

Competencias en cuidados paliativos entre los estudiantes de medicina

Úrsula Bueno do Prado Guirro^{1,3}, Carla Corradi Perini², Luís Otávio Zatorre Fileno¹, Gustavo Belam Fioravanti¹, José Eduardo de Siqueira²

1. Universidade Federal do Paraná, Curitiba/PR, Brasil. 2. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba/PR, Brasil. 3. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", São Paulo/SP, Brasil.

Resumen

Las competencias son un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que debe adquirir el profesional para desempeñar una actividad laboral. Este estudio pretende evaluar las competencias en cuidados paliativos entre los estudiantes de medicina matriculados en el grado de medicina en Brasil. Todos los inscritos recibieron invitación a participar y completaron la Palliative Competence Tool. Los datos obtenidos se calcularon en puntuaciones entre 0 y 100 y se compararon entre las diez competencias y los ciclos académicos. Los resultados mostraron cuatro patrones; el más frecuente fue la reducción de la puntuación entre los estudiantes de ciclos básico e intermedio, con recuperación parcial en las prácticas. Solo la competencia ética y la toma de decisiones presentaron una alta puntuación en las prácticas. Sigue siendo débil la adquisición de competencias en cuidados paliativos en medicina. La adopción de nuevas estrategias de enseñanza puede mejorar la adquisición de las competencias en el futuro.

Palabras clave: Cuidados paliativos. Educación médica. Competencia profesional.

Resumo

Competências em cuidados paliativos entre estudantes do curso de medicina

Competências foram definidas como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que um profissional deverá adquirir para exercer determinada atividade de trabalho. O objetivo deste estudo foi avaliar as competências em cuidados paliativos entre os estudantes matriculados em um curso de medicina brasileiro. Todos os estudantes matriculados foram convidados para participar e preencheram a ferramenta Palliative Competence Tool. Os dados obtidos foram calculados em escores entre zero e 100 e comparados entre as dez competências e os ciclos acadêmicos. Os resultados mostraram quatro padrões, sendo o mais frequente a redução dos escores entre estudantes dos ciclos básico e intermediário, com recuperação parcial no estágio. Apenas a competência ética e tomada de decisão mostrou elevação no estágio. Concluiu-se que a aquisição de competências em cuidados paliativos na graduação médica ainda é frágil. Novas estratégias de ensino poderão ser adotadas com intenção de aprimorar a aquisição de competências no futuro.

Palavras-chave: Cuidados paliativos. Educação médica. Competência profissional.

Abstract

Palliative care competencies among medical students

Competencies have been defined as the set of knowledge, skills and attitudes that a professional should acquire to perform a certain work activity. This study aimed to assess competencies in palliative care among students enrolled in a Brazilian medical course. All enrolled students were invited to participate and answer the Palliative Competence Tool. The data obtained were calculated in scores between zero and 100 and compared between the ten competencies and academic cycles. The results showed four patterns, the most frequent being a reduction in scores among students in the basic and intermediate cycles, with partial recovery in the internship. Only ethical competence and decision-making increased in the internship. It was concluded that the acquisition of palliative care competencies in undergraduate medical education remains fragile. New teaching strategies could be adopted to improve their acquisition in the future.

Keywords: Palliative care. Education, medical. Professional competence.

Los cuidados paliativos constituyen un *plan-teamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) 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. Se estima que 40 millones de personas necesitan CP en todo el mundo, pero solo el 14% logra recibirlos. Una de las barreras para mejorar la calidad de la asistencia paliativa es la falta de formación y de sensibilización de los profesionales de salud sobre este tema^{1,2}.

Dada la necesidad de asistencia médica en CP, el tema se está insertando gradualmente en la educación médica, ya sea por medio de asignatura o de prácticas profesionales, o como parte del contenido en áreas relacionadas, pero no siempre como formación obligatoria en el currículo médico³⁻⁷. De los 54 países europeos, solo en nueve era obligatorio el contenido⁸; en Estados Unidos, 43 de 51 escuelas evaluadas incluían el tema⁵. En Brasil, solo 14 cursos contaban con una asignatura que abordaba el tema en el plan de estudios en el 2018⁹ y, en el 2020, de los 191 servicios enumerados, el 37,2% estaba relacionado con la educación de grado¹⁰.

La docencia tiene la misión de formar profesionales competentes, con saberes técnicos, habilidades para realizar actividades y actitudes coherentes con su deber profesional. En ese contexto, las competencias se definieron como el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que debe adquirir un profesional para desempeñar una determinada actividad. Además pueden medirse según un estándar de buen desempeño profesional y mejorarse con capacitación y desarrollo^{11,12}. El papel de la educación médica va más allá de incluir asignaturas en un plan de estudios: se trata de transformar personas en médicos competentes¹¹⁻¹⁵.

Las competencias de CP fueron descritas por Meekin y colaboradores¹⁶ y fueron mejoradas por Gamondi, Larkin y Payne^{13,14}, y consisten en:

1. Aplicar los componentes básicos de los CP, en el entorno adecuado y más seguro para los enfermos y las familias;
2. Aumentar el confort físico durante las trayectorias de enfermedad de los pacientes;
3. Satisfacer las necesidades psicológicas de los enfermos;

4. Satisfacer las necesidades sociales de los enfermos;
5. Satisfacer las necesidades espirituales de los enfermos;
6. Responder a las necesidades de los cuidadores familiares con relación a los objetivos del cuidado a corto, mediano y largo plazo;
7. Responder a los desafíos de la toma de decisiones clínicas y éticas en CP;
8. Implementar la coordinación integral del cuidado y el trabajo de un equipo interdisciplinario en todos los contextos en los que se ofrecen CP;
9. Desarrollar competencias interpersonales y de comunicación adecuadas a los CP;
10. Promover el autoconocimiento y el desarrollo profesional continuo.

Los estudiantes de medicina y los médicos recién graduados o con experiencia relataron que no se sienten preparados —ni competentes— para atender a pacientes con necesidades paliativas. Además, demostraron angustia emocional, falta de conocimiento para manejar los síntomas, comunicación frágil para acoger a los pacientes o familiares e incertidumbre sobre si eran cualificados^{4,17-21}.

El Palliative Competency Tool (PalliComp) es un instrumento de investigación desarrollado y validado en portugués para evaluar las competencias médicas en CP en el nivel de abordaje, es decir, no especializado. Los estudios de validación mostraron correlación adecuada, patrones compactos y poca dispersión, con consistencia interna adecuada para la propuesta. Tras la validación, se debe realizar la primera aplicación del instrumento a mayor escala²².

El objetivo de este estudio fue evaluar las competencias en CP entre los estudiantes de un curso de medicina brasileño utilizando el instrumento PalliComp y discutir los resultados a la luz de la bioética y de la educación médica.

Método

Se invitó a participar en este estudio a todos los estudiantes mayores de edad y matriculados en la carrera de medicina de la Universidade Federal do Paraná (UFPR), un total de 1.080 individuos. Recibieron orientación sobre los riesgos y beneficios y quienes aceptaron participar firmaron un consentimiento libre, previo e informado. La recopilación de datos tuvo lugar entre mayo y junio del 2019.

La participación fue voluntaria y los investigadores programaron un horario con cada clase. De manera individual, anónima y sin consultar fuentes bibliográficas, los participantes respondieron preguntas sobre datos demográficos y el instrumento de investigación PalliComp²². El tiempo de participación fue de hasta 30 minutos.

El instrumento de investigación PalliComp²² utilizado cuenta con 24 afirmaciones, correctas e incorrectas, y las respuestas se señalan en una escala tipo Likert de cinco puntos (“Estoy totalmente de acuerdo”, “Estoy de acuerdo”, “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, “No estoy de acuerdo” y “Totalmente en desacuerdo”). Los datos obtenidos se ingresaron en una hoja de cálculo electrónica, se revisaron y se sometieron a un estudio estadístico en el software R, versión 3.6.1. Solo se excluyeron los cuestionarios con cumplimentación incompleta.

Cada ítem recibió la puntuación: +1 (completamente correcto), +0,5 (correcto), 0 (alternativa neutral), -0,5 (incorrecto) y -1 (completamente incorrecto). Se prestó atención a la corrección de enunciados intencionalmente incorrectos, que presentaron puntuación invertida y se agruparon por competencias y suma general. Las puntuaciones se calcularon mediante la fórmula $-(\text{variable} - \text{nota mínima}) \div$

(nota máxima - nota mínima)— y se transformaron en una escala de 0 a 100.

Los datos que caracterizan la muestra se describieron por frecuencia absoluta y relativa, media y desviación estándar y se compararon por medio de las pruebas de chi-cuadrado y Kruskal-Wallis. Las puntuaciones se compararon según los ciclos académicos —ciclos 1 (del 1.º al 4.º semestre), 2 (del 5.º al 8.º) y 3 (del 9.º al 12.º)— mediante las pruebas de Kruskal-Wallis y Conover para comparaciones múltiples. Las puntuaciones de los participantes que asistieron o no a la asignatura opcional de CP se evaluaron mediante la prueba U de Mann-Whitney.

Resultados

Aceptaron participar en el estudio 706 estudiantes (65,4% de los matriculados), el 35,4% de los cuales del ciclo 1; el 35,7% del ciclo 2; y el 28,9% del ciclo 3. Los datos demográficos que caracterizan la muestra se describen en la Tabla 1.

El desempeño de los participantes, medido por puntuaciones, se describe en la Tabla 2. La competencia general, comparada por ciclos, no mostró diferencia estadísticamente significativa.

Tabla 1. Datos demográficos

	Muestra N=706	Ciclo 1 n=250	Ciclo 2 n=252	Ciclo 3 n=204	Valor p
Sexo					
Mujer	365 (51,7%)	131 (52,4%)	129 (51,2%)	105 (51,5%)	0,91 [#]
Hombre	341 (48,3%)	119 (47,6%)	123 (48,8%)	99 (48,5%)	
Edad					
Media ± DP	22,9±3,0	21,3±3,0	23,0±1,1	24,7±1,0	<0,001 ^{&}
Asistió a la asignatura de cuidados paliativos					
Sí	65 (9,3%)	2 (0,8%)	20 (7,9%)	43 (21,1%)	0,01 [#]
No	641 (90,7%)	248 (99,2%)	232 (92,1%)	161 (78,9%)	

DE: desviación estándar; #: prueba de chi-cuadrado; &: prueba de Kruskal-Wallis

Tabla 2. Desempeño de los estudiantes, agrupado por ciclos y competencias

	Muestra n=706	Ciclo 1 n=250	Ciclo 2 n=252	Ciclo 3 n=204	Valor p
Competencias					
Competencia 1	65,3±21,3	66,3±21,8	63,2±21,5	66,4±20,2	0,21
Competencia 2	53,1±20,7	57,9±21,5	47,7±18,9	54,0±20,2	<0,001 ^{a,b,c}
Competencia 3	66,0±17,0	68,6±16,4	64,4±16,5	64,8±17,9	<0,01 ^{a,c}

continúa...

Tabla 2. Continuación

	Muestra n=706	Ciclo 1 n=250	Ciclo 2 n=252	Ciclo 3 n=204	Valor p
Competencia 4	68,7±15,9	68,4±15,1	68,9±17,1	68,8±15,3	0,87
Competencia 5	73,6±18,5	75,0±17,8	71,1±19,1	74,7±18,4	0,06
Competencia 6	77,6±20,3	79,4±19,1	74,0±21,2	79,7±20,1	0,003 ^{a,b}
Competencia 7	73,6±18,5	71,1±18,2	73,7±19,3	76,6±17,3	0,004 ^c
Competencia 8	61,6±19,4	64,7±19,7	57,6±17,7	62,8±20,3	<0,001 ^{a,b}
Competencia 9	53,9±25,0	56,9±25,7	47,3±24,1	58,5±23,6	<0,001 ^{a,b}
Competencia 10	71,4±22,7	74,1±22,9	64,9±23,0	75,9±20,2	<0,001 ^{a,b}
General	66,5±19,9	68,5±19,4	64,7±19,2	67,6±20,2	0,23

a: diferencia entre los ciclos 1 y 2; b: diferencia entre los ciclos 2 y 3; c: diferencia entre los ciclos 1 y 3

Nota: Prueba de Kruskal-Wallis y prueba de Conover para comparaciones múltiples de muestras independientes

Discusión

La educación es importante para el progreso de las personas y de toda la sociedad y, según Delors y colaboradores, está *al servicio de un desarrollo humano más armónico y auténtico*²³. En el ámbito de la salud, los múltiples avances científicos han traído nuevas posibilidades de supervivencia para los pacientes enfermos, y el proceso de enfermar y morir se ha prolongado para los pacientes, por lo que los CP son cada vez más necesarios para mejorar la calidad de vida a lo largo de la enfermedad²⁴.

La adquisición de competencias es compleja y depende de la calidad y de la forma en que se presentó el contenido, del escenario al que se expuso el estudiante, de las relaciones que se establecen entre docente y estudiante, del currículo oculto y de la importancia que tiene el tema para la sociedad^{12,15,25-27}. Así, se entiende que la adquisición de competencias no es tarea de una asignatura académica aislada en los estudios de grado.

Al evaluar la adquisición de competencias, es fundamental valorar si los estudiantes —o los futuros médicos— están adquiriendo lo necesario para el ejercicio de la medicina y, con base en ello, aportar mejoras. El curso de grado en medicina, en el momento del estudio, ofrecía enseñanza tradicional y estaba dividido en tres ciclos: básico, clínico-quirúrgico y de prácticas profesionales, con dos años cada uno.

La asignatura de CP se ofrecía con carácter optativo y menos del 10% de los alumnos estaban matriculados en ella, por lo que no fue posible analizar

esta variable. Hubo diferencia en la edad media entre los ciclos, ya que se espera el aumento de la edad a medida que avanzan los estudios de grado. No hubo diferencia en la adquisición de la competencia general entre los ciclos académicos.

Las competencias 1, 4 y 5 —respectivamente, concepto de CP, enfoque psicoemocional y enfoque espiritual—, no mostraron un aumento en las puntuaciones a lo largo del curso. Este hecho es importante y preocupante, pues denota que, con la enseñanza ofrecida, no hubo aumento de conocimientos, habilidades o actitudes en estas áreas.

El modelo biomédico atribuye la muerte a fallos en la fisiología, y los profesionales formados evitan la muerte a toda costa, tratando de superarla. El problema es que tal modelo ignora el final de la vida como parte de la propia vida, además de las dimensiones del paciente como valores, emociones, vínculos y creencias. Torralba afirma que *la muerte ineludible de todo ser humano constituye, a la vez, el fracaso y el desafío biomédico*²⁸.

Estrategias de enseñanza innovadoras cooperaron para la adquisición de habilidades deseables a los CP. La inserción de las artes estimuló la comprensión de conceptos básicos, la empatía y la responsabilidad del médico²⁹, y la capacitación en comunicación por medio de la simulación realista proporcionó reflexión sobre las propias actitudes^{30,31}.

La competencia 2 abordaba el confort físico del paciente y el manejo de síntomas como el dolor, la disnea y la prescripción de opioides y, en opinión de los investigadores, describe la atribución más primaria del médico en los CP. Lamentablemente, se observó una reducción inesperada en las

puntuaciones de esta competencia en el ciclo 2 en comparación con los ciclos 1 y 3, lo que demuestra la fragilidad de la enseñanza. Además, es posible que las experiencias del ciclo 2 hayan influido negativamente en el rendimiento de los estudiantes, una vez que los del ciclo 1 tuvieron puntuaciones más altas, parcialmente recuperadas en el ciclo 3.

La inseguridad de los médicos frente al enfoque paliativo no es novedad, y los profesionales muchas veces señalaron ese sentimiento como resultado de la falta de formación en los estudios de grado^{3,4,6-8,17-21,29}. Sin embargo, no se trata solo de una cuestión de enseñanza, sino de un incentivo mediante políticas educativas.

En Alemania, la enseñanza de CP empezó a ser obligatoria en todas las escuelas de medicina desde el 2009, se capacitó a los profesores y se implementaron estrategias didácticas para que las competencias antes descritas se incluyeran en la graduación³¹⁻³³. La falta de interés de los alumnos por el tema también es un problema y quizá sea motivado por una sociedad que, en general, no comprende qué son los CP y los asocian con el fracaso, el abandono, el sufrimiento o la muerte asistida³⁴.

Los pacientes al final de la vida relatan sufrimiento ante cuestiones emocionales y sociales, correlacionando la pérdida de autonomía y la necesidad de cuidados con la pérdida de dignidad³⁵⁻³⁷. La competencia 3 describía el apoyo a las necesidades psicológicas de los pacientes y, en este estudio, el desempeño se mostró mayor entre los estudiantes principiantes, con una reducción persistente a lo largo del curso. Desafortunadamente, la enseñanza ofrecida redujo la competencia de los estudiantes en la acogida de pacientes con relación al sufrimiento emocional y a las incertidumbres del final de la vida.

Se espera que el médico generalista sepa identificar el sufrimiento emocional de los pacientes, sea capaz de apoyarlos en la trayectoria de la enfermedad y de ofrecerles acogimiento. Una hipótesis para explicar esto es la reducción de la empatía entre los estudiantes de medicina, ya que diferentes estudios revelan el deterioro de esta capacidad³⁸⁻⁴⁰.

En el 2015, Hojat y colaboradores⁴¹ describieron que, a medida que se exige más a los estudiantes, se exacerban los atributos negativos de la personalidad, como la despersonalización y el agotamiento emocional. Las estrategias educativas que se interesaron por la reducción de la empatía y abordaron el sufrimiento del estudiante por

medio de un círculo de conversación y de la escritura reflexiva mostraron buenos resultados⁴²⁻⁴³.

Los estudiantes evaluados no demostraron mejora en las puntuaciones relacionadas con la competencia 4, que describe los impactos sociales y económicos que resultan de la enfermedad grave en la vida de los pacientes, como en el trabajo, la jubilación y otros beneficios sociales. En la misma línea, pero relacionada con el apoyo a la familia y cuidadores, la competencia 6 mostró un desempeño más favorable en el ciclo 1 que en el ciclo 2, recuperado parcialmente en las prácticas profesionales, pero sin superar a los estudiantes principiantes. No se puede decir que el curso de medicina haya influido positivamente o haya promovido un aumento de las competencias sociales y familiares.

Tener a un familiar al final de la vida, a veces dentro de la misma casa, es fuente de sobrecarga y sufrimiento, que puede incluir ansiedad, cansancio y rompimiento de las relaciones familiares, intensificados con el empeoramiento de las condiciones de salud y con el aumento de los cuidados⁴⁴. El estrés del cuidador resulta del desequilibrio entre las demandas requeridas en los cuidados y su disponibilidad de tiempo, emocional, social, de recursos económicos, de capacidades, entre otros⁴⁵.

Los estudiantes que participaron en las conferencias familiares pudieron conocer a los miembros de la familia que participan directamente en los cuidados y observaron las diferentes dinámicas que se establecieron, identificando las necesidades socioeconómicas y la carga impuesta a los cuidadores⁴⁶.

La espiritualidad se define como *la dimensión dinámica de la vida humana que se relaciona con la forma en que las personas experimentan, expresan o buscan significado, propósito y trascendencia, y la forma en que se conectan con el momento, el yo, los otros, la naturaleza, el significante o lo sagrado*⁴⁷. Se abordó en la competencia 5, y la muestra evaluada no demostró la adquisición de competencias a lo largo de la carrera.

Los pacientes que se enfrentan a la terminalidad de la vida tienen que tratar cuestiones existenciales y el sentido de la vida, por lo que abordar la espiritualidad es parte de la asistencia integral en salud^{47,48}. Sin embargo, este tema a menudo se malinterpreta y se descuida⁴⁹. Atkinson y colaboradores⁵⁰ describieron resultados satisfactorios con la estrategia académica de corta duración que utilizó el instrumento Spiritual History Tool de FICA.⁵¹

Cuestiones éticas, como el respeto por la autonomía del paciente y el proceso de toma de decisiones, fueron abordadas en la competencia 7 y, afortunadamente, los estudiantes mostraron un aumento gradual en las puntuaciones entre los ciclos 1 y 3, lo que demuestra que la enseñanza actuó positivamente en este ámbito. El cuidado impone numerosos desafíos éticos y no es una acción neutra, ya que es criticado por un juicio moral²⁸.

En general, en la carrera de medicina se enseña la bioética principialista, que consiste en el respeto a la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. De hecho, las acciones médicas que respetan la autonomía del paciente son fundamentales para el cuidado de la salud, pero pocas veces la enseñanza de la bioética capacita al estudiante para comprender al paciente como un agente autónomo, es decir, para *reconocer el derecho de esa persona a tener sus opiniones, tomar sus decisiones y actuar con base en valores y creencias personales*⁵². Una investigación italiana señaló que los estudiantes apreciaban las clases de bioética, especialmente cuando el tema ampliaba su visión del mundo y se integraba a la práctica clínica⁵³.

El trabajo en equipo y la coordinación del cuidado se contemplaron en la competencia 8. En los estudios de grado, se espera que los estudiantes adquieran competencias para trabajar junto con otros profesionales de la medicina, enfermería y otras áreas. Se trata del cuidado integral del paciente, lo que se puede demostrar mediante la elaboración de un plan de cuidados junto con el equipo multiprofesional. Los estudiantes demostraron puntuaciones más altas al inicio del curso, una reducción en el ciclo 2 y un aumento en el ciclo 3, que, sin embargo, no superó el ciclo 1. Así, se entiende que el curso como un todo no promovió la adquisición de competencias para el trabajo en equipo.

En la terminalidad de la vida, las demandas no se restringen a la medicina. La planificación terapéutica se elabora con la participación de los miembros del equipo directamente involucrados, quienes usarán el conocimiento científico para aliviar los síntomas y promover la calidad de vida del paciente, teniendo en cuenta la cultura, los valores, las posibilidades socioeconómicas y el sistema de salud⁵⁴. Trabajar en equipo es desafiante y, a la vez, necesario. El futuro médico necesita introducirse y conocer la actuación de otros profesionales de

la salud, así como aprender a convivir, gestionar conflictos, respetar y comunicarse^{55,56}.

La relación interpersonal, con el paciente, familiares o equipo, se da mediante la comunicación, habilidad abordada en la competencia 9 y por medio de la cual se construye la relación terapéutica. Los estudiantes tuvieron un mejor desempeño en el ciclo 1 que en el 2, y volvieron a mejorar en el 3, pero de manera similar a los principiantes. Los estudiantes manifestaron un sentimiento de ansiedad, agotamiento emocional, inseguridad y deseo de distanciarse del paciente al comunicar malas noticias⁵⁷, pero la capacitación en comunicación recurrente aumentó la confianza de los estudiantes y médicos recién graduados⁵⁸⁻⁶¹.

El autocuidado y el compromiso con la educación continua fueron abordados en la competencia 10 y, nuevamente, hubo una reducción en las puntuaciones, con una recuperación en las prácticas profesionales que no superó la de los estudiantes principiantes. Afrontar la terminalidad y la muerte implica vivir con el sufrimiento a diario, por lo tanto, es necesario estar atento a la propia fragilidad. Se espera la presencia de manifestaciones emocionales y es importante promover espacios de intercambio de experiencias, lo que ayudará a la formación de médicos con actitudes empáticas y capaces de aceptar tanto sus propias emociones como las de otros profesionales y pacientes^{62,63}.

En este estudio, se observaron cuatro patrones de desempeño a lo largo del curso de medicina:

- Sin diferencia en las puntuaciones a lo largo de la carrera (competencias 1, 4 y 5);
- Puntuaciones en "V": reducción de puntuaciones entre los ciclos 1 y 2, con aumento entre el 2 y el 3, y el aumento en el ciclo 3 no siempre fue estadísticamente distinto con relación al ciclo 1 (competencias 2, 6, 8, 9 y 10);
- Puntuaciones "L": reducción de puntuaciones entre los ciclos 1 y 2, sin aumento en el ciclo 3 (competencia 3);
- Aumento de las puntuaciones (competencia 7).

La adquisición de competencias ocurre en etapas, descritas por: 1) incompetencia inconsciente: el individuo no sabe ni percibe su incompetencia en un asunto determinado; 2) incompetencia consciente: el individuo percibe que no domina un conjunto de saberes, reconoce el déficit y, si lo desea, puede buscar el aprendizaje; 3) competencia consciente:

el individuo adquirió el saber, pero, para poder ejecutarlos, necesita atención, estrategia y etapas bien descritas; y 4) competencia inconsciente: el individuo ha incorporado el conocimiento como “segunda naturaleza”, se desempeña con facilidad y, si lo desea, es capaz de enseñárselo a otras personas.

La literatura describió que, cuando los estudiantes de medicina se dieron cuenta de su propio bajo rendimiento y, a continuación, tuvieron un ambiente académico favorable, hubo una mejora en el aprendizaje y en el desempeño⁶⁴⁻⁶⁶.

PalliComp le propone al participante que responda el grado de acuerdo con cada afirmación, que describe un conocimiento, habilidad o actitud deseables. De esta manera, los patrones encontrados pueden explicarse por los conocimientos adquiridos o no adquiridos a lo largo de la carrera, los cuales no siempre estuvieron asociados a la adquisición de habilidades y actitudes. Asimismo, los valores enseñados, la cultura profesional y el currículo oculto ejercen presión académica y, como el patrón en “V” se presentó en la mayoría de las competencias evaluadas, es probable que las experiencias del estudiante en las prácticas profesionales hayan favorecido, al menos parcialmente, el rescate de competencias.

Es importante resaltar que PalliComp no tiene la propuesta de establecer una clasificación de estudiantes competentes o incompetentes. Se trata de una estimación de la condición que posibilita la enseñanza, permitiendo planificar iniciativas y mejoras, con posibilidad de una nueva estimación a lo largo del tiempo.

La interpretación de los datos obtenidos tiene limitaciones, ya que el estudio presenta un diseño transversal, y cada estudiante estuvo expuesto a condiciones únicas a lo largo de la formación, las cuales no pueden ser replicadas. Es probable que el patrón observado en el desempeño de las competencias se repitiera en un estudio prospectivo, lo que no fue posible debido a la pandemia.

La evaluación de competencias es un intento de facilitar la adquisición de saberes y virtudes deseables para los médicos generalistas, ya que deberán ser competentes en las necesidades asistenciales de la población con enfermedades incurables y potencialmente fatales. Los procesos de enfermar y morir no son una opción: son parte de la vida humana y del trabajo de los médicos. Por lo tanto, es urgente cualificar la educación médica para cuestiones relacionadas con los CP.

Consideraciones finales

La adquisición de competencias en CP entre los estudiantes matriculados en el curso evaluado fue insuficiente. Nueve de las diez competencias evaluadas no mostraron un aumento consistente en las puntuaciones entre los estudiantes en prácticas profesionales, y solo la competencia ética y de la toma de decisiones aumentaron al final de la carrera en comparación con el comienzo. Se podrían adoptar nuevas estrategias de enseñanza con la intención de mejorar la adquisición de competencias en CP.

Los investigadores agradecen a los estudiantes participantes y a la coordinación del curso de medicina de la UFPR.

Referencias

1. World Health Organization. Palliative care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [acceso 17 abr 2023]. Disponible: <https://bit.ly/3qWoTme>
2. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. Global atlas of palliative care [Internet]. London: Worldwide Palliative Care Alliance; 2020 [acceso 23 jul 2022]. Disponible: <https://bit.ly/3Xktueq>
3. Bruera E, Billings JA, Lupu D, Ritchie CS. AAHPM position paper: requirements for the successful development of academic palliative care programs. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2010 [acceso 17 abr 2023];39(4):743-55. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2010.02.001
4. Chiu N, Cheon P, Lutz S, Lao N, Pulezas N, Chiu L *et al*. Inadequacy of palliative training in the medical school curriculum. *J Cancer Educ* [Internet]. 2015 [acceso 17 abr 2023];30(4):749-53. DOI: 10.1007/s13187-014-0762-3


5. Horowitz R, Gramling R, Quill T. Palliative care education in US medical schools. *Med Educ* [Internet]. 2014 [acesso 17 abr 2023];48(1):59-66. DOI: 10.1111/medu.12292
6. MacPherson A, Lawrie I, Collins S, Forman L. Teaching the difficult-to-teach topics. *BMJ Support Palliat Care* [Internet]. 2014 [acesso 17 abr 2023];4(1):87-91. DOI: 10.1136/bmjspcare-2012-000408
7. Pastrana T, Wenk R, Lima L. Consensus-based palliative care competencies for undergraduate nurses and physicians: a demonstrative process with Colombian universities. *J Palliat Med* [Internet]. 2016 [acesso 17 abr 2023];19(1):76-82. DOI: 10.1089/jpm.2015.0202
8. Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, Lima L, Pons-Izquierdo JJ, Clark D *et al.* EAPC atlas of palliative care in Europe 2019 [Internet]. Vilvoorde: EAPC Press; 2019 [acesso 20 jun 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3CGyr7L>
9. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Análise situacional e recomendações para estruturação de programas de cuidados paliativos no Brasil [Internet]. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2018 [acesso 17 abr 2023]. Disponível: <https://bit.ly/46d9NsQ>
10. Santos AFJ, Ferreira EAL, Guirro UBP. Atlas dos cuidados paliativos no Brasil 2019 [Internet]. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos; 2020 [acesso 20 jun 2023]. Disponível: <https://bit.ly/42KYdSJ>
11. Perrenoud P. Dez competências para ensinar: convite à viagem. Porto Alegre: Artmed; 2000.
12. Machado NJ. Sobre a ideia da competência. In: Perrenoud P, Thurler MG, Macedo L, Machado NJ, Alessandrini CD. As competências para ensinar no século XXI: a formação de professores e o desafio da avaliação. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 137-156.
13. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC white paper on palliative care education: part 1. *Eur J Palliat Care*. 2013 [acesso 17 abr 2023];20(2):86-91. Disponível: <https://bit.ly/43VrED6>
14. Gamondi C, Larkin P, Payne S. Core competencies in palliative care: an EAPC white paper on palliative care education: part 2. *Eur J Palliat Care*. 2013 [acesso 17 abr 2023];20(3):140-5. Disponível: <https://bit.ly/46uAJ7N>
15. Scallon G. Avaliação da aprendizagem numa abordagem por competências. Curitiba: PUCPress; 2015.
16. Meekin SA, Klein JE, Fleischman AR, Fins JJ. Development of a palliative education assessment tool for medical student education. *Acad Med* [Internet]. 2000 [acesso 17 abr 2023];75(10):986-92. DOI: 10.1097/00001888-200010000-00011
17. Bui T. Effectively training the hospice and palliative medicine physician workforce for improved end-of-life health care in the United States. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2012 [acesso 17 abr 2023];29(6):417-20. DOI: 10.1177/1049909111429325
18. 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* [Internet]. 2013 [acesso 17 abr 2023];43:24-8. DOI: 10.4997/JRCPE.2013.105
19. Fitzpatrick D, Heah R, Patten S, Ward H. Palliative care in undergraduate medical education: how far have we come? *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2017 [acesso 17 abr 2023];34(8):762-73. DOI: 10.1177/1049909116659737
20. Downar J. Resources for educating, training, and mentoring all physicians providing palliative care. *J Palliat Med* [Internet]. 2018 [acesso 17 abr 2023];21(S1):57-62. DOI: 10.1089/jpm.2017.0396
21. Mercadante S, Gregoret C, Cortegiani A. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiol* [Internet]. 2018 [acesso 17 abr 2023];18:106. DOI: 10.1186/s12871-018-0574-9
22. Guirro UBP, Perini CC, Siqueira JE. PalliComp: um instrumento para avaliar a aquisição de competências em cuidados paliativos. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2021 [acesso 17 abr 2023];45(3):e0140. DOI: 10.1590/1981-5271v45.3-20200513
23. Delors J, Mufti IA, Amagi I, Carneiro R, Chung F, Geremek B *et al.* Learning: the treasure within; report to Unesco of the International Commission on Education for the Twentyfirst Century [Internet]. Paris: Unesco; 1996 [acesso 17 abr 2023]. p. 5. Tradução livre. Disponível: <https://bit.ly/3CDbZMH>
24. Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas atuais de bioética. 11ª ed. São Paulo: Loyola; 1991.
25. Yazdani S, Momeni S, Afshar L, Abdolmaleki M. A comprehensive model of hidden curriculum management in medical education. *J Adv Med Educ Prof* [Internet]. 2019 [acesso 17 abr 2023];7(3):123-30. DOI: 10.30476/JAMP.2019.45010

26. Sarikhani Y, Shojaei P, Rafiee M, Delavari S. Analyzing the interaction of main components of hidden curriculum in medical education using interpretive structural modeling method. *BMC Med Educ* [Internet]. 2020 [acceso 17 abr 2023];20:176. DOI: 10.1186/s12909-020-02094-5
27. Wong BO, Blythe JA, Batten JN, Turner BE, Lau JN, Hosamani P *et al.* Recognizing the role of language in the hidden curriculum of undergraduate medical education: implications for equity in medical training. *Acad Med* [Internet]. 2021 [acceso 17 abr 2023];96(6):842-7. DOI: 10.1097/ACM.0000000000003657
28. Torralba i Roselló F. *Antropología do cuidar*. Petrópolis: Vozes; 2009. p. 100.
29. Centeno C, Robinson C, Noguera-Tejedor A, Arantzamendi M, Echarri F, Pereira J. Palliative care and the arts: vehicles to introduce medical students to patient-centred decision-making and the art of caring. *BMC Med Educ* [Internet]. 2017 [acceso 17 abr 2023];17:257. DOI: 10.1186/s12909-017-1098-6
30. Parikh PP, White MT, Buckingham L, Tchorz KM. Evaluation of palliative care training and skills retention by medical students. *J Surg Res* [Internet]. 2017 [acceso 17 abr 2023];211:172-7. DOI: 10.1016/j.jss.2016.11.006
31. Schulz C, Möller MF, Seidler D, Schnell MW. Evaluating an evidence-based curriculum in undergraduate palliative care education: piloting a phase II exploratory trial for a complex intervention. *BMC Med Educ* [Internet]. 2013 [acceso 17 abr 2023];13:1. DOI: 10.1186/1472-6920-13-1
32. Schulz C, Wenzel-Meyburg U, Karger A, Scherg A, In der Schmitten J, Trapp T *et al.* Implementation of palliative care as a mandatory cross-disciplinary subject (QB13) at the Medical Faculty of the Heinrich-Heine-University Dusseldorf, Germany. *GMS J Med Educ* [Internet]. 2015 [acceso 17 abr 2023];32(1):Doc6. DOI: 10.3205/zma000948
33. 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* [Internet]. 2017 [acceso 17 abr 2023];16:78. DOI: 10.1186/s12904-017-0263-3
34. Bennardi M, Diviani N, Gamondi C, Stussi G, Saletti P, Cinesi I, Rubinelli S. Palliative care utilization in oncology and hemato-oncology: a systematic review of cognitive barriers and facilitators from the perspective of healthcare professionals, adult patients, and their families. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2020 [acceso 24 jul 2022];19:47. DOI: 10.1186/s12904-020-00556-7
35. Chochinov HM, Hack T, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M. Dignity therapy: a novel psychotherapeutic intervention for patients near the end of life. *J Clin Oncol* [Internet]. 2005 [acceso 17 abr 2023];23(24):5520-5. DOI: 10.1200/JCO.2005.08.391
36. Ann-Yi S, Bruera E. Psychological aspects of care in cancer patients in the last weeks/days of life. *Cancer Res Treat* [Internet]. 2022 [acceso 17 abr 2023];54(3):651-60. DOI: 10.4143/crt.2022.116
37. Thompson GN, Chochinov HM. Dignity-based approaches in the care of terminally ill patients. *Curr Opin Support Palliat Care* [Internet]. 2008 [acceso 17 abr 2023];2(1):49-53. DOI: 10.1097/SPC.0b013e31822f4cb15
38. Neumann M, Edelhauser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C *et al.* Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med* [Internet]. 2011 [acceso 17 abr 2023];86(8):996-1009. DOI: 10.1097/ACM.0b013e318221e615
39. González-Serna JMG, Serrano RR, Martín MSM, Fernández JMA. Descenso de empatía en estudiantes de enfermería y análisis de posibles factores implicados. *Psicol Educ (Madr)* [Internet]. 2014 [acceso 17 abr 2023];20(1):53-60. DOI: 10.1016/j.pse.2014.05.007
40. Corradi-Perini C, Paris ESC, Beltrão MR, Corradi MI, Martín-Martín R, González-Serna JMG. Empathy in health professionals and students: factorial analysis of the Brazilian version of Interpersonal Reactivity Index. *Research, Society and Development* [Internet]. 2022 [acceso 17 abr 2023];11(3):e42511326816. DOI: 10.33448/rsd-v11i3.26816
41. Hojat M, Vergare M, Isenberg G, Cohen M, Spandorfer J. Underlying construct of empathy, optimism, and burnout in medical students. *Int J Med Educ* [Internet]. 2015 [acceso 17 abr 2023];6:12-6. DOI: 10.5116/ijme.54c3.60cd
42. Head BA, Earnshaw LA, Greenberg RB, Morehead RC, Pfeifer MP, Shaw MA. "I will never forget": what we learned from medical student reflections on a palliative care experience. *J Palliat Med* [Internet]. 2012 [acceso 17 abr 2023];15(5):535-41. DOI: 10.1089/jpm.2011.0391

43. Weingartner LA, Sawning S, Shaw MA, Klein JB. Compassion cultivation training promotes medical student wellness and enhanced clinical care. *BMC Med Educ* [Internet]. 2019 [acceso 17 abr 2023];19:139. DOI: 10.1186/s12909-019-1546-6
44. Perpiná-Galvan J, Orts-Beneito N, Fernández-Alcántara M, García-Sanjuán S, García-Caro MP, Cabañero-Martínez MJ. Level of burden and health-related quality of life in caregivers of palliative care patients. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2019 [acceso 17 abr 2023];16(23):4806. DOI: 10.3390/ijerph16234806
45. Krug K, Miksch A, Peters-Klimm F, Engeser P, Szecsenyi J. Correlation between patient quality of life in palliative care and burden of their family caregivers: a prospective observational cohort study. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2016 [acceso 17 abr 2023];15:4. DOI: 10.1186/s12904-016-0082-y
46. Meeker MA, Waldrop DP, Seo JY. Examining family meetings at end of life: the model of practice in a hospice inpatient unit. *Palliat Support Care* [Internet]. 2015 [acceso 17 abr 2023];13(5):1283-91. DOI: 10.1017/S1478951514001138
47. Puchalski CM, Blatt B, Kogan M, Butler A. Spirituality and health: the development of a field. *Acad Med* [Internet]. 2014 [acceso 17 abr 2023];89(1):10-6. Tradução livre. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000083
48. Kuczewski MG, McCarthy MP, Michelfelder A, Anderson EE, Wasson K, Hatchett L. "I will never let that be OK again": student reflections on competent spiritual care for dying patients. *Acad Med* [Internet]. 2014 [acceso 17 abr 2023];89(1):54-9. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000057
49. Culatto A, Summerton CB. Spirituality and health education: a national survey of academic leaders UK. *J Relig Health* [Internet]. 2015 [acceso 17 abr 2023];54(6):2269-75. DOI: 10.1007/s10943-014-9974-4
50. Atkinson HG, Fleenor D, Lerner SM, Poliandro E, Truglio J. Teaching third-year medical students to address patients' spiritual needs in the surgery/anesthesiology clerkship. *MedEdPORTAL* [Internet]. 2018 [acceso 17 abr 2023];14:10784. DOI: 10.15766/mep_2374-8265.10784
51. Puchalski CM. The FICA spiritual history tool #274. *J Palliat Med* [Internet]. 2014 [acceso 17 abr 2023];17(1):105-6. DOI: 10.1089/jpm.2013.9458
52. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. 3ª ed. São Paulo: Loyola; 2002. p. 137.
53. Gulino M, Patuzzo S, Baldelli I, Gazzaniga V, Merlo DF, Maiorana L *et al*. Bioethics in Italian medical and healthcare education: a pilot study. *Acta Biomed* [Internet]. 2019 [acceso 17 abr 2023];89(4):519-31. DOI: 10.23750/abm.v89i4.7238
54. Swami M, Case AA. Effective palliative care: what is involved? *Oncology (Williston Park)* [Internet]. 2018 [acceso 17 abr 2023];32(4):180-4. Disponível: <https://bit.ly/3Nj4uzq>
55. Akaike M, Fukutomi M, Nagamune M, Fujimoto A, Tsuji A, Ishida K, Iwata T. Simulation-based medical education in clinical skills laboratory. *J Med Invest* [Internet]. 2012 [acceso 17 abr 2023];59(1-2):28-35. DOI: 10.2152/jmi.59.28
56. Noguera A, Robledano R, Garralda E. Palliative care teaching shapes medical undergraduate students' professional development: a scoping review. *Curr Opin Support Palliat Care* [Internet]. 2018 [acceso 17 abr 2023];12(4):495-503. DOI: 10.1097/SPC.0000000000000402
57. Toivonen AK, Lindblom-Ylänne S, Louhiala P, Pyörala E. Medical students' reflections on emotions concerning breaking bad news. *Patient Educ Couns.* [Internet]. 2017 [acceso 17 abr 2023];100(10):1903-9. DOI: 10.1016/j.pec.2017.05.036v
58. Brouwers MH, Bor H, Laan R, van Weel C, van Weel-Baumgarten E. Students' experiences with a longitudinal skills training program on breaking bad news: a follow-up study. *Patient Educ Couns.* [Internet]. 2018 [acceso 17 abr 2023];101(9):1639-44. DOI: 10.1016/j.pec.2018.05.008
59. Johnson J, Panagioti M. Interventions to improve the breaking of bad or difficult news by physicians, medical students, and interns/residents: a systematic review and meta-analysis. *Acad Med* [Internet]. 2018 [acceso 17 abr 2023];93(9):1400-12. DOI: 10.1097/ACM.00000000000002308
60. Isquierdo APR, Miranda GFF, Quint FC, Pereira AL, Guirro UBP. Comunicação de más notícias com pacientes padronizados: uma estratégia de ensino para estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2021 [acceso 17 abr 2023];45(2):e091. DOI: 10.1590/1981-5271v45.2-20200521

61. Isquierdo APR, Bilek ES, Guirro UBP. Comunicação de más notícias: do ensino médico à prática. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2021 [acesso 17 abr 2023];29(2):344-53. DOI: 10.1590/1983-80422021292472
62. Kearsley JH, Lobb EA. 'Workshops in healing' for senior medical students: a 5-year overview and appraisal. Med Humanit [Internet]. 2014 [acesso 17 abr 2023];40(2):73-9. DOI: 10.1136/medhum-2013-010438
63. Goldberg GR, Weiner J, Fornari A, Pearlman RE, Farina GA. Incorporation of an interprofessional palliative care-ethics experience into a required critical care acting internship. MedEdPORTAL [Internet]. 2018 [acesso 17 abr 2023];14:10760. DOI: 10.15766/mep_2374-8265.10760
64. LaDonna KA, Ginsburg S, Watling C. "Rising to the level of your incompetence": what physicians' self-assessment of their performance reveals about the imposter syndrome in medicine. Acad Med [Internet]. 2018 [acesso 17 abr 2023];93(5):763-8. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002046
65. LaDonna KA, Ginsburg S, Watling C. Shifting and sharing: academic physicians' strategies for navigating underperformance and failure. Acad Med [Internet]. 2018 [acesso 17 abr 2023];93(11):1713-8. DOI: 10.1097/ACM.0000000000002292
66. Lane AS, Roberts C. Phenomenological study of medical interns reflecting on their experiences, of open disclosure communication after medication error: linking rationalisation to the conscious competency matrix. BMJ Open [Internet]. 2020 [acesso 17 abr 2023];10(5):e035647. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-035647


Úrsula Bueno do Prado Guirro – Doctora – ursula@ufpr.br

 0000-0003-4879-3057

Carla Corradi Perini – Doctora – carla.corradi@pucpr.br

 0000-0002-9340-8704


Luís Otávio Zatorre Fileno – Estudiante de grado – luis.zatorre@gmail.com

 0000-0003-1091-5901

Gustavo Belam Fioravanti – Estudiante de grado – gustavofioravanti@outlook.com

 0000-0001-5185-7651

José Eduardo de Siqueira – Doctor – eduardo.jose@pucpr.br

 0000-0002-7513-1385

Correspondencia

Úrsula Bueno do Prado Guirro – Rua Padre Camargo, 280, 4º andar, Alto da Glória CEP 80060-240. Curitiba/PR, Brasil.

Participación de los autores

Úrsula Bueno do Prado Guirro participó en el diseño de la investigación, obtención de las autorizaciones ética e institucional, estudio estadístico, redacción del manuscrito y revisión científica. Carla Corradi Perini contribuyó a la concepción de la investigación, redacción del manuscrito y revisión científica. Luís Otávio Zatorre Fileno y Gustavo Belam Fioravanti colaboraron con la recopilación de datos y redacción preliminar del manuscrito. José Eduardo de Siqueira participó en la revisión científica.

Recibido: 26.7.2022

Revisado: 18.4.2023

Aprobado: 20.4.2023