177/0269216309106871. Epub 2009 Jul 31. PMID: 19648223.

130- Nakazawa Y, Kato M, Miyashita M, Morita T, Kizawa Y. Changes in Nurses' Knowledge, Difficulties, and Self-reported Practices Toward Palliative Care for Cancer Patients in Japan: An Analysis of Two Nationwide Representative Surveys in 2008 and 2015. J Pain Symptom Manage. 2018

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Feb;55(2):402-412. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.08.034. Epub 2017 Sep 15. PMID: 28919540.

131- Nakazawa Y, Yamamoto R, Kato M, Miyashita M, Kizawa Y, Morita T. Improved knowledge of and difficulties in palliative care among physicians during 2008 and 2015 in Japan: Association with a nationwide palliative care education program. Cancer. 2018 Feb 1;124(3):626-635. doi: 10.1002/cncr.31071. Epub 2017 Oct 12. PMID: 29023634.

132- Al-Ansari AM, Suroor SN, AboSerea SM, Abd-El-Gawad WM. Development of palliative care attitude and knowledge (PCAK) questionnaire for physicians in Kuwait. BMC Palliat Care. 2019 Jun 6;18(1):49. doi: 10.1186/s12904-019-0430-9. PMID: 31170968; PMCID: PMC6555752.

133- Vu HTT, Nguyen LH, Nguyen TX, Nguyen TTH, Nguyen TN, Nguyen HTT, Nguyen AT, Pham T, Tat Nguyen C, Tran BX, Latkin CA, Ho CSH, Ho RCM. Knowledge and Attitude Toward Geriatric Palliative Care among Health Professionals in Vietnam. Int J Environ Res Public Health. 2019 Jul 25; 16(15):2656. doi: 10.3390/ijerph16152656. PMID: 31349576; PMCID: PMC6696323.

134- Pfister D, Müller M, Müller S, Kern M, Rolke R, Radbruch L. Validierung des Bonner Palliativwissenstests (BPW) [Validation of the Bonn test for knowledge in palliative care (BPW)]. Schmerz. 2011 Dec; 25(6):643-53. German. doi: 10.1007/s00482-011-1111-7. PMID: 22120918.

135- Abu-Saad Huijer H, Dimassi H. Palliative care in Lebanon: knowledge, attitudes and practices of physicians and nurses. J Med Liban. 2007 Jul-Sep; 55(3):121-8. PMID: 17966731.

136- Medina ZLE, Cruz CAM, Sánchez SME, et al. Nivel de conocimientos del personal de salud sobre cuidados paliativos. Rev Esp Med Quir. 2012;17(2):109-114

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

137- Sperber AD. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. Gastroenterology. 2004 Jan; 126(1 Suppl 1):S124-8. doi: 10.1053/j.gastro.2003.10.016. PMID: 14978648.

138- Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. Pers Psychol 1975; 28: 563–75. Disponible en https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x

139- Muñiz J, Elosua P, Hambleton RK; International Test Commission. Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición [International Test Commission Guidelines for test translation and adaptation: second edition]. Psicothema. 2013; 25(2):151-7. Spanish. doi: 10.7334/psicothema2013.24. PMID: 23628527.

140- Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 64a Asamblea General de la AMM, Fortaleza, Brasil, octubre de 2013.

141- Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Publicada en BOE» núm. 294, de 06/12/2018. Ley orgánica 3/2018, (5 de diciembre de 2018)

142- Soikkeli-Jalonen A, Stolt M, Hupli M, Lemetti T, Kennedy C, Kydd A, Haavisto E. Instruments for assessing nurses' palliative care knowledge and skills in specialised care setting: An integrative review. J Clin Nurs. 2020 Mar; 29(5-6):736-757. doi: 10.1111/jocn.15146. Epub 2020 Jan 6. PMID: 31855305.

143- Ordoñez D, Rivera A, Mateluna P. Nivel de conocimientos acerca de cuidados paliativos en alumnos de medicina de sexto año de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. (Tesis de Pregrado). Perú: Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018

144- Sujatha R, Jayagowri K. Assessment of Palliative Care Awareness among Undergraduate Healthcare Students. J Clin Diagn Res. 2017 Sep;11(9):JC06-

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

JC10. doi: 10.7860/JCDR/2017/29070.10684. Epub 2017 Sep 1. PMID: 29207739; PMCID: PMC5713761.

145- Blasco P, Boso V, Subtil P, De Antonio L, Godoy J. Promoviendo la educación médica centrada en el paciente para los estudiantes de medicina: una experiencia de dos décadas en Brasil. Educ Medic. 2017; 18 (4): 276-284)

146- Frey RA, Gott M, Neil H. Instruments used to measure the effectiveness of palliative care education initiatives at the undergraduate level: a critical literature review. BMJ Support Palliat Care. 2013 Mar; 3(1):114-9. doi: 10.1136/bmjspcare-2012-000306. Epub 2012 Dec 1. PMID: 24644337.

147- Kumar SP, Jim A, Sisodia V. Effects of Palliative Care Training Program on Knowledge, Attitudes, Beliefs and Experiences Among Student Physiotherapists: A Preliminary Quasi-experimental Study. Indian J Palliat Care. 2011 Jan; 17(1):47-53. doi: 10.4103/0973-1075.78449. PMID: 21633621; PMCID: PMC3098543.

148- Rudilla García D, Barreto Martín P, Oliver A. Teoría y práctica de la dignidad en cuidados paliativos: una revisión. PSIC [Internet]. 6 de junio de 2014 [citado 15 de marzo de 2021];11(1):7-18. Disponible en: https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/44913

149- Mutto EM, Errázquin A, Rabhansl MM, Villar MJ. Nursing education: the experience, attitudes, and impact of caring for dying patients by undergraduate Argentinian nursing students. J Palliat Med. 2010 Dec;13(12):1445-50. doi: 10.1089/jpm.2010.0301. PMID: 21155639.

150- Carman MJ. Bundling the death and dying learning experience for prelicensure nursing students. Nurse Educ. 2014 May-Jun; 39(3):135-7. doi: 10.1097/NNE.0000000000000036. PMID: 24743178.

151- Dimoula M, Kotronoulas G, Katsaragakis S, Christou M, Sgourou S, Patiraki E. Undergraduate nursing students' knowledge about palliative care

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

and attitudes towards end-of-life care: A three-cohort, cross-sectional survey. Nurse Educ Today. 2019 Mar; 74:7-14. doi: 10.1016/j.nedt.2018.11.025. Epub 2018 Dec 7. PMID: 30554033.

152- Malone L, Anderson J, Croxon L. Are newly graduated nurses ready to deal with death and dying? A literature review. Nursing and palliative care. 2016;1(4):89-93. https://doi.org/10.15761/NPC.1000123

153- Henderson A, Rowe J, Watson K, Hitchen-Holmes D. Graduating nurses' self-efficacy in palliative care practice: An exploratory study. Nurse Educ Today. 2016 Apr;39:141-6. doi: 10.1016/j.nedt.2016.01.005. Epub 2016 Jan 26. PMID: 27006046.

154- Choi M, Lee J, Kim SS, Kim D, Kim H. Nurses' knowledge about end-of-life care: where are we? J Contin Educ Nurs. 2012 Aug; 43(8):379-84. doi: 10.3928/00220124-20120615-35. Epub 2012 Jun 22. PMID: 22715872.

155- Chover-Sierra E, Martínez-Sabater A, Lapeña-Moñux YR. An instrument to measure nurses' knowledge in palliative care: Validation of the Spanish version of Palliative Care Quiz for Nurses. PLoS One. 2017 May 18; 12(5):e0177000. doi: 10.1371/journal.pone.0177000. Erratum in: PLoS One. 2017 Jun 27; 12 (6):e0180622. PMID: 28545037; PMCID: PMC5436641.

156- Adriaansen MJ, van Achterberg T. A test instrument for palliative care. Int J Nurs Stud. 2004 Jan; 41(1):107-17. doi: 10.1016/s0020-7489(03)00073-7. PMID: 14670400.

157- Slåtten K, Hatlevik O, Fagerström L. Validation of a new instrument for self-assessment of nurses' core competencies in palliative care. Nurs Res Pract. 2014;2014:615498. doi: 10.1155/2014/615498. Epub 2014 Jul 16. PMID: 25132989; PMCID: PMC4124716.

158- Ioshimoto T, Shitara DI, do Prado GF, Pizzoni R, Sassi RH, de Gois AFT. Education is an important factor in end-of-life care: results from a survey

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

of Brazilian physicians' attitudes and knowledge in end-of-life medicine. BMC Med Educ. 2020 Oct 2; 20(1):339. doi: 10.1186/s12909-020-02253-8. PMID: 33008366; PMCID: PMC7531127.

159- Mosich V, Sellner-Pogány T, Wallner J. PKT – der Palliative Kompetenztest für Ärzte : Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung von palliativem Wissen und spezifisch palliativer Selbstwirksamkeitserwartung von Ärzten [PKT - Palliative competence test for physicians : Design and validation of a questionnaire to assess knowledge and specific self-efficacy expectations of physicians in palliative care]. Schmerz. 2017 Aug; 31(4):375-382. German. doi: 10.1007/s00482-016-0180-z. PMID: 27975118.

160- Connolly M, McLean S, Guerin S, Walsh G, Barrett A, Ryan K. Development and Initial Psychometric Properties of a Questionnaire to Assess Competence in Palliative Care: Palliative Care Competence Framework Questionnaire. Am J Hosp Palliat Care. 2018 Oct;35(10):1304-1308. doi: 10.1177/1049909118772565. Epub 2018 May 6. PMID: 29730936.

161- Fetz K, Wenzel-Meyburg U, Schulz-Quach C. Validation of the German revised version of the program in palliative care education and practice questionnaire (PCEP-GR). BMC Palliat Care. 2017 Dec 28;16(1):78. doi: 10.1186/s12904-017-0263-3. PMID: 29282056; PMCID: PMC5745621.

162- Stenekes S, Penner JL, Harlos M, Proulx MC, Shepherd E, Liben S, Thompson G, MacConnell G, Grégoire MC, Siden HH. Development and Implementation of a Survey to Assess Health-Care Provider's Competency, Attitudes, and Knowledge about Perinatal Palliative Care. J Palliat Care. 2019 Jul; 34(3):151-159. doi: 10.1177/0825859718790627. Epub 2018 Jul 31. PMID: 30060727.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

163- Chan HY, Chun GK, Man CW, Leung EM. Staff preparedness for providing palliative and end-of-life care in long-term care homes: Instrument development and validation. Geriatr Gerontol Int. 2018 May;18(5):745-749. doi: 10.1111/ggi.13244. Epub 2018 Jan 16. PMID: 29336103.

164- Ross MM, McDonald B, McGuinness J. The palliative care quiz for nursing (PCQN): the development of an instrument to measure nurses' knowledge of palliative care. J Adv Nurs. 1996 Jan;23(1):126-37. doi: 10.1111/j.1365-2648.1996.tb03106.x. PMID: 8708208.

165- Proctor M, Grealish L, Coates M, Sears P. Nurses' knowledge of palliative care in the Australian Capital Territory. Int J Palliat Nurs. 2000 Oct;6(9):421-8. doi: 10.12968/ijpn.2000.6.9.9053. PMID: 12388893.

166- Witkamp FE, van Zuylen L, van der Rijt CC, van der Heide A. Validation of the Rotterdam MOVE2PC Questionnaire for assessment of nurses' knowledge and opinions on palliative care. Res Nurs Health. 2013 Oct;36(5):512-23. doi: 10.1002/nur.21551. Epub 2013 Jun 27. PMID: 23813723.

167- Yamamoto R, Kizawa Y, Nakazawa Y, Morita T. The palliative care knowledge questionnaire for PEACE: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among physicians. J Palliat Med. 2013 Nov;16(11):1423-8. doi: 10.1089/jpm.2013.0112. Epub 2013 Sep 28. PMID: 24073719.

168- Slåtten K, Hatlevik O, Fagerström L. Validation of a new instrument for self-assessment of nurses' core competencies in palliative care. Nurs Res Pract. 2014; 2014:615498. doi: 10.1155/2014/615498. Epub 2014 Jul 16. PMID: 25132989; PMCID: PMC4124716.

169- Brock KE, Cohen HJ, Popat RA, Halamek LP. Reliability and Validity of the Pediatric Palliative Care Questionnaire for Measuring Self-Efficacy,

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Knowledge, and Adequacy of Prior Medical Education among Pediatric Fellows. J Palliat Med. 2015 Oct; 18(10):842-8. doi: 10.1089/jpm.2015.0110. Epub 2015 Jul 17. PMID: 26185912; PMCID: PMC4598892.

170- Budkaew J, Chumworathayi B. Knowledge and attitudes toward palliative terminal cancer care among Thai generalists. Asian Pac J Cancer Prev. 2013;14(10):6173-80. doi: 10.7314/apjcp.2013.14.10.6173. PMID: 24289644.

171- Wilson O, Avalos G, Dowling M. Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing the dying patient. Br J Nurs. 2016 Jun 9-22; 25(11):600-5. doi: 10.12968/bjon.2016.25.11.600. PMID: 27281593.

172- Kizawa Y, Morita T, Miyashita M, Shinjo T, Yamagishi A, Suzuki S, Kinoshita H, Shirahige Y, Yamaguchi T, Eguchi K. Improvements in Physicians' Knowledge, Difficulties, and Self-Reported Practice After a Regional Palliative Care Program. J Pain Symptom Manage. 2015 Aug; 50(2):232-40. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.02.025. Epub 2015 Apr 4. PMID: 25847849.

173- Sato K, Inoue Y, Umeda M, Ishigamori I, Igarashi A, Togashi S, Harada K, Miyashita M, Sakuma Y, Oki J, Yoshihara R, Eguchi K. A Japanese region-wide survey of the knowledge, difficulties and self-reported palliative care practices among nurses. Jpn J Clin Oncol. 2014 Aug; 44(8):718-28. doi: 10.1093/jjco/hyu075. Epub 2014 Jun 19. PMID: 24948699.

174- Prem V, Karvannan H, Kumar SP, Karthikbabu S, Syed N, Sisodia V, Jaykumar S. Study of Nurses' Knowledge about Palliative Care: A Quantitative Cross-sectional Survey. Indian J Palliat Care. 2012 May; 18(2):122-7. doi: 10.4103/0973-1075.100832. PMID: 23093828; PMCID: PMC3477365.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

8- ANEXOS

ANEXO 1: Encuesta de conocimientos sobre cuidados paliativos (adaptación para estudiantes de pregrado del PCKT):

El objetivo de este estudio es conocer el grado de conocimiento y afrontamiento de la muerte de los alumnos de último curso del Grado de Medicina. El estudio consiste en evaluar mediante la siguiente escala los conocimientos adquiridos por los estudiantes del Grado en Medicina sobre cuidados al final de la vida. Este estudio no conlleva ningún riesgo para el alumno y la puntuación obtenida en test no beneficiará ni perjudicará en ninguna manera al mismo. El estudio consiste en contestar a las preguntas que se plantean a continuación, tardará unos diez minutos en realizar la prueba.

Los datos que usted nos facilite serán completamente confidenciales, siguiendo la ley reglamento de la UE 2016/679 del Parlamento Europeo y del consejo del 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la directiva 95/46/CE (reglamento general de protección de datos). De tal forma que sus datos solo se emplearán con fines de investigación. Si se desean utilizar sus datos en nuevas investigaciones relacionadas con la materia se le entregará un nuevo consentimiento informado. La participación en el estudio es completamente voluntaria.

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

He leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado a mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de Lucía Solano Jiménez sobre el conocimiento de los estudiantes de sexto curso del Grado en Medicina acerca de los Cuidados Paliativos.

Firma:

Sexo: M o F

Edad:

Curso actual:

¿Has realizado algún curso sobre cuidados paliativos? SI- NO

Especialidad a seguir:

¿Es definitivo? SI- NO

¿Algún área de interés dentro de la medicina? Puedes señalar más de una:

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

Las siguientes preguntas están formuladas en base a los conocimientos adquiridos en su formación durante el Grado en Medicina.

PREGUNTAS SOBRE GENERALIDADES EN CUIDADOS PALIATIVOS

1. La Medicina Paliativa y los Cuidados Paliativos son lo mismo.	SI	NO
2. Los Cuidados Paliativos solo son aplicables a pacientes oncológicos.	SI	NO
3. Los Cuidados Paliativos no se deberían brindar junto al tratamiento oncológico.	SI	NO
4. El objetivo principal de los Cuidados Paliativos es asegurar la vida del paciente, familia y cuidador.	SI	NO
5. Los Cuidados Paliativos aceleran y facilitan el proceso de morir.	SI	NO
6. Los Cuidados Paliativos solo se aplican a población adulta.	SI	NO
7. Los Cuidados Paliativos se dan en cualquier etapa de la enfermedad.	SI	NO

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

PREGUNTAS SOBRE BIOÉTICA, RESPETO Y COMUNICACIÓN HACIA EL PACIENTE

1. La comunicación de malas noticias se debe dar solo cuando el paciente lo solicite.	SI	NO
2. La muerte es un tema que solo debe ser tocado con la familia para proteger al paciente.	SI	NO
3. En el tratamiento del paciente terminal no es necesario obtener su consentimiento informado ni el de la familia, ya que lo primordial es salvar su vida	SI	NO
4. Los Cuidados Paliativos promueven la autonomía y la dignidad	SI	NO
5. En los Cuidados Paliativos debemos estar orientados a garantizar la calidad de vida personal y familiar	SI	NO

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

PREGUNTAS SOBRE ESPIRITUALIDAD

1. Religiosidad es lo mismo que espiritualidad	SI	NO
2. Es importante trabajar en conjunto aspectos psicológicos, sociales y espirituales	SI	NO
3. La espiritualidad es la esencia, origen del ser y da sentido a la vida	SI	NO
4. Las creencias del paciente y de su familia influyen en las decisiones terapéuticas a tomar	SI	NO
5. Los Cuidados Paliativos solo deben enfocarse en las necesidades físicas de los pacientes	SI	NO

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

PREGUNTAS CLÍNICAS SOBRE SINTOMATOLOGÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS

1. La enfermedad terminal se caracteriza por ser avanzada, progresiva e irreversible, con expectativa de vida corta, sin tiempo definido	SI	NO
2. Se debe usar morfina para el alivio de la disnea	SI	NO
3. La saturación de oxígeno se relaciona con la intensidad de la disnea	SI	NO
4. En la fase terminal del cáncer es necesario mayor aporte calórico comparado con las etapas iniciales	SI	No
5. El uso de esteroides incrementa el apetito en pacientes con cáncer avanzado	SI	NO
6. El uso de hidratación venosa no alivia la xerostomía	SI	NO

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

7. Una de las metas del manejo del dolor es obtener adecuada calidad de sueño	SI	NO

PREGUNTAS SOBRE FARMACOLOGÍA

1. ¿La morfina se usa de forma segura en pacientes con insuficiencia renal?	SI	NO
2. El tratamiento de elección para el manejo del delirium es la morfina	SI	NO
3. ¿El uso de opioides influye en el tiempo de supervivencia?	SI	NO
4. ¿El uso de opioides por períodos prolongados frecuentemente induce adicción?	SI	NO
5. ¿Cuándo iniciamos tratamientos con opioides todos los analgésicos no opioides deben eliminarse?	SI	NO

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

6. La rotación de opioides debe ser considerada cuando es difícil aumentar la dosis de opioides debido a los efectos adversos que se presentan en el paciente	SI	NO

PREGUNTA DE OPINIÓN

Califique, según su opinión, la necesidad de formación y entrenamiento en el área de Cuidados Paliativos dentro de los estudios del Grado en Medicina:

1) Innecesaria 2) Poco necesaria 3) Necesaria 4) Muy necesaria

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

ANEXO 2: Encuesta de conocimientos sobre cuidados paliativos PCKT-SV:

Afirmación	**Verdadero**	**Falso**
1. Los cuidados paliativos deberían ser proporcionados únicamente a los pacientes que no tienen tratamiento curativo disponible.		X
2. Los cuidados paliativos no deberían ser proporcionados al mismo tiempo que el tratamiento oncológico.		X
3. Uno de los objetivos del tratamiento del dolor es conseguir el descanso nocturno.	X	
4. Cuando el dolor por cáncer es leve debería utilizarse la pentazocina con más frecuencia que un opioide.		X
5. Cuando los opioides se toman de forma programada no deberían utilizarse los AINEs.		X
6. El efecto de los opioides mayores disminuye cuando se utilizan conjuntamente con pentazocina o hidrocloruro de buprenorfina.	X	
7. El uso prolongado de opioides frecuentemente produce adicción.		X
8. El uso de opioides no altera el tiempo de supervivencia.	X	

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

9. La morfina debe utilizarse para aliviar la disnea en pacientes con cáncer.	X	
10. Cuando los opioides se toman de forma programada es frecuente la depresión respiratoria.		X
11. Los niveles de saturación de oxígeno se correlacionan con la disnea.		X
12. Los fármacos anticolinérgicos o la escopolamina son eficaces para disminuir las secreciones bronquiales de los pacientes en situación terminal.	X	
13. Durante los últimos días de vida, la somnolencia asociada con el desequilibrio electrolítico disminuye el malestar del paciente.	X	
14. Las benzodiacepinas son eficaces para controlar el delirium.	X	
15. Algunos pacientes en fase terminal, requerirán sedación continua para aliviar el sufrimiento.	X	
16. En pacientes con cáncer terminal la morfina es con frecuencia una de las causas del delirio.		X
17. En las fases finales del cáncer es necesaria una mayor ingesta calórica en comparación con las fases iniciales.		X
18. No hay ninguna vía, excepto la venosa central para pacientes incapaces de mantener una vía intravenosa periférica.		X

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

19. Los esteroides mejoran el apetito en pacientes con cáncer avanzado.	X	
20. La perfusión intravenosa no es eficaz para aliviar la boca seca en los pacientes moribundos.	X	

UNIVERSIDAD DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA