

Instrumento de Detección de Necesidades de Capacitación en Psicología de Cuidados Paliativos: Diseño y validación

Leticia Ascencio Huertas^{1*}, Sofía Sánchez Román², Nazira Calleja³, Nancy E. Rangel Domínguez⁴, Susana Ruiz Ramírez⁵, Maribel Hernández Herrera⁶, Iliana V. Cortes Ponce⁷, Bernardo Villa Cornejo⁸

Recibido: 1 de junio de 2023 / Aceptado: 30 de agosto de 2023

Resumen. Introducción. Los psicólogos tienen un papel relevante en el manejo integral en la atención de pacientes en cuidados paliativos y su familia, por lo que deben contar con competencias específicas para proporcionar la atención psicológica en los diferentes niveles de atención en salud. Objetivo: Diseñar un Instrumento de Detección de Necesidades de Capacitación en Psicología de Cuidados Paliativos (IDNCPsic-CP), analizar su validez y confiabilidad. Método: Se realizó un estudio prospectivo, transversal mediante una encuesta en línea para psicólogos que laboraran en Unidades/Servicios de Cuidados Paliativos en México. Se utilizó un muestreo por conveniencia. Resultados: La muestra total fue de 132 profesionales del Psicología. El IDNCPsic-CP en su versión final fue de 122 reactivos divididos en características generales del psicólogo y la institución, proceso de atención y la Detección de Necesidades de Capacitación se conformó por 3 subescalas: a) Relevancia donde en el Análisis Factorial Exploratorio (AFE) se agrupó en 7 factores (alpha de Cronbach de .930), y en el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) se confirmaron sólo 4. b) Frecuencia donde el AFE identificó 4 factores, (alpha de cronbach de .977), y

- 1 Leticia Ascencio Huertas Instituto Nacional de Cancerología / Facultad de Psicología UNAM. ORCID: 0000-0002-5768-8761
E-mail: leash71.lah@gmail.com
 - 2 Sofía Sánchez Román. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” / Facultad de Psicología, UNAM. ORCID: 0000-0001-8619-6398
E-mail: sofiasan@yahoo.com
 - 3 Nazira Calleja. Facultad de Psicología, UNAM. México. ORCID: 0000-0003-0131-8785
E-mail: ncalleja@unam.mx
 - 4 Nancy Elizabeth Rangel Domínguez. Hospital General “Dr. Manuel Gea González” ORCID: 0000-0002-9764-1386
E-mail: psicnancyrangel@hotmail.com
 - 5 Susana Ruiz-Ramírez. Seminario de Estudios sobre la Globalidad, Facultad de Medicina, UNAM. ORCID: 0000-0003-3021-829X
E-mail: compasivamente2@gmail.com
 - 6 Maribel Hernández Herrera Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos”, ISSSTE. ORCID: 0009-0002-5466-9482
E-mail: maribellhh2010@gmail.com
 - 7 Iliana V. Cortes Ponce Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Secretaría de Salud. ORCID: 0009-0006-7529-5757
E-mail: ilianasalud@gmail.com
 - 8 Bernardo Villa Cornejo. Consultor experto en Cuidados Paliativos. ORCID: 0000-0001-6706-7662
E-mail: villabernardo763@gmail.com
- * Dirección de correspondencia: Leticia Ascencio Huertas. Instituto Nacional de Cancerología. Av. San Fernando Núm.22 Col. Sección XVI, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México, México, C.P. 14080.
E-mail: leash71.lah@gmail.com

en el AFC los siguientes índices de ajuste: $\chi^2/gf= 1,784$; CFI=0,917; TLI=0,908, SRMR=0,054 y RMSEA =0,077; y c) Autopercepción de habilidades con un solo factor, (alfa de Cronbach=0.945), el AFC con índices de ajuste: $\chi^2/gf= 1,519$; CFI=0,994; TLI=0,987, SRMR=0,023 y RMSEA=0,063. Conclusiones: El IDCNPsic-CP cuenta con puntuaciones altas de validez, confiabilidad y ajuste, que confirman que el instrumento cuenta con las propiedades psicométricas para su uso.

Palabras Clave: Detección de necesidades de capacitación, psicología, cuidados paliativos

[en] Palliative Care Psychology Training Needs Assessment Instrument: Design and validation

Abstract. Introduction. Psychologists have a relevant role in the comprehensive management of palliative care patients and their families, so they must have specific competencies to provide psychological care at different levels of health care. Objective: To design an Instrument for the Detection of Training Needs in Palliative Care Psychology (IDNCPsic-CP) and to analyze validity and reliability. Methods: A prospective, cross-sectional study was conducted through an online survey for psychologists working in Palliative Care Units/Services in Mexico. Convenience sampling was used. Results: The total sample was 132 psychology professionals. The final version of the IDNCPsic-CP consisted of 122 items divided into general characteristics of the psychologist and the institution, process of care and Detection of Training Needs was made up of 3 subscales: a) Relevance, where in the Exploratory Factor Analysis (EFA) it was grouped into 7 factors (cronbach's alpha of .930), and the Confirmatory Factor Analysis (CFA) only 4 were confirmed. b) Frequency where EFA identified 4 factors, (cronbach's alpha of .977), and in CFA the following adjustment indexes: $\chi^2/gf= 1.784$; CFI .917; TLI=.908, SRMR=.054 and RMSEA =.077; and c) Self-perception of skills with a single factor, (Cronbach's alpha=0.945), the AFC with fit indices: $\chi^2/gf= 1.519$; CFI=0.994; TLI=0.987, SRMR=0.023 and RMSEA=0.063. Conclusions: The IDCNPsic-CP has high validity, reliability, and fit scores, which confirm that the instrument has the psychometric properties for use.

Keywords: Detection of training needs, psychology, palliative care

Sumario: 1. Introducción 2. Método 3. Análisis de datos 4. Resultados 5. Discusión 6. Conclusiones 7. Agradecimientos 8. Referencias bibliográficas

Cómo citar: Ascencio Huertas L, Sánchez Román S, Calleja N, Rangel Domínguez NE, Ruiz Ramírez S, Hernández Herrera M, Cortes Ponce LV, Villa Cornejo B. Instrumento de detección de necesidades de capacitación en psicología de cuidados paliativos: diseño y validación. *Psicooncología* 2023; 20: 283-304. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.88881>

1. Introducción

De acuerdo con la OMS, los Cuidados Paliativos constituyen un enfoque de atención que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual⁽¹⁾.

Los psicólogos desempeñan un papel integral en el apoyo a pacientes de cuidados paliativos y su familia, por lo que deben contar con herramientas básicas para proporcionar la atención psicológica en los diferentes niveles de atención en salud, así como estar preparados para que su comunicación sea efectiva, empática y compasiva; además es necesario que tengan la capacidad de realizar cribados psicológicos y contar con tres competencias profesionales: (1) establecer y mantener

relaciones de apoyo, (2) habilidades para llevar a cabo intervenciones psicológicas específicas para un problema/trastorno clínico, y (3) destrezas avanzadas en la elaboración y ejecución de intervenciones psicológicas individualizadas para problemas complejos⁽²⁾, y proporcionar una derivación oportuna⁽¹⁾.

En el contexto paliativo, el psicólogo además debe ayudar a los pacientes a hacer frente a la enfermedad, desde el diagnóstico, durante los tratamientos, a lo largo de su evolución, durante el proceso de muerte, y tras el fallecimiento, ayudar a la familia en el proceso de duelo.

Al respecto, Maureen E. Lyon⁽³⁾ menciona que, en la Convención Anual de la *American Psychology Association* celebrada en Washington en el 2017, se reconoció la importante contribución que puede hacer la Psicología a los Cuidados Paliativos en términos de capacitación, investigación, práctica y política, de tal manera que ha abogado para que los psicólogos aumenten su presencia en el cuidado al final de la vida, definiendo las competencias clave necesarias para la práctica psicológica ética y efectiva.

Sin embargo, la atención psicológica en Cuidados Paliativos, en pacientes y familias, sigue siendo limitada⁽⁴⁾ porque quienes cuentan con preparación en este tema se encuentran dispersos geográficamente⁽⁵⁾; y quienes están disponibles no tienen suficiente preparación técnica y práctica en el campo de los cuidados paliativos. O bien, cuentan con formación que no cubre las competencias básicas relacionadas con temas del final de la vida, los Cuidados Paliativos tempranos, la evaluación psicológica, psicoterapia, la supervisión y el apoyo al personal, y que además integre lo cultural, la ética, la autoconciencia y autorreflexión^(6,7). También es frecuente que desconozcan temas específicos como el dolor total, las necesidades espirituales, la capacidad para afrontar el sufrimiento⁽⁸⁾ y la adaptación de intervenciones psicológicas tomando en cuenta necesidades únicas de cada paciente y su familia, el respeto de experiencias vitales, aptitudes y vulnerabilidades⁽⁹⁾; así como competencias en investigación, educación y capacitación⁽¹⁰⁾. Se ha demostrado que el hecho de que los profesionales en Psicología Paliativa carezcan de estas competencias, no sólo repercute de forma negativa en la calidad de los cuidados ofrecidos, sino que también afecta su bienestar, ya que pueden llegar a presentar sentimientos de frustración e incapacidad, estrés, desgaste ocupacional o desgaste por empatía⁽¹¹⁻¹³⁾.

En la literatura especializada, se identificaron algunos estudios que hacen referencia a programas de formación y/o capacitación que promueven las competencias clínicas esenciales para los psicólogos en Cuidados Paliativos y que no se obtienen en la formación de pre y posgrado^(4,14-16). Hay pocos programas de formación y/o capacitación que promuevan las competencias clínicas esenciales para los psicólogos en Cuidados Paliativos. Estas competencias no necesariamente se obtienen en la licenciatura o en alguna especialidad, por lo que, de acuerdo con Morgan et al.⁽¹⁷⁾ existe una brecha en la formación profesional. Al respecto, Ascencio⁽¹⁸⁾, Dodd et al.⁽¹⁹⁾ y Akechi et al.⁽²⁰⁾, mencionan que es evidente la necesidad de contar con programas o sistemas de formación profesional para desarrollar y fortalecer las competencias para los especialistas en Psicología en Cuidados Paliativos, sobre todo a partir del nivel 2 de acuerdo al Modelo de atención escalonada para los síntomas emocionales del *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE)⁽²¹⁾ y que incluye la detección, evaluación, intervención, consulta y derivación psicológica de los pacientes con síntomas o necesidades complejas.

Los programas de formación y educación en materia de Cuidados Paliativos deben iniciar con un análisis de la situación que incluya las necesidades de la población, los niveles de desarrollo y formación en cuidados paliativos y educación^(22,23). Por ello, un primer paso es contar con una herramienta que nos permita identificar Necesidades de Capacitación (conocimientos, habilidades y actitudes)^(24,25).

El objetivo del presente trabajo fue diseñar un Instrumento de Detección de Necesidades de Capacitación en Psicología de Cuidados Paliativos y analizar su validez y fiabilidad; que posteriormente nos permita diseñar un programa de capacitación para los psicólogos de cuidados paliativos.

2. Método

Se realizó un estudio prospectivo y transversal mediante una encuesta en línea para psicólogos que trabajan en Unidades/Servicios de Cuidados Paliativos en México. Se utilizó un muestreo por conveniencia.

El método y los resultados se muestran de acuerdo con la lista de comprobación para informar de los resultados de las encuestas electrónicas por Internet (CHERRIES)⁽²⁶⁾.

Participantes

Los criterios de inclusión fueron: profesionales de la Psicología titulados, que prestaban sus servicios profesionales en las unidades públicas de Cuidados Paliativos, en cualquiera de los 3 niveles de atención en salud en México. 160 personas contestaron el instrumento, sin embargo, se eliminaron 28 debido a que fueron contestadas por personas con a) una profesión diferente a la Psicología; b) que trabajaban para instituciones privadas y c) encuestas que no fueron contestadas en su totalidad. Por lo tanto, la muestra final estuvo integrada por 132 profesionales de la Psicología en Cuidados Paliativos.

Instrumento

Con base en la experiencia clínica y en la revisión de la literatura relacionada con la formación y capacitación a los profesionales de la salud en Cuidados Paliativos se desarrolló el *Instrumento de Detección de Necesidades de Capacitación* de los Profesionales de Psicología en Cuidados Paliativos (IDNCPsic-CP). Se utilizó la metodología establecida para la Detección de Necesidades de Capacitación, el Método de Encuesta Cualitativa y los cuestionarios de evaluación de conocimientos que establecen Meneses y Rodríguez⁽²⁷⁾ y Carretero y Pérez⁽²⁸⁾.

Se identificaron los principales procesos de trabajo y atención psicológica en Cuidados Paliativos y se realizó un análisis temático, definido por Braun y Clarke⁽²⁹⁾, como un método para el tratamiento de la información en investigación cualitativa, que permite identificar, organizar, analizar en detalle y reportar patrones o temas a partir de una cuidadosa lectura y re-lectura de la información recogida, para inferir resultados que propicien la adecuada comprensión e interpretación del fenómeno en estudio. Es así como se identificaron temas específicos de Psicología en Cuidados Paliativos que dieron lugar a la primera versión del IDNCPsic-CP. Este se dividió en cuatro áreas: 1) Procesos de atención clínica 2) relevancia de los temas para la

capacitación, 3) frecuencia con la que aplican las temáticas en la práctica clínica y 4) autoevaluación de habilidades profesionales.

Con la finalidad de obtener evidencia de la validez de contenido, esta primera versión fue sometida a juicio de expertos, en el que 21 profesionales de la Psicología de diferentes unidades de salud con y sin experiencia en Cuidados Paliativos, revisaron el instrumento, para asegurar que las preguntas fueran claras y pertinentes a lo que se pretendía evaluar. Se realizaron correcciones al instrumento con base en las observaciones emitidas por los expertos.

La versión final del IDNCPsic-CP quedó conformado por 122 reactivos; que en su formato virtual se dividió de la siguiente manera: 1) Características generales del profesional de la Psicología (3 reactivos), 2) Particularidades de la institución (4 reactivos), 3) Formación profesional y en cuidados paliativos (6 reactivos), 4) Características del proceso de atención (23 reactivos) 5) Disposición a la capacitación (2 reactivos), 6) listado de temas de Psicología en Cuidados Paliativos en donde los participantes evaluaron: Relevancia de temas para ser incluidos en la capacitación (39 reactivos), en donde el tipo de respuesta fueron del 0 (No es un tema que deba ser abordado en un programa de capacitación) a 3 (Es un tema relevante y que me interesa que incluyan en el programa de capacitación); Frecuencia con la que emplean ciertos temas en su práctica clínica diaria (35 reactivos), cuyas respuestas fueron del 0 (No es un tema que aborde en mi práctica diaria) a 3 (Es un tema que siempre abordo en mi práctica diaria) y Autoevaluación de habilidades profesionales en Psicología en Cuidados Paliativos (10 reactivos) con una puntuación en la respuesta que va de 0 (nada) al 10 (totalmente).

Procedimiento

El Instrumento DNCPsic-CP se cargó en Google forms® para generar el formato virtual y se distribuyó a través de jefes o responsables de los Servicios/Unidades de Cuidados Paliativos registrados en el Censo realizado por el Departamento de Cuidados Paliativos de la Dirección General de Educación en Salud de la Secretaría de Salud para que los especialistas en Psicología que laboran en estas unidades lo contestaran.

Se proporcionó a los participantes información general sobre el estudio, así como los objetivos del instrumento, explicando que su participación era voluntaria. A quienes aceptaron se les proporcionó el consentimiento informado de acuerdo con lo establecido por la Declaración de Helsinki, las Buenas Prácticas Clínicas y las Normas establecidas en la Ley General de Salud.

Las respuestas se capturaron automáticamente a través de la aplicación Google forms®.

3. Análisis de datos

Se utilizó estadística descriptiva, para las variables sociodemográficas, aspectos clínicos y características de la atención. Se calcularon frecuencias para las variables categóricas y de tendencia central y de dispersión para las variables continuas.

Para conocer la consistencia interna del Instrumento DNCPsic-CP se obtuvo el coeficiente de Alpha de Cronbach. Un coeficiente Alpha mayor de 0,7 fue considerado

confiable⁽³⁰⁾. La validez de constructo se obtuvo a través de los análisis factoriales tanto exploratorios (AFE) como confirmatorios (AFC).

Los AFE se efectuaron con el método máxima verosimilitud rotación Oblimin a partir del coeficiente de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett. El número de factores se determinó mediante el análisis paralelo de acuerdo con Lloret et al.⁽³¹⁾ y la fiabilidad se obtuvo mediante la consistencia interna (α de Cronbach) bajo la propuesta de Alexandre et al.⁽³²⁾: muy bajo ($\alpha < 0,30$), bajo ($0,30 < \alpha \leq 0,60$), moderado ($0,60 < \alpha \leq 0,75$), alto ($0,75 < \alpha \leq 0,90$), y muy alto ($\alpha > 0,90$).

Se efectuaron los AFE para probar los modelos factoriales y se obtuvieron los siguientes índices de ajuste: cociente χ^2/gl (CMIN/DF) cuyo valor < 3 indica un ajuste adecuado, los índices comparativos CFI (Comparative Fit Index) y NFI (Normed Fit Index), y los de proporción de varianza GFI (Goodness of Fit Index) y TLI: Tucker-Lewis Index, así como los de error: SRMR (Standardized Root Mean Square Residual) y RMSEA (Root Mean Square of Aproximation). Se efectuaron los cambios propuestos en los índices de modificación (Modification Indices, MI) a fin de mejorar el ajuste del modelo.

Los análisis se realizaron a través del paquete estadístico SPSS versión 23 y Amos Graphics versión 24.

4. Resultados

Datos sociodemográficos y profesionales de los participantes

Del total de 132 psicólogos el 81,9% fueron mujeres, con una edad promedio de 36,26 años, (DT=7,806), predominantemente de la región centro (54,5%) y la región sur y la Península de Yucatán (18,29%) en México, cuyo proveedor de salud fue predominantemente sin derecho habiencia (derecho de las personas a recibir servicios médicos en instituciones de salud públicas o privadas), como resultado de una prestación laboral⁽³³⁾, tanto del Programa Federal IMSS Prospera (48,5%) como la Secretaría de Salud a nivel Federal (22,7%) y Estatal (20,5%). La mitad labora en zona urbana (50%) y 41,7% en zona rural y con mayor proporción en el 1^{er} y 3^{er} nivel de atención (23,5% y 58,3% respectivamente).

Con respecto a su formación profesional los psicólogos encuestados tienen grado de licenciatura (33,3%) y maestría (36,4%), de los cuales el 22,0% realizan sus labores basándose en enfoques psicológicos específicos del área clínica y de la salud (17,4%). La mitad de los psicólogos encuestados cuentan con formación en Cuidados Paliativos (50,8%), realizada a través de un curso-taller (28,8%). El tiempo promedio de experiencia clínica fue de 9,57 años y 4,07 en la atención de pacientes terminales (Tabla 1).

La Tabla 2 muestra que los temas que los psicólogos consideran que es más relevante para la capacitación en psicología en Cuidados paliativos en una escala del 0 (No es un tema relevante) a 3 (Es un tema relevante y que me interesa que incluyan en el programa de capacitación); son: técnicas de intervención psicológica al paciente ($\bar{X}= 2,95$; DT=0,33). Escalas de evaluación psicológica al paciente ($\bar{X}= 2,93$; DT=0,25), proceso de afrontamiento y adaptación del paciente ante la enfermedad ($\bar{X}=2,93$; DT=0,27) y acompañamiento en la agonía y muerte ($\bar{X}= 2,92$; DT=0,27).

Los temas menos relevantes para la capacitación fueron: los trámites legales ante el fallecimiento del paciente ($\bar{x}=2,34$; $DT=0,83$); Historia, conceptos, principios de los CP ($\bar{x}=2,37$; $DT=0,77$), problemas digestivos: náusea, vómito, diarrea, estreñimiento ($\bar{x}=2,37$; $DT=0,78$) y problemas respiratorios: disnea ($\bar{x}=2,38$; $DT=0,75$).

Los aspectos temáticos que los psicólogos utilizan con mayor frecuencia en la práctica clínica fueron: Trastornos psiquiátricos: depresión, ansiedad, delirium, trastornos del sueño ($\bar{x}=2,59$; $DT=0,78$), Técnicas de intervención psicológica al paciente ($\bar{x}=2,48$; $DT=0,88$) e Intervención psicológica a la familia ($\bar{x}=2,44$; $DT=0,75$). Y los de menor frecuencia fueron: historia, conceptos y principios de Cuidados paliativos ($\bar{x}=1,26$; $DT=1,00$), problemas digestivos: náusea, vómito, diarrea, estreñimiento ($\bar{x}=1,37$; $DT=1,07$), marco normativo y jurídico de CP en México ($\bar{x}=1,3$; $DT=1,04$).

Tabla 1. Datos sociodemográficos y profesionales de la muestra (N=132)

Variable	n (%)	Variable	n (%)
Sexo		Posgrados (áreas)	
Mujer	108 (81,9)	Sin formación de posgrado	44 (33,3)
Hombre	24 (18,2)	Cuidados Paliativos y/o Tanatología	18 (13,6)
Entidad Federativa por región		Área Clínica y de la Salud	23 (17,4)
Región Norte y Noreste	19 (14,4)	Enfoques Psicológicos específicos	29 (22,0)
Región de Occidente	7 (5,3)	Otros	18 (13,6)
Región Centro	72 (54,5)	Enfoque teórico psicológico	
Región del Golfo	10 (7,6)	Cognitivo Conductual	81 (61,4)
Región de Sur y Península de Yucatán	24 (18,29)	Existencialista-Humanista	38 (28,8)
Proveedor de salud		Psicoanalista	5 (3,8)
Con derechohabencia* IMSS/ISSSTE	11 (8,3)	Sistémico	7 (5,3)
Sin derechohabencia* SS Federal	30 (22,7)	No respondió	1 (0,8)
Sin derechohabencia* SS Estatal	27 (20,5)	Formación en Cuidados Paliativos	
Sin derechohabencia* Programa Federal IMSS Prospera	64 (48,5)	Sin formación	65 (49,2)
Tipo de población rural /urbana		Con formación	67(50,8)
Rural	55 (41,7)	Nivel de Formación en Cuidados Paliativos	
Urbana	66 (50)	Maestría o Doctorado	3 (2,3)
No identificable	11 (8,3)	Curso – Taller	38 (28,8)
Nivel de atención		Curso Teórico	11 (8,3)
Primer nivel	31 (23,5)	Diplomado	9 (6,8)
Segundo nivel	77 (58,3)	Congreso	6 (4,5)

Variable	n (%)	Variable	n (%)
Tercer nivel	24 (18,2)	Edad (años) \bar{x} = 36,26; DT=7,806 Min=25 Max=66	
Grado de Estudios		Años de experiencia clínica (años)	
Licenciatura	44 (33,3)	\bar{x} = 9,57 DT=6,291, Min=0 Max=40	
Maestría	48 (36,4)	Años de experiencia en atención pacientes terminales (años)	
Doctorado	4 (3,0)	\bar{x} = 4,07, DT= 4,365, Min=0 Max=20	
Especialidad	8 (6,1)		
Diplomado	28 (21,2)		

*Derecho de las personas a recibir servicios médicos en instituciones de salud públicas o privadas, como resultado de una prestación laboral⁽³³⁾.

Tabla 2. Análisis descriptivo de la relevancia y frecuencia de las áreas temáticas en cuidados paliativos

Área temática de Psicología en Cuidados Paliativos (CP)	Evaluación sobre la relevancia del área temática	Frecuencia con la que utiliza el área temática
	Media* (DT)	Media* (DT)
Conceptos y principios básicos en CP	2,71 (0,64)	1,78 (1,09)
Historia, conceptos, principios de los CP	2,37 (0,77)	1,26 (1,00)
Marco Normativo y Jurídico de Cuidados Paliativos en México	2,65 (0,64)	1,39 (1,04)
Modelos de atención y funciones del equipo de Cuidados Paliativos	2,84 (0,42)	1,68 (1,06)
Criterios de inclusión para la atención en Cuidados Paliativos de pacientes y sus familiares	2,77 (0,52)	1,84 (1,11)
Historia clínica y valoración multidimensional en Cuidados Paliativos	2,80 (0,50)	1,85 (1,14)
La participación del psicólogo en Cuidados Paliativos	2,89 (0,40)	2,16 (0,98)
Dolor: fisiología, clasificación y tipos de dolor	2,77 (0,55)	1,68 (1,04)
Dolor total y sufrimiento	2,87 (0,40)	1,89 (1,07)
Problemas digestivos: Náusea, vómito, diarrea, estreñimiento	2,37 (0,78)	1,37 (1,07)
Problemas respiratorios: disnea	2,38 (0,75)	1,43 (1,08)
Problemas de alimentación: Caquexia, anorexia	2,56 (0,65)	1,58 (1,05)
Trastornos psiquiátricos: depresión, ansiedad, delirium, trastornos del sueño	2,93 (0,24)	2,59 (0,78)
Uso y abuso de opioides (opiofobia, adicción, afrontamiento químico, etc.)	2,71 (0,55)	1,61 (1,07)
Aspectos psicológicos del paciente en Cuidados Paliativos	2,95 (0,21)	2,18 (1,08)

Área temática de Psicología en Cuidados Paliativos (CP)	Evaluación sobre la relevancia del área temática	Frecuencia con la que utiliza el área temática
Escalas de evaluación psicológica al paciente	2,93 (0,25)	1,92 (1,08)
Proceso de afrontamiento y adaptación del paciente ante la enfermedad	2,93 (0,27)	2,34 (0,89)
Pérdidas en el paciente (duelo anticipatorio)	2,87 (0,41)	2,35 (0,96)
Técnicas de intervención psicológica al paciente	2,91 (0,33)	2,48 (0,88)
Acompañamiento en la agonía y muerte	2,92 (0,27)	2,20 (0,99)
Directrices anticipadas	2,64 (0,55)	1,60 (1,13)
Necesidades espirituales	2,75 (0,53)	2,12 (1,03)
Aspectos familiares en Cuidados Paliativos	2,84 (0,42)	2,09 (1,03)
Cuidador primario informal: conceptos generales y características	2,64 (0,73)	2,03 (1,09)
Síndrome de sobrecarga del cuidador primario: detección y manejo	2,74 (0,59)	2,21 (0,97)
Familia: dinámica, roles, genograma, etc.	2,59 (0,71)	2,03 (0,92)
Claudicación familiar	2,70 (0,59)	1,84 (1,07)
Intervención psicológica a la familia	2,87 (0,38)	2,44 (0,75)
Comunicación: paciente, familia y equipo de salud	2,84 (0,42)	2,31 (0,89)
Práctica ética y legal en el área psicosocial en Cuidados Paliativos	2,84 (0,44)	1,78 (1,07)
Trámites legales ante el fallecimiento del paciente	2,34 (0,83)	1,22 (1,18)
Aspectos éticos y Código Ético del Psicólogo	2,71 (0,59)	2,37 (0,88)
Derechos y obligaciones: paciente y profesionales de salud	2,73 (0,51)	2,12 (0,96)
Aspectos biomédicos en Cuidados Paliativos	2,71 (0,53)	
Acompañamiento a la familia en la agonía y muerte de su paciente	2,90 (0,31)	
Expediente clínico: Norma Oficial Mexicana		2,28 (0,90)
Investigación clínica		1,47 (1,12)
Voluntad anticipada		1,68 (1,17)

* rango de los puntajes: 0 -3; media teórica = 2,5

Con respecto a la autopercepción de las habilidades profesionales del psicólogo en cuidados paliativos se encontró que los participantes se sienten capaces de diagnosticar depresión, ansiedad, trastornos adaptativos entre otros en el paciente con enfermedad avanzada ($\bar{x}=8,28$), comunicarse efectivamente con el resto del equipo ($\bar{x}=8,27$) y proporcionar tratamiento psicológico en trastornos de ansiedad, depresión, y/o trastornos adaptativos entre otros en pacientes con enfermedad avanzada ($\bar{x}= 8,01$), sin embargo, se sienten menos capaces en identificar y manejar creencias y actitudes ante los opiáceos ($\bar{x}=6,61$), atender a un paciente con enfermedad avanzada ($\bar{x}=7,05$) y detectar problemas de atención psicosocial en la atención domiciliaria ($\bar{x}=7,15$), como se muestra en la Figura 1.

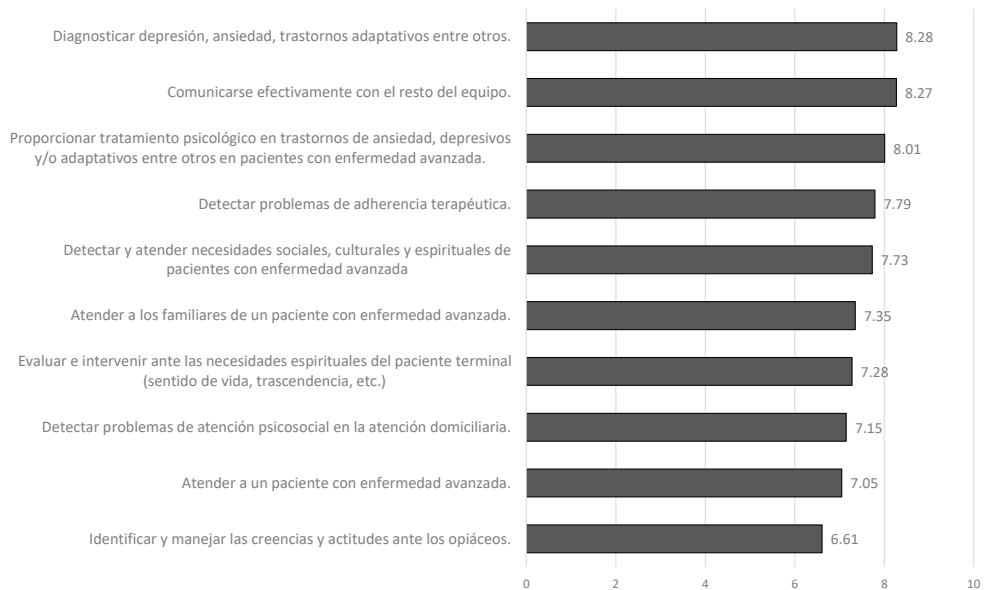


Figura 1. Medias de Autopercepción de Competencias Profesionales de los Psicólogos en Cuidados Paliativos

Análisis Factoriales Exploratorios (AFE)

Se efectuaron análisis por separado para cada una de las siguientes subescalas: Relevancia (temas que consideran relevantes para la capacitación de psicología en CP) (39 reactivos), frecuencia en las que las temáticas en Psicología en Cuidados Paliativos son utilizadas en la práctica clínica (35 reactivos) y autopercepción de las habilidades (10 reactivos). Para los análisis factoriales exploratorios, el conjunto de datos fue de 132 encuestas completas del IDNCPsic-CP.

Subescala de Relevancia

El análisis exploratorio reveló un valor Kaiser-Mayer-Olkin de 0,840 y $p < 0,001$, que indica la idoneidad del conjunto de reactivos para la investigación estadística mediante el análisis de componentes principales. Durante este proceso, se eliminaron 10 reactivos (R4, R6, R7, R9, R16, R20, R24, R26, R28 y R29) debido a que la saturación del ítem estuvo por debajo de 0,40

Los 29 reactivos se agruparon en siete factores: 1) Aspectos familiares, 2) Aspectos físicos, 3) Técnicas de intervención psicológica, 4) Conceptos generales, 5) Aspectos legales en Cuidados Paliativos, 6) Aspectos psicológicos y 7) Normativa en Cuidados Paliativos; con valores $> 1,0$ y que explican el 63,88% de la varianza (Tabla 3). El índice de consistencia interna obtenido para la Subescala de Relevancia fue $\alpha = 0,930$.

Tabla 3. Análisis factorial exploratorio de relevancia de temas psicológicos en cuidados paliativos

Reactivos	Factor						
	Aspectos familiares	Aspectos físicos	Técnicas de Intervención Psicológica en CP	Conceptos generales	Aspectos legales en CP	Aspectos psicológicos en CP	Normativa en CP
R31	Comunicación: paciente, familia y equipo de salud	0,651					
R32	Acompañamiento a la familia en la agonía y muerte de su paciente	0,485					
R25	Aspectos familiares en Cuidados Paliativos	0,428					
R12	Problemas digestivos: Náusea, vómito, diarrea, estreñimiento		0,864				
R13	Problemas respiratorios: disnea		0,841				
R14	Problemas de alimentación: Caquexia, anorexia		0,673				
R10	Dolor: fisiología, clasificación y tipos de dolor		0,600				
R21	Técnicas de intervención psicológica al paciente			0,656			
R11	Dolor total y sufrimiento			0,615			
R1	Conceptos y principios básicos en Cuidados Paliativos				0,847		
R2	Historia, conceptos, principios de los Cuidados Paliativos				0,719		
R5	Criterios de inclusión para la atención en Cuidados Paliativos de pacientes y sus familiares				0,634		
R27	Síndrome de sobrecarga del cuidador primario: detección y manejo				0,608		

Reactivos	Factor						
	Aspectos familiares	Aspectos físicos	Técnicas de Intervención Psicológica en CP	Conceptos generales	Aspectos legales en CP	Aspectos psicológicos en CP	Normativa en CP
R34			Trámites legales ante el fallecimiento del paciente		0,595		
R3			Marco Normativo y Jurídico de Cuidados Paliativos en México		0,579		
R33			Práctica ética y legal en el área psicosocial en Cuidados Paliativos		0,571		
R39			Voluntad anticipada		0,463		
R23			Directrices anticipadas		0,461		
R17			Aspectos psicológicos del paciente en Cuidados Paliativos			0,745	
R19			Proceso de afrontamiento y adaptación del paciente ante la enfermedad			0,699	
R18			Escalas de evaluación psicológica al paciente			0,654	
R15			Trastornos psiquiátricos: depresión, ansiedad, delirium, trast. del sueño			0,590	
R22			Acompañamiento en la agonía y muerte			0,493	
R37			Expediente clínico: Norma Oficial Mexicana				0,800
R35			Aspectos éticos y Código Ético del Psicólogo				0,677
R30			Intervención psicológica a la familia.				0,607
R36			Derechos y obligaciones: paciente y profesionales de salud				0,573
R38			Investigación clínica				0,458

Alpha de Cronbach total=0,930

Subescala de Frecuencia

La consistencia interna en la Subescala de Frecuencia de los temas de un total de 35 reactivos fue muy buena (alfa de Cronbach= 0,977). El análisis exploratorio de componentes principales reveló un valor Kaiser-Mayer-Olkin de 0,942 y $p < 0,001$; lo que indica la idoneidad del conjunto de reactivos para la investigación estadística mediante el análisis de componentes principales. Durante este proceso, se eliminaron 2 reactivos: F16 (Escala de evaluación psicológica al paciente) y F35 (Investigación clínica).

Se diferenciaron en 4 factores con valores de $> 1,0$ a través del método de rotación Oblimin con normalización Kaiser con 12 interacciones y que explican el 69,453% de la varianza (Ver Tabla 4).

Tabla 4. Análisis factorial exploratorio de la frecuencia de los temas en cuidados paliativos

Reactivos	Factores			
	Conceptos generales	Aspectos físicos	Intervenciones psicológicas	Aspectos éticos y legales
F5	Criterios de inclusión para la atención de pacientes y familias a Cuidados Paliativos	0,985		
F4	Modelos de atención y funciones del equipo de Cuidados Paliativos	0,902		
F1	Conceptos y principios básicos en Cuidados Paliativos	0,888		
F7	La participación del psicólogo en Cuidados Paliativos	0,849		
F6	Historia clínica y valoración multidimensional en Cuidados Paliativos	0,835		
F3	Marco Normativo y jurídico de Cuidados Paliativos en México	0,804		
F23	Aspectos familiares en Cuidados Paliativos	0,759		
F15	Aspectos psicológicos del paciente en Cuidados Paliativos	0,757		
F36	Voluntad anticipada	0,727		
F20	Acompañamiento a la familia en la agonía y muerte de su paciente	0,696		
F2	Historia, conceptos, principios de los Cuidados Paliativos	0,664		

Reactivos	Factores			
	Conceptos generales	Aspectos físicos	Intervenciones psicológicas	Aspectos éticos y legales
F30	Práctica ética y legal en el área psicosocial en Cuidados Paliativos	0,658		
F24	Cuidador primario informal: conceptos generales y características	0,629		
F31	Trámites legales ante el fallecimiento del paciente	0,612		
F27	Claudicación familiar, conspiración del silencio	0,606		
F25	Síndrome de sobrecarga del cuidador primario: detección y manejo	0,583		
F21	Directrices anticipadas	0,538		
F22	Necesidades espirituales	0,526		
F9	Dolor total y sufrimiento	0,426		
F11	Problemas respiratorios: disnea		0,850	
F10	Problemas digestivos: Náusea, vómito, diarrea, estreñimiento		0,843	
F12	Problemas de alimentación: Caquexia, anorexia		0,833	
F14	Uso y abuso de opioides (opiofobia, adicción, afrontamiento químico, etc.)		0,765	
F8	Dolor: fisiología, clasificación y tipos de dolor		0,521	
F19	Técnicas de intervención psicológica al paciente			0,645
F28	Intervención psicológica a la familia			0,616
F18	Pérdidas en el paciente (duelo anticipatorio)			0,596
F17	Proceso de afrontamiento y adaptación del paciente ante la enfermedad			0,522
F13	Trastornos psiquiátricos: depresión, ansiedad, delirium, trastornos del sueño			0,501
F26	Familia: dinámica, roles, genograma, etc.			0,439

Reactivos	Factores			Aspectos éticos y legales
	Conceptos generales	Aspectos físicos	Intervenciones psicológicas	
F29	Comunicación: paciente, familia y equipo de salud		0,430	
F33	Derechos y obligaciones: paciente y profesionales de salud			0,792
F32	Aspectos y Código éticos del psicólogo			0,773
F34	Expediente clínico: Norma Oficial Mexicana			0,548

Alpha de Cronbach 0,977

Subescala de Autopercepción de habilidades

La consistencia interna en la autopercepción de habilidades de un total de 10 reactivos fue muy buena (alfa de Cronbach = 0,945). El análisis exploratorio de componentes principales reveló un valor Kaiser-Meyer-Olkin de 0,886 y $p < 0,001$ lo que indica la idoneidad del conjunto de reactivos para la investigación estadística mediante el análisis de componentes principales.

Se identificó un solo factor con valores de $> 1,0$ a través del método de rotación Oblimin con normalización Kaiser con 5 interacciones y que explican el 66,160% de la varianza (Tabla 5).

Tabla 5. Análisis factorial exploratorio de la Autopercepción de habilidades

Número	Reactivos	Factor único
	Que tan capacitado se siente para:	
H1	Atender a los familiares de un paciente con enfermedad avanzada	0,874
H2	Diagnosticar depresión, ansiedad, trastorno adaptativo entre otros en el paciente con enfermedad avanzada	0,856
H3	Detectar y atender necesidades sociales, culturales y espirituales de pacientes con enfermedad avanzada	0,853
H4	Atender a un paciente con enfermedad avanzada	0,849
H5	Evaluar e intervenir ante las necesidades espirituales del paciente terminal (sentido de vida, trascendencia, etc.)	0,820
H6	Proporcionar tratamiento psicológico en trastornos de ansiedad, depresivos y/o adaptativos entre otros en pacientes con enfermedad avanzada	0,808
H7	Detectar problemas de adherencia terapéutica	0,805
H8	Identificar y manejar las creencias y actitudes ante los opiáceos	0,784
H9	Comunicarse efectivamente con el resto del equipo	0,762
H10	Detectar problemas de atención psicosocial en la atención domiciliaria	0,635

Alpha Total = 0,945

Análisis factoriales confirmatorios (AFC)

Una vez realizados los análisis factoriales de cada uno de los componentes del IDNCPsic-CP podemos concluir que el modelo teórico propuesto con relación al análisis de factor es adecuado para detectar las necesidades de capacitación en Psicología de Cuidados Paliativos, con base en los criterios sugeridos por Schreiber⁽³⁴⁾, se consideraron los siguientes indicadores y los respectivos puntos de corte para un buen ajuste: TLI > 0,95; CFI > 0,95; RMSEA < 0,08, y SRMR < 0,08 mostrando con diferencias significativas en la matriz de datos observados en la Tabla 6.

Tabla 6. Índices de ajuste del análisis factorial confirmatorio del IDNCPsic-PC

SubEscala	Factor	χ^2/gl	CFI	TLI	SRMR	RMSEA
Frecuencia		1,784	0,917	0,908	0,054	0,077
	Aspectos físicos	1,796	0,986	0,973	0,025	0,078
	Aspectos legales	1,572	0,985	0,974	0,031	0,066
Relevancia	Aspectos psicológicos	1,213	0,995	0,992	0,035	0,040
	Conceptos generales	1,604	0,984	0,974	0,030	0,068
Autopercepción de habilidades		1,519	0,994	0,987	0,023	0,063

5. Discusión

El malestar psicológico es prevalente entre las personas que viven con una enfermedad grave^(35,36). Sabemos que el apoyo psicosocial es crucial en los cuidados de este grupo de pacientes, pero si no existen definiciones operacionales claras de cómo identificar la necesidad de apoyo psicológico y cómo proporcionarlo, se corre el riesgo de infra diagnosticar y, por lo tanto, de no disminuir síntomas psicológicos⁽¹⁴⁾.

En México, el personal de salud mental que suele prestar sus servicios profesionales en los diferentes servicios de cuidados paliativos públicos en general tiene formación en Psicología y/o Tanatología y gran parte de estos profesionales no se dedican exclusivamente a estos servicios, sino que comparten con otras áreas de Psicología de la Salud insertadas en las instituciones.

Cada área de especialización dentro de la Psicología requiere conocimiento y habilidades específicas y cuando un psicólogo está incorporado en una institución para la atención de una enfermedad, requiere desarrollar propuestas de trabajo de alta calidad, con líneas claras de intervención que permitan retroalimentar y mejorar dichos programas⁽³⁷⁾. El currículo de licenciatura en Psicología de las diferentes universidades no suele incluir formación en Cuidados Paliativos, por lo que, en muchos países los psicólogos realizan intervenciones que no son específicas para esta área o deben recibir una formación clínica adicional si quieren capacitarse en este tema.

Ante la falta de información en México con respecto a la atención que los profesionales de Psicología en Cuidados Paliativos realizan en su práctica clínica, el grado de conocimientos y el tipo de habilidades/capacidades que estos profesionales

tienen con relación a temas de atención en Cuidados Paliativos, nos dimos a la tarea de diseñar y aplicar un instrumento que pudiera recopilar la información sobre el grado de conocimientos, capacidades y necesidades de capacitación de los profesionales de la Psicología que se encuentran prestando sus servicios profesionales en algún centro de Cuidados Paliativos en México. La herramienta de evaluación fue nombrada “Instrumento de detección de necesidades de capacitación de los Profesionales de Psicología en Cuidados Paliativos (IDNCPsic-PC) y se diseñó con el objetivo de detectar de necesidades de capacitación y poder instaurar programas de capacitación adecuados, específicos y centrados en las necesidades reales de los psicólogos en cuidados paliativos, que genere un impacto favorecedor en pacientes que se encuentran en cuidados paliativos y sus familias y evitar con ello gastos innecesarios un cursos que no incidan realmente en lo que se requiere capacitar a estos profesionales.

Se planteó que el instrumento incluyera diferentes partes, las primeras se refirieron a las características del psicólogo, de su centro de atención, su proceso de atención y las siguientes -que fueron objeto de los análisis estadísticos-, se refirieron a los temas que consideraron *relevantes* en su quehacer diario, la *frecuencia* con la que los aplican y la *percepción de sus capacidades*.

De lo obtenido en las primeras cinco partes, se puede concluir que una alta proporción de los profesionistas del área que respondieron la encuesta se concentraban en la Ciudad de México, Estado de México y otras áreas metropolitanas. La mayoría de los encuestados tenía estudios de licenciatura y aplicaba en su práctica diaria el enfoque Cognitivo-Conductual. Aproximadamente la mitad de los encuestados tenía alguna formación adicional en Cuidados Paliativos (algún curso o taller) y con promedio de 4 años de práctica clínica con personas con necesidades paliativas.

Además de los rubros previamente descritos, el IDNCPsic-PC contiene una serie de ítems que indagan sobre qué temas son considerados necesarios dentro de la práctica clínica y relevantes para desarrollarse en una capacitación para profesionales de la Psicología Paliativa. A este grupo de ítems los denominamos *Relevancia* de los temas. En el análisis factorial exploratorio se obtuvieron 7 factores y en el confirmatorio 4 factores que fueron nombrados:

- 1) *Aspectos psicológicos* (en donde consideraron más importante conocer acerca de los procesos de afrontamiento y adaptación, la evaluación e intervención psicológica al paciente y el acompañamiento en la agonía y muerte).
- 2) *Aspectos físicos* (que incluye la presencia de los diferentes problemas físicos presentes en una persona que se encuentra en cuidados al final de la vida). Dichos aspectos fueron considerados en promedio como los menos relevantes de dominar por el personal de psicología.
- 3) *Aspectos éticos y legales* (que incluyen el conocimiento del expediente clínico, de códigos éticos, derechos y obligaciones, trámites legales, la necesidad de incluir en la intervención a la familia, así como la investigación clínica).
- 4) *Aspectos generales* que funcionan como contexto y que incluyen temas de historia, conceptos básicos y voluntad anticipada.

Respecto de los ítems que evaluaron la *frecuencia* con la que utilizaban dichos temas en su práctica diaria, se agruparon en cuatro factores:

- 1) *Conceptos generales* (que incluye ítems de una amplia gama de temas que van desde conceptos básicos hasta conocimientos en temas muy específicos como directrices anticipadas o trámites legales). En este apartado, los temas

que reportaron que menos requirieron para la práctica diaria fueron el marco normativo y jurídico de Cuidados Paliativos en México (probablemente porque muchos lo desconocen) y los Conceptos y principios básicos en cuidados paliativos.

- 2) *Aspectos físicos* (entre los que los problemas digestivos y la anorexia fueron reportados como conocimientos menos frecuentemente utilizados).
- 3) *Intervenciones psicológicas* (en este rubro los conocimientos acerca de la identificación e intervención en síntomas psicológicos/psiquiátricos fue el área que se percibió como más frecuentemente utilizada, seguido por duelo anticipatorio y comunicación).
- 4) *Aspectos éticos y legales* (constituido solo por tres ítems).

En el grupo de ítems denominado *percepción de habilidades*, se pretende comprender el grado de competencia percibido por los especialistas en Psicología de Cuidados Paliativos en cada una de las áreas planteadas. El análisis factorial arrojó un solo factor que incluye a todos los ítems. Los profesionales se perciben altamente competentes en temas relacionados con el diagnóstico y tratamiento de síntomas psicológicos, pero conforme los temas se van tornando más específicos, -como en el caso de la identificación de creencias y actitudes ante los opiáceos-, la percepción de competencias va disminuyendo.

Es importante destacar que en el análisis factorial exploratorio se obtuvieron adecuados índices de consistencia interna de las 3 subescalas que conforman la IDNCPsic-CP para relevancia fue $\alpha = 0,930$, para frecuencia fue de $0,977$ y para autopercepción de habilidades $\alpha = 0,945$. Y en el AFC los indicadores mostraron un buen ajuste $TLI > 0,95$; $CFI > 0,95$; $RMSEA < 0,08$, y $SRMR < 0,08$, por lo cual se considera un instrumento que cumple con las propiedades psicométricas adecuadas para identificar necesidades de capacitación en los profesionales de la Psicología en Cuidados Paliativos.

Hoy en día, los profesionales de la salud buscan actualizarse y prepararse cada vez más, por lo que existe una proliferación de cursos que en muchas ocasiones no llegan al personal apropiado o cumplen con objetivos de entrenamiento reales y que impacten directa y positivamente sobre las personas con necesidades paliativas. Esto se presenta porque previo a proporcionar cursos no se realiza una recolección metódica de información respecto de las necesidades de entrenamiento o capacitación⁽³⁸⁾. El trabajo que presentamos busca ofrecer una herramienta de detección de necesidades de formación entre los psicólogos paliativistas, pero también sentar las bases de la investigación respecto a la capacitación estandarizada y profesional de quienes se encargan de las necesidades psicológicas de una población altamente vulnerable dado sus condiciones de salud.

No obstante, el estudio realizado no está exento de limitaciones. El instrumento que planteamos únicamente se dirige a comprender la visión del quehacer diario del profesional de la Psicología, pero no considera la visión de quienes coordinan las unidades o de los tomadores de decisiones que influyen en la implementación de políticas públicas y el diseño curricular en las instituciones educativas, ni tampoco el punto de vista de los pacientes y sus familias. Por lo que un amalgamamiento de estas perspectivas es deseable para poder tener una visión más amplia de las necesidades de capacitación, aclarar objetivos de trabajo, y lograr así un mayor alcance.

6. Conclusiones

El IDNCPsic-PC ofrece información respecto de las necesidades de capacitación de aquellos psicólogos que están trabajando con personas atendidas en cuidados paliativos, abarcando dos necesidades significativas: investigación y práctica clínica de la Psicología Paliativa; ya que por una parte permite la identificación del estado actual de la atención psicológica en un gran número de centros de atención paliativa en México, al tiempo que ofrece un panorama de las necesidades de capacitación entre los psicólogos que brindan atención a personas con necesidades paliativas.

El Instrumento completo, así como sus subescalas, mostraron una alta coherencia entre las respuestas de sus reactivos, esto se refleja en un alto valor de consistencia interna. Esta alta consistencia interna indica que los ítems del instrumento están midiendo de manera confiable el mismo concepto o constructo relacionado con las necesidades de capacitación en cuidados paliativos según la perspectiva de los psicólogos. Es un buen indicador de la confiabilidad y consistencia de los resultados obtenidos.

Después de realizar los ajustes necesarios tras el AFC, los índices obtenidos en el AFC mostraron un buen ajuste del modelo, esto indica que el modelo propuesto en el IDNCPsic-PC se ajusta adecuadamente a los datos recopilados. Un buen ajuste del modelo en el AFC sugiere que las relaciones entre las variables medidas son consistentes con las expectativas teóricas o hipótesis planteadas. Esto fortalece la validez y fiabilidad del instrumento, para que pueda ser considerado una herramienta útil y confiable para identificar las necesidades de capacitación en cuidados paliativos para los psicólogos.

7. Agradecimientos

Los autores agradecen el apoyo a la Psic. Aidé Vázquez Gutiérrez quien colaboró con la captura del Instrumento en Google Forms® y en la recolección de los datos en SPSS.

8. Referencias bibliográficas

1. Cuidados paliativos [Internet]. [Acceso 18 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Fan SY, Lin WC, Lin IM. Psychosocial care and the role of clinical psychologists in palliative care. *Am J Hosp Palliat Care* 2015; 32: 861–8. <https://doi.org/10.1177/104990911454349>
3. Lyon ME. Palliative care policy: Psychology's role: (515452017-001) [Internet]. 2017. [acceso 1 de junio de 2023]. [Acceso 18 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.apa.org/pi/aging/programs/policy.pdf>
4. O'Malley K, Blakley L, Ramos K, Torrence N, Sager Z. Mental healthcare and palliative care: Barriers. *BMJ Support Palliat Care* 2021; 11:138-44. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2019-001986>.
5. Hoerger M, Ramos K, Ellington L, Perry LM, Pollak KI, Porter LS. Organizing psychologists, behavioral scientists, and allied professionals: Formation of the Society of Behavioral Medicine's Palliative Care Special Interest Group. *J Pain Symptom Manage* 2019;58(4): e10-e11. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.06.002>.

6. Jünger S, Payne S. Guidance on postgraduate education for psychologists involved in palliative care. *Eur J Palliat Care* 2011; 18:238-52. [Acceso 18 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/281380970_Guidance_on_postgraduate_education_for_psychologists_involved_in_palliative_care
7. Molinari V, Edelstein B, Gibson R, Lind L, Norris M, O'Shea Carney K, Bush SS, Heck AL, Moye J, Gordon BH, Hiroto K. Psychologists in Long-Term Care (PLTC) guidelines for psychological and behavioral health services in long-term care settings. *Prof Psychol Res Pr* 2021;52:34-45. <https://doi.org/10.1037/pro0000298>.
8. Gryscek G, Machado DA, Otuyama LJ, Goodwin C, Lima MCP. Spiritual coping and psychological symptoms as the end approaches: a closer look on ambulatory palliative care patients. *Psychol Health Med*. 2020;25:426-33. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.164088>
9. Shalev D, Rosenberg LB, Brenner KO, Seaton M, Jacobsen JC, Jackson VA. Foundations for psychological thinking in palliative care: frame and formulation. *J Palliat Med* 2021;24:1430-5. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0256>.
10. Brenner KO, Rosenberg LB, Cramer MA, Jacobsen JC, Applebaum AJ, Block SD, et al. Exploring the psychological aspects of palliative care: lessons learned from an interdisciplinary seminar of experts. *J Palliat Med* 2021;24:1274-9. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0224>
11. Azeredo NSG, Rocha CF, Carvalho PARA. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de medicina. *Rev Bras Educ Méd*. 2011; 35:37-43. [Acceso 18 de mayo de 2023]. Disponible en: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?pid=S1981-52712011000100006&script=sci_abstract&tlng=pt
12. Gómez-Gascón T, Martín-Fernández J, Gálvez-Herrer M, Tapias-Merino E, Beamud-Lagos M, Mingote-Adán JC; Grupo EDESPROAP-Madrid. Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Fam Pract* 2013;14:173. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-173>.
13. Pereira J, Meadows L, Kljucic D, Strudsholm T. Do learners implement what they learn? Commitment-to-change following an interprofessional palliative care course. *Palliat Med* 2022;36:866-77. <https://doi.org/10.1177/02692163221081329>.
14. Schmidt-RioValle J, Montoya-Juarez R, Campos-Calderon CP, Garcia-Caro MP, Prados-Peña D, Cruz-Quintana F. Efectos de un programa de formación en cuidados paliativos sobre el afrontamiento de la muerte. *Medicina Paliativa* 2012;19:113-20. [Acceso 18 de mayo de 2023]. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-pdf-S1134248X11000127>
15. Kozlov E, Niknejad B, Reid MC. Palliative care gaps in providing psychological treatment: a review of the current state of research in multidisciplinary palliative care. *Am J Hosp Palliat Care* 2018;35:505-10. <https://doi.org/10.1177/1049909117723860>.
16. Ascencio L. Programa educativo sobre muerte y cuidados paliativos en los profesionales de la salud. *Psicooncología* 2019; 16: 177-89. <https://doi.org/10.5209/PSIC.63654>
17. Morgan DD, Rawlings D, Moores CJ, Button L, Tieman JJ. The changing nature of palliative care: implications for allied health professionals' educational and training needs. *Healthcare (Basel)* 2019;7:112. <https://doi.org/10.3390/healthcare7040112>.
18. Ascencio L. Análisis situacional de los psicólogos de cuidados paliativos. *Psicooncología* 2020;17:357-73. <https://doi.org/10.5209/psic.71362>
19. Dodd A, Guerin S, Delaney S, Dodd P. Complicated grief knowledge, attitudes, skills, and training among mental health professionals: A qualitative exploration. *Death Stud* 2022;46:473-84. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1741048>

20. Akechi T, Ito Y, Ogawa A, Kizawa Y. Essential competences for psychologists in palliative cancer care teams. *Jpn J Clin Oncol* 2021;51:1587-94. <https://doi.org/10.1093/jjco/hyab133>.
21. NICE. Guidance on improving supportive and palliative care in adults with cancer [Website], 2004. [Acceso 18 de mayo de 2023]- Disponible: <https://www.nice.org.uk/guidance/csg4/resources/improving-supportiveand-palliative-care-for-adults-with-cancer-pdf-773375005>
22. Gómez-Batiste X, Connor S, eds. Building integrated Palliative Care Programs and Services. WHO Collaborating Centre Public Health Palliative Care Programmes. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance“la Caixa” Banking Foundation Eumo Editorial: Cataluña, España, 2017.
23. Stoltenberg M, Spence D, Daubman BR, Greaves N, Edwards R, Bromfield B, Perez-Cruz PE, Krakauer EL, Argentieri MA, Shields AE. The central role of provider training in implementing resource-stratified guidelines for palliative care in low-income and middle-income countries: Lessons from the Jamaica Cancer Care and Research Institute in the Caribbean and Universidad Católica in Latin America. *Cancer* 2020;126 Suppl 10:2448-57. <https://doi.org/10.1002/cncr.32857>.
24. Rothwell WJ, Kazanas HC. Mastering the instructional design process: A systematic approach. John Wiley & Sons; 2011.
25. Ugueto M y Cardozo N. La Gestión de Recursos Humanos por Competencias. Fondo Editorial UNET. San Cristóbal. Venezuela, 2014.
26. López-Rodríguez JA. Declaración de la iniciativa CHERRIES: adaptación al castellano de directrices para la comunicación de resultados de cuestionarios y encuestas online [Improving the quality of Spanish web surveys: Spanish adaptation of the checklist for reporting results of internet e-surveys (CHERRIES) to the Spanish context]. *Aten Primaria*. 2019 Nov;51(9):586-589. Spanish. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2019.03.005>.
27. Meneses J, Rodríguez-Gómez D. El cuestionario y la entrevista. 22 de septiembre de 2011.[Acceso 18 de mayo de 2023]- Disponible en: <https://femrecerca.cat/meneses/publication/cuestionario-entrevista>
28. Carretero-Dios H. Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *Inter J Clin Health Psychol* 2005;5: 521-51. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/337/33705307.pdf>
29. Braun V y Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualit Res Psychol* 2006; 3: 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
30. Nunnally JC. An Overview of psychological measurement. En: Wolman BB, editor. *Clinical diagnosis of mental disorders: a handbook* [Internet]. Boston, MA: Springer US; 1978. p. 97-146.https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2490-4_4
31. Lloret-Segura Susana, Ferreres-Traver Adoración, Hernández-Baeza Ana, Tomás-Marco Inés. El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anal. Psicol* 2014; 30: 1151-69. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>.
32. Alexandre NMC, Gallasch CH, Lima MHM, Rodrigues RCM. A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 30º de setembro de 2013 [citado 11 de julio de 2023];15:800-7. Disponible en: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20776>
33. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía (INEGI). Glosario. Estadísticas Sociodemográficas. Censo de Población y Vivienda. 2023 <https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=ENOE15>

34. Schreiber JB. Core reporting practices in structural equation modeling. *Res Social Adm Pharm* 2008;4:83-97. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2007.04.003>.
35. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, Meader N. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol* 2011;12:160-74. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(11\)70002-X](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(11)70002-X).
36. Yohannes AM, Willgoss TG, Baldwin RC, Connolly MJ. Depression and anxiety in chronic heart failure and chronic obstructive pulmonary disease: prevalence, relevance, clinical implications and management principles. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010;25:1209-21. <https://doi.org/10.1002/gps.2463>.
37. Piña López, Julio Alfonso, Sánchez-Bravo, Claudia, García-Cedillo, Ismael, Ybarra Sagarduy, José Luís y García Cadena Cirilo H. . *Psicología y salud en México: algunas reflexiones basadas en el sentido común y la experiencia*. Diversitas: Perspectivas en Psicología. 2013;9:347-60.[Acceso 11 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67932397008>
38. Hicks C, Hennessy D, Barwell F. Development of a psychometrically valid training needs analysis instrument for use with primary health care teams. *Health Serv Manage Res* 1996;9:262-72. <https://doi.org/10.1177/095148489600900406>.