

## VALIDACIÓN DE DOS HERRAMIENTAS PARA LA EVALUACIÓN DE CAMBIOS EN LAS ACTITUDES DE ALUMNOS EN SITUACIONES FRECUENTES EN CUIDADO PALIATIVO

### VALIDATION OF TWO INSTRUMENTS TO ASSESS ATTITUDE CHANGES OF STUDENTS IN COMMON SITUATIONS IN PALLIATIVE CARE

Alicia Krikorian, Juan Pablo Román-Calderón, Roberto Wenk y Carolina Monti

<sup>1</sup> Grupo de Dolor y Cuidado Paliativo, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín Colombia.

<sup>2</sup> Juan Pablo Román-Calderón. Departamento de Negocios Internacionales, Universidad EAFIT, Medellín, Colombia.

<sup>3</sup> Roberto Wenk. Fundación FEMEBA, Buenos Aires, Argentina.

<sup>4</sup> Carolina Monti. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, San Nicolás, Argentina.

#### Resumen

**Objetivo:** determinar las propiedades psicométricas de dos escalas utilizadas para evaluar las actitudes en torno a los cuidados paliativos: La Escala de Confort en Cuidados Paliativos (ECCP) de Pereira et al., y la Escala de Tanatofobia (ET) de Merrill et al.

**Método:** Participaron 77 alumnos de 7 cursos virtuales de aspectos psicosociales en cuidados paliativos entre 2010 y 2013. Estos respondieron las escalas de medida antes y después del curso. Se examinó la validez y la fiabilidad de la ECCP y de la ET a través de un análisis de componentes principales, el coeficiente de consistencia interna y el test-retest. Se realizó una comparación de los resultados pre-curso y post-curso para determinar cambios en las actitudes evaluadas.

**Resultados:** El análisis de componentes principales se ajustó satisfactoriamente a los datos y se extrajeron 3 componentes: dos para la ECCP y uno para la ET, explicando el 55,37% de la varianza. El Alfa de Cronbach fue satisfactorio en todos los casos. Las correlaciones test-retest en t1 y t2 no resultaron significativas, esto indica que la relación entre la primera y la segunda medición en las escalas no fue estrecha. Los cursos ocasionaron un

#### Abstract

**Objective:** To determine the psychometric properties of two scales designed to examine attitudes regarding palliative care: Comfort Scale in Palliative Care (CSPC, Pereira et al.) and Tanatophobia Scale (TS, Merrill et al.)

**Method:** Seventy-seven students who completed an online course on psychosocial aspects of palliative care offered by the Latin American Association of Palliative Care participated in the study. They also completed the scales before and after the course. Construct validity and reliability of the CSPC and the TS were assessed using a Principal Components Analysis, internal reliability coefficient and test-retest reliability. Further, comparative statistics between the pre-course and post-course results were obtained in order to determine changes in attitudes.

**Results:** The Principal Components Analysis showed satisfactory fit to the data. 3 components were extracted: two for the CSPC and one for the TS, which explained 55.37% of the variance. Internal consistency coefficients were satisfactory in all cases and Cronbach's Alphas were satisfactory for all the scales, particularly for the CSPC. Test-retest reliability in t1 and t2 was found to be

---

#### Correspondencia:

Alicia Krikorian  
Universidad Pontificia Bolivariana,  
Escuela de ciencias de la salud, Oficina de postgrados. Calle 78b No. 72a-109. Medellín, Colombia.  
E-mail: aliciakriko@gmail.com

cambio significativo en el confort en la atención al paciente ( $p = 0,004$ ), en el confort en la atención a las familias ( $p = 0,001$ ), mas no en el grado de tanatofobia ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones:** Ambas escalas son válidas y confiables. Evalúan de forma satisfactoria las actitudes, y sus cambios relacionados con la práctica de los cuidados paliativos, en lo referente a la atención de aspectos psicosociales.

**Palabras clave:** Educación, cuidados paliativos, herramientas de evaluación, validación.

non significant, indicating that measures were not related in time. Regarding pre-course/post-course comparisons, significant changes in comfort assisting patients ( $p = 0.004$ ) and comfort assisting families ( $p = 0.001$ ) following the course were identified, but changes in thanatophobia were non significant ( $p > 0.05$ ).

**Conclusions:** both scales are valid and reliable. Attitudes regarding the practice of palliative care and how they change, particularly regarding psychosocial issues, can be accurately measured using the examined scales.

**Keywords:** Education, palliative care, assessment tools, validation.

## INTRODUCCIÓN

La educación constituye uno de los cuatro componentes básicos de la estrategia en salud pública para los Cuidados Paliativos (CP) propuesta por la Organización Mundial de la Salud<sup>(1)</sup>. En CP, la educación comprende un proceso continuo desde la formación básica comunitaria, el nivel universitario de pregrado, el entrenamiento de profesionales y especialistas hasta la formación continua<sup>(2)</sup>. Los esfuerzos de capacitación a la comunidad y al personal de salud son esenciales para el establecimiento e integración de los CP en la sociedad.

Según Stjernswärd et al.<sup>(3)</sup>, todos los profesionales de la salud deberían contar con conocimientos y competencias básicas en CP. El objetivo primario de la capacitación en CP es incrementar el conocimiento y desarrollar habilidades, actitudes, creencias y valores orientados al cuidado centrado en el paciente y a un modelo integral en salud. El objetivo secundario es incrementar la disponibilidad del CP en la población y facilitar la asistencia oportuna de los síntomas y problemas comunes en pacientes con enfermedades limitantes de la vida o po-

tencialmente letales (ELPL) y sus familias, reduciendo el sufrimiento e incrementando el bienestar.

En Latinoamérica la respuesta a la necesidad de CP es todavía escasa<sup>(4,5)</sup> por múltiples las razones, siendo un factor importante el déficit de educación en CP. Este ocurre principalmente porque los programas docentes son en general escasos, la mayoría son orientados al personal médico a nivel de especialista, se encuentran polarizados en las grandes ciudades y son pocos los países que cuentan con cursos de CP en el nivel de grado (carretera profesional) o de formación continua. Un segundo tipo de déficit se refiere a la calidad de los programas: la educación de grado y de posgrado no prepara profesionales de la salud para reconocer las necesidades de los pacientes con ELPL, ni para proporcionar intervenciones eficaces desde el enfoque de los CP<sup>(4,6)</sup>. Los métodos de enseñanza a nivel de posgrado son diferentes y, a veces, insuficientes siendo limitados los planes de estudio con contenidos estructurados y prácticas clínicas guiadas. Otro aspecto que contribuye al déficit de educación es la falta de reconocimiento de los CP como especialidad en muchos países y la no exigencia de

un período de residencia (prácticas supervisadas) o exámenes habilitantes para su práctica.

Sin embargo, como consecuencia de la implementación ininterrumpida, lenta pero progresiva del CP en la región en los últimos 20 años<sup>(7)</sup>, los profesionales de la salud están gradualmente aceptando la responsabilidad de educarse en temas de CP y reclamando oportunidades docentes de calidad. Por tanto, la actividad docente se ha tornado cada vez más intensa en el grado y posgrado. Cada vez más, algunos programas y universidades ofrecen oportunidades de enseñanza con objetivos definidos y métodos específicos para practicar y mejorar el trabajo en equipo y la resolución de problemas, es decir, cursos con alto contenido de actividad clínica guiada en servicios de CP o materias optativas de CP. Los métodos docentes que se utilizan incluyen la actividad presencial, en línea o mixta, con o sin actividad clínica guiada, con contenidos y métodos actualizados<sup>(4,6)</sup>.

Este aumento de la actividad docente se acompaña de un interés creciente en la calidad de la actividad: en un primer momento se enfatizó en la implementación de la actividad; actualmente se enfatiza en el control de su calidad. Este interés por comprender y mejorar los detalles técnicos específicos de la educación de CP en la región propició la realización de diferentes encuentros (Buenos Aires, Argentina en 2012; Medellín, Colombia en 2014) para mejorar el conocimiento sobre el estado, los componentes y la organización de la actividad docente en la región e identificar los cambios necesarios para optimizarla<sup>(7)</sup>. Uno de los temas emergentes en estas reuniones fue la necesidad de una evaluación adecuada y con calidad de las actividades docentes a fin de asegurar la eficacia de las experiencias educativas.

En Latinoamérica actualmente se utilizan diferentes instrumentos, algunos de desarrollo intuitivo, otros que son traduc-

ciones y/o adaptaciones de instrumentos desarrollados en otros países, y que tienen como finalidad medir cambios en los conocimientos, actitudes y habilidades derivadas de las intervenciones educativas, así como evaluar la calidad del proceso docente. Desafortunadamente, no se dispone todavía de instrumentos consistentes y confiables, validados para la región, que permitan medir esos cambios. En consecuencia, los reportes del éxito o fracaso de las intervenciones educativas en CP proveen sólo evidencia subjetiva. Muchos informes se basan en la evaluación de niveles de satisfacción de instructores y estudiantes, en niveles de comodidad de los estudiantes en ciertas situaciones clínicas, o en mediciones del conocimiento adquirido como resultado de la intervención, pero hay escasa información sobre la validez y fiabilidad de los instrumentos de medición utilizados. Adicionalmente, son pocas las evaluaciones y mediciones realizadas aplicando instrumentos válidos y confiables, cuyas propiedades psicométricas hayan sido previamente estudiadas y establecidas. Existe, por lo tanto, la necesidad de incrementar la rigurosidad en la selección y aplicación de instrumentos de medición en el área de educación en CP, con el fin de mejorar los resultados de las intervenciones educativas. En ese sentido, es necesario promover la "educación médica basada en la evidencia" según la cual los docentes implementan métodos y aproximaciones a la educación basados en la mejor evidencia disponible. Bajo este modelo, los procesos de docencia se basan en juicios de valor sobre dicho proceso, permiten una práctica educativa reflexiva, generan preguntas susceptibles de ser contestadas a través de la investigación, hacen una evaluación crítica de la calidad de la información existente y se aplican al contexto local<sup>(8)</sup>.

La Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos, cuya misión es promover

el desarrollo del CP en América Latina y el Caribe, incluye entre sus tareas la capacitación de sus miembros. Para ello y con el fin de favorecer el desarrollo del CP en zonas de la región que se encuentran alejadas de centros urbanos, desde 2009 ofrece un curso virtual introductorio a los aspectos psicosociales en CP que tiene por objetivo ampliar el conocimiento sobre los procesos y factores psicosociales que inciden en las ELPL<sup>(7)</sup>. El curso incluye evaluaciones de cambios de conocimientos y actitudes y de satisfacción de la actividad docente. Los resultados de las evaluaciones realizadas con las herramientas utilizadas han sido satisfactorios y alentadores. Pero como consecuencia de esta necesidad creciente de saber si dichos resultados obtenidos corresponden a la realidad y dan cuenta de los procesos que en realidad se pretenden medir, se decidió examinar la fiabilidad y validez de las herramientas utilizadas. Por tanto, el objetivo de este estudio es determinar las propiedades psicométricas de dos escalas utilizadas para evaluar las actitudes en torno a los CP.

## MÉTODO

### *Descripción del curso*

El curso de introducción a los aspectos psicosociales en CP es virtual y se realiza a través de una plataforma desarrollada para el curso. Su estructura comprende 5 módulos semanales: (1) introducción al CP, (2) comunicación en CP, (3) aspectos familiares y sociales en CP, (4) la respuesta psicológica del paciente y (5) aspectos espirituales en CP. En cada módulo la actividad incluye un caso clínico virtual longitudinal cuya evolución coincide con la secuencia de los módulos y que se acompaña de preguntas que facilitan la reflexión y discusión asincrónica de los contenidos teóricos y su aplicación a la situación clínica presentada.

Al inicio, los alumnos completan una encuesta que incluye aspectos socio-demográficos, experiencia en el uso de tecnologías informáticas, de comunicación y de aprendizaje previo de CP, así como una escala que evalúa niveles de confort y actitudes en situaciones específicas en CP. También se realiza una auto-evaluación de conocimientos en aspectos psicosociales en CP. Al finalizar el curso, los alumnos deben completar una encuesta de satisfacción y nuevamente la encuesta de confort y actitudes en situaciones específicas en CP en torno a los CP y la auto-evaluación de conocimientos. El tiempo transcurrido entre la aplicación de la encuesta pre-curso (t1) y encuesta pos-curso (t2) es de 6 semanas.

### *Instrumentos*

Para examinar las actitudes en torno a la práctica de los CP, se empleó un cuestionario que integra la Escala de Confort en Cuidados Paliativos y la Escala de Tanatofobia.

*Escala de Confort en Cuidados Paliativos (ECCP)*. El instrumento consta de 23 ítems que evalúan con una escala Likert de 5 puntos el nivel de confort o comodidad al realizar actividades relacionadas con la comunicación con el paciente y la familia y el abordaje de aspectos psicosociales y espirituales en CP (1 "muy incómodo", 5 "muy cómodo"). Dicho instrumento fue elaborado a partir del *PallCare Comfort Scale* desarrollado por Pereira et al.<sup>(9)</sup>. Para la determinación de los ítems se eligieron actividades que correspondieran con las específicas y más frecuentes del abordaje de aspectos psicosociales y que se trabajarían a lo largo del curso. Se considera que las personas que se sienten cómodas con la realización de una tarea específica tienen mayores competencias, mientras que las necesidades de educación incrementan al haber menores niveles de confort. De manera similar, las personas que se sientan

cómodas con la realización de una tarea tenderán a hacerla de forma más frecuente. La escala de confort desarrollada por Pereira et al.<sup>(9)</sup> cuenta con adecuada consistencia interna (Alfa de Cronbach 0,78) (ver la escala en el apéndice 1).

*Escala de Tanatofobia (ET)*. Es un instrumento de 5 ítems que evalúa el nivel de ansiedad o malestar asociado a la atención de pacientes en situación de fin de vida. Los participantes marcan en una escala Likert de 5 puntos el nivel de acuerdo o desacuerdo con cada ítem (por ejemplo “un paciente agonizante me hace sentir incómodo”). La ET fue adaptada de la Escala de Tanatofobia de Merrill et al.<sup>(10)</sup>. Los ítems fueron seleccionados, traducidos al español y adaptados al lenguaje de uso corriente en el contexto de los CP. Algunos de ellos fueron invertidos para examinar el nivel de acuerdo con situaciones que ilustraban actividades asistenciales del fin de vida (“me siento cómodo cuando los pacientes hablan acerca de la muerte”). (ver la escala en el apéndice 2).

### Participantes

Entre los años 2010 y 2013, 80 alumnos participaron en 7 cursos. El promedio de alumnos por curso fue 11 (rango 6-13), el rango de edad con más participantes fue de 36-50 años, las profesiones más frecuentes fueron medicina y psicología, y sus lugares de trabajo más frecuentes fueron hospitales públicos, domicilio y consultorio particular (Ver Tabla 1). Setenta y siete completaron las evaluaciones pre y pos-curso.

### Análisis de los datos

El análisis de los datos cuantitativos se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS (versión 21) de IBM. En primer lugar se examinaron la fiabilidad y la validez de las escalas. Para evaluar la validez de constructo de las escalas, se condujo un análisis de componentes principales (ACP) con rotación Promax. El ajuste del modelo a los datos fue examinado a través

Tabla 1. **Datos sociodemográficos (n=80)**

Variable	Categoría	n	%
<b>Sexo</b>	Femenino	63	78,75
	Masculino	17	21,25
<b>Edad</b>	20-35 años	26	32,5
	35-50 años	38	47,5
	> 50 años	16	20,0
<b>Profesión</b>	Enfermero/a	6	7,5
	Médico/a	33	41,3
	Psicólogo/a	27	33,8
	Terapeuta ocupacional	2	2,5
<b>Lugar de trabajo</b>	Trabajador/a Social	12	15,1
	Consultorio	37	46,3
	Domicilio	31	38,8
	Clínica privada	20	25,0
	Centro / hospital comunitario	47	58,8
	Universidad	24	30,0

del coeficiente Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ( $>.6$ ) y la prueba de esfericidad de Bartlett ( $p<.05$ ). El valor límite establecido para las comunalidades de los reactivos fue  $>0,4$ . De acuerdo con Costello y Osborne (11), en el campo de las ciencias sociales comunalidades con magnitudes entre  $0,4$  y  $0,7$ , son consideradas como bajas a moderadas. Reactivos cuyas comunalidades resultaron inferiores a  $0,4$  y/o con dobles cargas factoriales fueron removidos del análisis. El valor límite establecido para las cargas factoriales fue  $>0,4$ <sup>(12)</sup>.

Una vez establecido el número de reactivos correspondiente a cada escala, se estableció el coeficiente de fiabilidad a través del cálculo del alfa de Cronbach y se realizó una correlación test-retest.

Para determinar el efecto del curso en los participantes en términos de cambios en la ECCP y la ET, se calcularon las medias

de los reactivos retenidos para cada una de ellas. Posteriormente se realizaron comparaciones de muestras relacionadas de tipo no paramétrico. Esto debido tanto al tamaño de la muestra como a la distribución que siguieron las medias de las escalas.

## RESULTADOS

### Validez y fiabilidad

El ACP se ajustó satisfactoriamente a los datos (KMO =  $0,85$ ;  $c^2(120) = 1054,365$ ,  $p<0,01$ ). En total, 3 componentes fueron extraídos, dos para la ECCP (confort en la atención al paciente y confort en la atención a la familia) y una para la ET. Estos explicaron el  $55,37\%$  de la varianza del conjunto de los reactivos. En la tabla 2 se observan las cargas factoriales y las comunalidades de los reactivos retenidos.

Tabla 2. **Matriz de estructura y cargas factoriales de ACP con rotación promax**

Item	Atención paciente	Atención Familia	Tanatofobia	h <sup>2</sup>
1 Desarmar la conspiración de silencio	<b>0,73</b>			0,51
2 Comunicar malas noticias	<b>0,78</b>			0,63
3 Abordar al paciente con tristeza/angustia	<b>0,80</b>			0,59
4 Abordar a un paciente con enojo	<b>0,89</b>			0,52
5 Favorecer la participación del paciente en la toma de decisiones terapéuticas	<b>0,49</b>			0,67
6 Abordar a un paciente con desesperanza	<b>0,83</b>			0,63
7 Trabajar con la familia		<b>0,44</b>		0,55
8 Comunicarme con los familiares		<b>0,47</b>		0,61
9 Proveer asistencia psicológica a pacientes y familias		<b>0,75</b>		0,50
10 Proveer asistencia social (en el marco de mi disciplina)		<b>0,97</b>		0,71
11 Asistir la familia en duelo		<b>0,66</b>		0,47
12 Contención emocional de la familia en las emergencias médicas		<b>0,54</b>		0,44
13 Un paciente agonizante me hace sentir incómodo			<b>0,66</b>	0,48
14 Me siento útil cuando asisto a pacientes incurables			<b>0,75</b>	0,47
15 El tratamiento de pacientes agonizantes me traumatiza			<b>0,66</b>	0,47
16 Intento proveer asistencia a pacientes incurables			<b>0,82</b>	0,63

NOTA: n = 154

Posteriormente se calculó la consistencia de cada uno de los grupos de reactivos retenidos como indicadores cada escala.

El Alfa de Cronbach fue en todos los casos satisfactorio (ver la tabla 3) lo que indica adecuada relación entre los ítems de cada sub-escala, particularmente para las dos sub-escalas de la ECCP. Con respecto a las correlaciones test-retest de los instrumentos en t1 y t2, en ninguno de los casos aplicados resultó significativa, lo cual indica que la relación entre la primera y la segunda medición en las escalas no fue estrecha.

#### Comparación pre y pos-curso

La media de los indicadores retenidos para cada una de las escalas no cum-

plió satisfactoriamente con el criterio de normalidad univariante, indicando una distribución no normal de las muestras (ver la tabla 4). Por tanto, las variables confort en la atención paciente, confort en la atención a la familia y tanatofobia fueron contrastadas a través de la prueba no paramétrica de Wilcoxon de los rangos con signo. Dicha prueba indica que los cursos generaron un cambio significativo en el confort en la atención al paciente ( $Z=2,85$ ,  $p=0,004$ ). Igualmente señala que el curso generó una diferencia en el confort en la atención a las familias de los pacientes ( $Z=3,29$ ,  $p=0,001$ ). Finalmente, y contrario a los anteriores hallazgos, los cursos no generaron una diferencia significativa en el grado de tanatofobia ( $Z=0,09$ ,  $p>0,05$ ).

Tabla 3. **Matriz de correlaciones de componentes t1 y t2, y fiabilidad de las escalas**

Componente	1	2	3
10. Atención paciente	<b>0,86</b>		
20. Atención familia	0,62**(64**)	<b>0,80</b>	
30. Tanatofobia	-0,33**(-0,05)	0,00(-0,19)	<b>0,68</b>

Nota: Alfas de Cronbach en diagonal (calculado con el total de la muestra).  
Correlaciones t1 en cursivas.  
Correlaciones t2 entre paréntesis.  
\*\*significativo al nivel 0,01

Tabla 4. **Estadísticos Descriptivos**

Componente	x	dt	asimetría	curtosis	Kolmogorov-Smirnov. valor de p
Atención paciente t1	40,01	0,52	-0,22	0,11	0,07
Atención paciente t2	40,23	0,53	-0,44	-0,27	0,01
Atención familia t1	30,44	0,68	-0,32	0,55	0,06
Atención familia t2	30,78	0,64	-0,36	-0,74	0,01
Tanatofobia t1	20,47	0,70	10,10	10,05	0,00
Tanatofobia t2	20,65	0,75	0,28	-0,64	0,00

Tabla 5. **Estimaciones e intervalos de confianza de la diferencia de Medianas Hodges-Lehman de muestras relacionadas**

Mediana de la diferencia	Intervalos de confianza 95%		
	Estimación	inferior	superior
Entre confort en la atención al paciente t1-t2	0,17	0,08	0,33
Entre confort en la atención a las familias t1-t2	0,33	0,08	0,50
Entre tanatofobia en t1- t2	0,00	-0,13	0,13

En la tabla 5 se encuentran las estimaciones y los intervalos de confianza correspondientes a las diferencias de medianas Hodges-Lehman de muestras relacionadas. La ausencia de 0 en los intervalos de confianza de dicha prueba indica, al igual que el test de Wilcoxon de los rangos con signo, que existe una diferencia entre las mediciones realizadas en t1 y t2. Lo anterior en el caso de la comparación de los niveles de confort en la atención al paciente y confort en la atención a las familias de los pacientes en t1 y t2. En el caso de la comparación de los niveles de tanatofobia en t1 y t2, la existencia de 0 en el intervalo de confianza indica que no se dio ningún cambio significativo a causa del curso. Estos datos (cambios positivos en ECCP, sin cambios en ET) obtenidos por medio de procesos estadísticos coinciden con los obtenidos en la evaluación simple pre/post-curso.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este estudio examinó las propiedades psicométricas de dos escalas de actitudes en CP (ECCP y ET) que se utilizaron en 7 cursos de modalidad virtual. Además examinó, en una muestra de estudiantes de cursos virtuales de aspectos psicosociales en cuidados paliativos, cambios en los niveles de confort con la realización de actividades relacionadas con la comunicación con el paciente y la familia y

con el abordaje de aspectos psicosociales y espirituales (medidos a través de la ECCP), y en los niveles de tanatofobia de los alumnos (medidos a través de la ET).

Con respecto a las características psicométricas de las escalas, se pudo evidenciar su validez de constructo, examinada a través de un ACP. Al realizar el análisis de componentes principales, las escalas se diferenciaron en 3 componentes distintos (confort en la atención al paciente, confort en la atención a la familia y tanatofobia) de acuerdo al diseño original de las escalas y explicando un alto porcentaje de la varianza. Esto indica que cada sub-escala examina constructos diferentes y conforme a lo que se desea evaluar.

De otra parte, se constató la fiabilidad de las escalas a través de dos estrategias: por un lado, las escalas mostraron una elevada consistencia interna, lo que indica que los ítems que las conforman están estrechamente relacionados entre sí; por otra parte, se examinó la fiabilidad test-retest que permite examinar la estabilidad en el tiempo de las escalas. En este caso los resultados no fueron estadísticamente significativos. Este último hallazgo se puede explicar de varias formas. Según Light, Singer y Willett<sup>(13)</sup>, correlaciones test-retest bajas no necesariamente responden al error de medición. Se espera que los resultados de medición de logros en el campo educativo cambien en el tiempo. En este estudio se llevó a cabo una intervención (el curso



virtual) entre t1 y t2, lo que puede impactar de forma directa en las actitudes de los alumnos y resultar en medidas diferentes en cada tiempo. Por otra parte, las curvas de aprendizaje de cada alumno pueden variar en el tiempo y hacer que dicho impacto se observe en tiempos diferentes para cada uno de ellos, lo cual desinfla las correlaciones test-retest<sup>(13)</sup>; es posible que el tiempo transcurrido entre las aplicaciones no sea el suficiente para observar todos los cambios producidos a raíz del curso. Adicionalmente, cuando el lapso de tiempo entre t1 y t2 es importante, se deja espacio para que el cambio real en las condiciones que se están midiendo ocurra; este cambio real puede ser a veces mal interpretado como error de medición<sup>(13)</sup>. Finalmente, una de las condiciones de la prueba test-retest es que la muestra supere los 100 participantes<sup>(14)</sup> y en el presente estudio solo 77 participantes reportaron respuestas en t1 y t2.

En conjunto, estos resultados constatan que las pruebas efectivamente miden lo que buscan medir de forma confiable, constituyendo herramientas válidas para examinar el cambio en las actitudes relacionadas con la práctica de los cuidados paliativos derivado de las intervenciones educativas.

La escala de confort desarrollada por Pereira et al.<sup>(9)</sup> mostró adecuada consistencia interna. En el estudio se encontró que los niveles de confort incrementaban de forma significativa después de un curso de cuidados paliativos híbrido (con componente presencial y online) dirigido a residentes en medicina interna. Por su parte, la escala de tanatofobia en su estructura original ha demostrado ser una medida válida y confiable para población Americana<sup>(10)</sup>. Asimismo, mostró una estructura unitaria al realizar un análisis de componentes principales, lo que evidencia su validez de constructo. La escala mostró una elevada consistencia interna

en población inglesa en la validación realizada por Mason y Ellershaw<sup>(15)</sup>.

Finalmente se hicieron comparaciones entre las actitudes evaluadas antes y después del curso. Si bien el nivel de confort en la atención al paciente y a la familia mostró diferencias significativas, el nivel de tanatofobia no varió como era de esperar. En un estudio llevado a cabo por Mason et al.<sup>(16)</sup>, donde se evaluaron los niveles de autoeficacia en la práctica de los cuidados paliativos y de tanatofobia en alumnos de diferentes países que recibieron educación en cuidados paliativos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos evaluados. Los autores consideraron que estos resultados se debieron a las diferencias intrínsecas en los programas educativos en cada país y a distintos niveles de exposición de los alumnos a los CP.

Puntualmente, los hallazgos indican que cursos dirigidos a incrementar conocimientos y habilidades en el manejo de pacientes en estado terminal puede tener un impacto importante en las actitudes ante los cuidados paliativos y la muerte (9, 16,17). De hecho, Kaye y Loscalzo<sup>(17)</sup> encontraron que un curso orientado a la educación sobre la muerte en estudiantes de medicina mostró diferencias pre y post-curso con respecto a las actitudes en torno a la atención de pacientes moribundos, aunque no se encontraron diferencias significativas respecto al miedo a la muerte. Por tanto, en función del tipo de curso ofrecido (sus contenidos, metodologías, modalidad, etc.) el impacto en las actitudes puede ser mayor o menor.

En conclusión y de acuerdo con los resultados obtenidos en las pruebas psicométricas realizadas, se puede decir que ambas escalas son válidas y confiables. Por tanto, su uso permite medir de forma adecuada las actitudes, y sus cambios, relacionados con la práctica de los CP, particularmente en lo que se refiere a la atención de aspectos psicosociales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stjernswärd J, Foley KM, Ferris FD. The public health strategy for palliative care. *J Pain Symptom Manage* 2007;33:486-93. Doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.02.016
2. African Palliative Care Association (APCA). *Palliative Care Core Curriculum: Introductory Course in Palliative Care*. Uganda: APCA, 2012.
3. Stjernswärd J, Foley KM, Ferris FD. Integrating palliative care into national policies. *J Pain Symptom Manage*. 2007;33:514-20. Doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.02.031
4. Pastrana T, De Lima L, Centeno C, et al. *Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica*. Houston: IAACP Press, 2012
5. Pastrana T, Centeno C, De Lima L, Palliative Care in Latin America from the Professional Perspective: A SWOT Analysis. *J Palliat Med* 2015;18:429-37. Doi: 10.1089/jpm.2014.0120.
6. Pastrana T, Eisenclas J, Centeno C, De Lima L. Status of palliative care in Latin America: looking through the Latin America Atlas of Palliative Care. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2013;7:411-6. Doi: 10.1097/SPC.0000000000000008.
7. Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos ALCP. [En línea]; 2013. [Acceso 03-03-2015]: Disponible en: <http://cuidadospaliativos.org/quienes-somos/mision/>
8. Sánchez-Mendiola M. Educación médica basada en evidencias: ¿Ser o no ser? *Inv Ed Med* 2012;1:82-89.
9. Pereira J, Palacios M, Collin T, Wedel R, Galloway L, Murray A, et al. The impact of a hybrid online and classroom-based course on palliative care competencies of family medicine residents. *Palliat Med* 2008;22:929-37. Doi: 10.1177/0269216308094561.
10. Merrill J, Lorimor R, Thornby J, Woods A. Caring for terminally ill persons: comparative analysis of attitudes (thanatophobia) of practising physicians, student nurses and medical students. *Psychol Rep* 1998;83:123-8.
11. Costello AB, Osborne JW. Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Prac Assess Res Eval* 2005;10:1-9. Doi: 10.4135/9781412995627.d8
12. Hair J, Anderson RE, Tatham R, Black W. *Multivariate data analysis*. New Jersey: Prentice Hall, 2010.
13. Light RJ, Singer JD, Willett JB. *By Design: Planning Research on Higher Education*. Cambridge: Harvard University Press, 1990
14. Kline P. *Handbook of Psychological Testing*. New York: Routledge, 2000.
15. Mason S, Ellershaw J. Assessing undergraduate palliative care education: validity and reliability of two scales examining perceived efficacy and outcome expectancies in palliative care. *Med Educ* 2004; 38:1103-10. Doi:10.1111/j.1365-2929.2004.01960.x
16. Mason S, Biasco G, Blumhuber H, Centeno C, Cetto G, Dall'Olio F, et al. *International Medical Education in Palliative Care: Pilot Research on Undergraduates (IMEP)*. Liverpool: The Marie Curie Palliative Care Institute, 2015. Disponible en: <http://www.mcpcil.org.uk/media/24441/eapc%2015.pdf>
17. Kaye JM, Loscalzo G. Learning to care for dying patients: A controlled longitudinal study of a death education course. *J Cancer Educ* 1998;13:52-7.

### Apéndice 1. Escala de Confort en Cuidados Paliativos (ECCP)

Mi nivel de comodidad actual cuando trato con los siguientes problemas y temas en cuidados paliativos es:

Atención al paciente		Muy incómodo	Incómodo	Neutral	Cómodo	Muy cómodo
1.	Desarmar la conspiración de silencio	1	2	3	4	5
2.	Comunicar malas noticias	1	2	3	4	5
3.	Abordar al paciente con tristeza/angustia	1	2	3	4	5
4.	Abordar a un paciente con enojo	1	2	3	4	5
5.	Favorecer la participación del paciente en la toma de decisiones terapéuticas	1	2	3	4	5
6.	Abordar a un paciente con desesperanza	1	2	3	4	5
Atención a la familia						
7.	Trabajar con la familia	1	2	3	4	5
8.	Comunicarme con los familiares	1	2	3	4	5
9.	Proveer asistencia psicológica a pacientes y familias	1	2	3	4	5
10.	Proveer asistencia social (en el marco de mi disciplina)	1	2	3	4	5
11.	Asistir la familia en duelo	1	2	3	4	5
12.	Contención emocional de la familia en las emergencias médicas (p.e. compresión medular)	1	2	3	4	5

### Apéndice 2. Escala de Tanatofobia (ET)

Por favor marque el numero que corresponda con la intensidad con la que Ud. esta de acuerdo o desacuerdo con los siguientes afirmaciones. Responda de acuerdo a como Ud. se sentiría con los siguientes temas y situaciones:

		Muy en desacuerdo					Muy de acuerdo	
1	Un paciente agonizante me hace sentir incómodo	1	2	3	4	5	6	7
2	Me siento útil cuando asisto a pacientes incurables	1	2	3	4	5	6	7
3	El tratamiento de pacientes agonizantes me traumatiza	1	2	3	4	5	6	7
4	Intento proveer asistencia a pacientes incurables	1	2	3	4	5	6	7

