

Guía para la formación de postgrado de psicólogos que intervienen en cuidados paliativos

¿Qué competencias deben tener los psicólogos que trabajan en cuidados paliativos? **Saskia Jünger** y **Sheila Payne** presentan un documento elaborado por el Grupo de Trabajo sobre formación de psicólogos que intervienen en cuidados paliativos de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (European Association for Palliative Care: EAPC)

Translated from the article first published in *European Journal of Palliative Care*, 2011, 18 (5): 238-252. Kindly reproduced by permission of the publishers of the journal, who retain the copyright.

Traducido del artículo publicado inicialmente en la revista *European Journal of Palliative Care*, 2011, 18 (5): 238-252. Reproducido con permiso de los editores, quienes mantienen todos los derechos de reproducción.

El objetivo de este documento elaborado desde la EAPC por el Grupo de trabajo sobre la formación de psicólogos que intervienen en cuidados paliativos es proporcionar una orientación sobre el desarrollo curricular con respecto a la formación de postgrado de los psicólogos que participan en cuidados paliativos. Este documento tiene en consideración las diferencias entre los países europeos con respecto a la formación básica de los psicólogos, la definición de “cuidados paliativos”, la prestación de los mismos, y el rol de los psicólogos en los cuidados paliativos.

Nuestra intención es describir un marco de formación general, que incluye los antecedentes, la población objeto de cuidados paliativos, las competencias fundamentales y los ámbitos de actuación clave para los psicólogos. Nuestra atención se centrará en cuidados paliativos dirigidos a personas con enfermedad avanzada, sin limitarnos a los pacientes que sufren enfermedades oncológicas; por lo tanto, la psico-oncología no será tratada como un tema específico, pero haremos referencia a ella allí donde resulte relevante. De la misma manera, nos centraremos en los cuidados paliativos para adultos: los cuidados paliativos pediátricos se hallan fuera del alcance de este trabajo, ya que implican requisitos específicos de evaluación psicológica e intervención.

1. Antecedentes:

De acuerdo con las definiciones hechas por la EAPC y la OMS, la consideración de los aspectos psicosociales y el apoyo

psicológico a pacientes y familiares son elementos esenciales de los cuidados paliativos^{1,2}. Sin embargo, no queda claramente definido quién es el responsable de prestar estos servicios. A diferencia de la atención médica y de enfermería, que claramente están a cargo de médicos y enfermeros, el apoyo psicológico en cuidados paliativos no está asignado exclusivamente a los psicólogos. Por el contrario, se espera que todos los profesionales que trabajan en cuidados paliativos adquieran los conocimientos básicos sobre el funcionamiento psicológico en la asistencia a enfermedades terminales, y dispongan de las correspondientes habilidades de comunicación y evaluación de factores de riesgo psicológicos^{3,4}. En Europa muy pocas sociedades científicas proporcionan información explícita sobre el rol y las tareas de los psicólogos en cuidados paliativos^{5,6}, del mismo modo que hasta ahora, muchas asociaciones de psicología no se han posicionado sobre este tema.

A menudo se asume que la mayoría de los pacientes y familiares son capaces de afrontar el proceso de enfermedad avanzada sin ayuda profesional, mediante sus propios recursos y el apoyo emocional que reciben de otros familiares y amigos⁷. De hecho, debemos ser cautelosos a la hora de establecer conclusiones sobre la eficacia y relevancia del apoyo psicológico proporcionado a los pacientes al final de la vida y a sus familiares. Al definir su rol, las tareas y las responsabilidades de su profesión, los propios psicólogos deberían reflexionar de modo crítico sobre los beneficios reales de su contribución, y

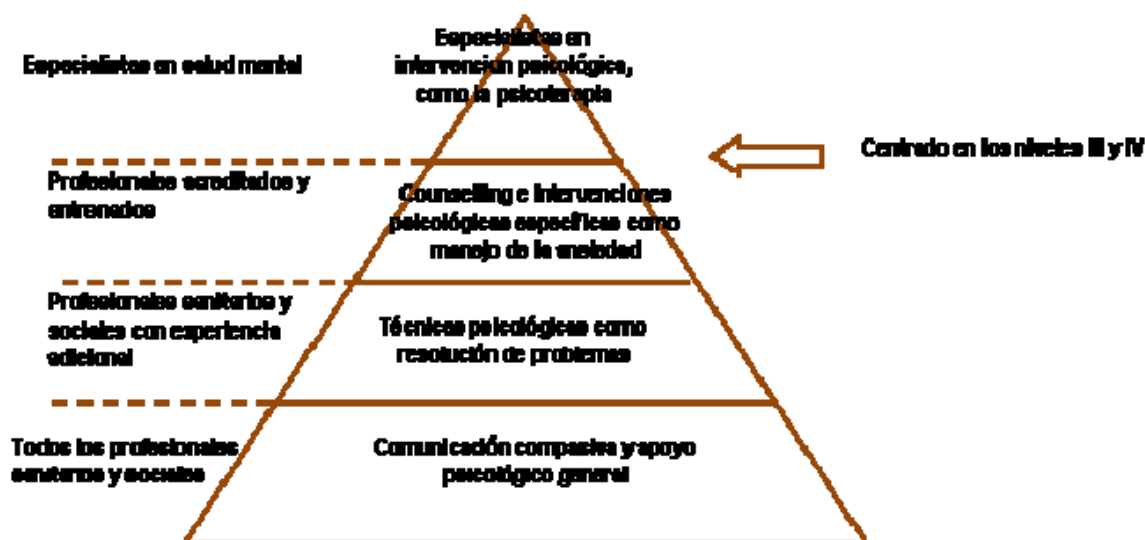
EAPC update

deberían evitar una patologización o psicologización de los cambios normales intra e interpersonales que ocurren en el contexto del sufrimiento físico y existencial ante el final de la vida.

Hasta la fecha, se han hecho distintas recomendaciones sobre cómo hay que afrontar las necesidades de los pacientes y de sus familiares. Por ejemplo, se ha sugerido que todos los profesionales de cuidados paliativos deberían hacer uso de las habilidades psicológicas básicas en su labor cotidiana, y que los pacientes con necesidades psicológicas complejas deberían ser confiados a los profesionales de salud mental⁹. En la guía *“Improving Supportive and Palliative Care for Adults*

with Cancer” (“Hacia la mejora de los cuidados de apoyo y cuidados paliativos para adultos con cáncer”) ⁷, elaborada por el NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence: Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica), esta entidad propuso un modelo diferenciado de valoración e intervención psicológica. El modelo describe cuatro niveles de valoración e intervención psicológica para todos los profesionales que trabajan en cuidados paliativos, con intervenciones psicológicas de especialistas en el nivel superior (ver Figura 1). El modelo ha sido modificado para destacar lo que concierne a los psicólogos ⁶.

Figura 1. Niveles de especialización psicológica en cuidados paliativos*



*Modelo recomendado por el NICE para la valoración y apoyo psicológico en cuidados paliativos

En la práctica, los psicólogos juegan actualmente un rol importante en cuidados paliativos, tanto en la dispensación de cuidados ¹³, como en el diseño de estrategias. Por ejemplo, en 2010 y en Europa, los psicólogos formaban parte de las directivas de once sociedades nacionales de cuidados paliativos, sin contar los 45 psicólogos que son miembros colectivos de la EAPC.

La Sociedad Británica de Psicología estipula que las competencias básicas de los psicólogos en el cuidado de enfermos en situación terminal son:¹⁴

- la valoración,
- la formulación teórica,
- la intervención o puesta en práctica,
- la evaluación e investigación,
- la comunicación.

Hasta el momento, no hay ninguna base científica que demuestre la necesidad de la

intervención de los psicólogos en cuidados paliativos. No disponemos de datos sistemáticos sobre las tareas, los lugares de trabajo, las competencias específicas y el número de psicólogos que trabajan en cuidados paliativos, salvo en algunos países en los que se han realizado encuestas nacionales, como España, Inglaterra y Estados Unidos ¹⁵⁻¹⁷. Sin embargo, ciertos grupos especialmente interesados han tomado la iniciativa de desarrollar la descripción laboral y el perfil profesional de los psicólogos que intervienen en cuidados paliativos, así como de definir sus problemas e intereses fundamentales.

En 2009, nuestro Grupo de Trabajo llevó a cabo una encuesta a psicólogos europeos que trabajan en cuidados paliativos. Comprendía cuestiones relativas a su lugar de trabajo, las tareas principales que realizaban, su perfil profesional y sus

EAPC update

oportunidades de formación. En total, respondieron 323 psicólogos de 41 países^{18, 19}.

Una gran mayoría afirmó que las tareas clínicas como la asistencia a los pacientes, a los familiares y a los miembros del equipo centran su actividad profesional. (ver Figura 2). En especial mencionaron la evaluación e intervención en casos de depresión, ansiedad o trastornos adaptativos, así como el diálogo con la

familia con respecto a las necesidades, esperanzas y creencias del enfermo avanzado. Otras tareas que a menudo mencionaban como parte de su trabajo diario son la formación de otros profesionales, y su contribución con conocimientos y habilidades técnicas al equipo multiprofesional. El trabajo de investigación, el diseño de políticas y la supervisión se mencionaron con menos frecuencia.

Figura 2. Tareas frecuentes en el trabajo diario de los psicólogos que intervienen en cuidados paliativos *

*La figura muestra el % de encuestados que responden "frecuentemente" o "muy frecuentemente" realizan estas tareas



Los encuestados señalaron que su mayor contribución a los cuidados paliativos consistía en aumentar la sensibilidad hacia la visión que la psicología tiene en torno a la muerte y el proceso de morir, y aportar sus competencias específicas al equipo. Curiosamente, a menudo mencionaron una función de ayuda general, que comprendía el apoyo a todos aquellos que en alguna medida se ven afectados por la enfermedad del paciente. La mayoría de los encuestados opinaron que, en su país, los psicólogos desempeñan un rol importante en cuidados paliativos^{18, 19}. La siguiente cita, de un psicólogo del Reino Unido, ilustra esta imagen que muchos psicólogos tienen de su propia profesión: "Estamos formados para predecir el comportamiento, tener una comprensión amplia de los asuntos que debemos abordar (por ejemplo, la comunicación

médico-paciente, el bienestar del paciente, la respuesta de afrontamiento, la adaptación a la enfermedad, las necesidades de información, la percepción del dolor, etc.). Contamos con los conocimientos teóricos y estamos en condiciones de aplicarlos en nuestra investigación".

Sin embargo, los resultados de la encuesta también mostraron que, pese a que existe un número considerable de psicólogos que trabajan en cuidados paliativos, en muchos países su contribución específica no está claramente definida ni suficientemente reconocida. Según los encuestados, el principal reto es la falta de reconocimiento a los aspectos psicológicos del cuidado, en un campo donde predomina la atención médica, y la falta de consideración hacia el rol del psicólogo en el seno del equipo de cuidados paliativos. Tal como señaló un

encuestado, "trabajar en un contexto médico con un punto de vista médico de los problemas del paciente, y con un médico y una enfermera dirigiendo el equipo, propicia que (la gente) no siempre se reserve espacio para los aspectos psicológicos en cuidados paliativos".

A menudo, cuando se trata de proporcionar apoyo psicológico a los pacientes y a las familias, hay conflictos y solapamientos entre las funciones de los psicólogos, los voluntarios, los médicos, las enfermeras, los agentes espirituales y los trabajadores sociales. Por lo tanto, constituye un reto fundamental delimitar la esencia de las competencias específicas de cada uno, y ponerse de acuerdo en una definición inequívoca del rol del psicólogo que difiera del de otros profesionales y sea reconocido en el seno del equipo de cuidados paliativos.

Los psicólogos que intervienen en cuidados paliativos afrontan retos específicos debido, por ejemplo, al limitado tiempo de que disponen para la intervención cuando se enfrentan a complejas situaciones de pacientes que se aproximan al final de la vida, y al hecho de que la psicología en todo el campo de cuidados paliativos se encuentra todavía en proceso de desarrollo.

Nydegger ha señalado que para que los psicólogos dispongan de la oportunidad de prepararse para trabajar en cuidados paliativos, "es necesario definir los conocimientos, habilidades y capacidades que necesitan para contribuir de un modo efectivo en los hospices y en el entorno de los cuidados paliativos". Señala, además, que: "Los psicólogos deben aprovechar lo que ya saben, adquirir los conocimientos y habilidades adicionales que precisen, y salir a la caza de oportunidades para involucrarse más. Para sumar nuevos conocimientos, los psicólogos que deseen comprometerse en la atención propia de cuidados paliativos deben ir adquiriendo la práctica pertinente para desarrollar las competencias eficaces y adecuadas al entorno de los cuidados paliativos".

Durante la pasada década, los psicólogos en cuidados paliativos fueron auténticos pioneros, con la motivación precisa para establecer una presencia profesional en un campo nuevo y la necesidad de hacer frente a muchas incertidumbres. En el futuro, la formación específica podría ayudar a los psicólogos a anticipar los desafíos del trabajo y a adquirir los conocimientos y las habilidades adecuadas así como las estrategias de autocuidado necesarias para estar bien

preparados en sus atribuciones profesionales.

El objetivo del presente Documento Oficial es ofrecer una guía sobre la formación de postgrado, y mejorar el perfil profesional y el reconocimiento de los psicólogos que participan en cuidados paliativos. Nos esforzaremos por destacar cuáles son los conocimientos y habilidades específicas de los psicólogos en este campo. Los aspectos, tales como conceptos básicos referentes a cuidados paliativos, ética o estrategias de autocuidado, son comunes al desarrollo curricular de postgrado de todos los profesionales de cuidados paliativos.

2. Objetivos y marco de trabajo

El desarrollo de un plan de estudios internacional para los psicólogos que intervienen en cuidados paliativos requiere de una reflexión sobre los objetivos y su marco de trabajo. En principio, se supone que los psicólogos que ya están trabajando en el ámbito clínico de los cuidados paliativos cuentan con la formación y la experiencia adecuadas para trabajar con los pacientes y familias. Sin embargo, resulta fundamental que los psicólogos que trabajan en hospices y unidades de cuidados paliativos cuenten con una formación específica. La experiencia adquirida a lo largo de los años demuestra que el rol de los psicólogos que intervienen en cuidados paliativos es diferente del aprendido durante su socialización profesional, y también diferente de su rol en otros campos relacionados, como por ejemplo, la psicooncología.

Para el desarrollo del currículum de formación de los psicólogos en cuidados paliativos y para alcanzar su reconocimiento oficial (o incluso una acreditación), deben considerarse las características específicas de cada país, como son el programa de formación pregrado en psicología; o las características propias del modelo de atención y desarrollo de los cuidados paliativos. En muchos países, los psicólogos tienen que recibir una formación clínica adicional para obtener la acreditación profesional imprescindible para trabajar en la asistencia sanitaria. En cada país, el currículum de formación deberá considerar los requisitos nacionales.

2.1 Objetivos

El objetivo fundamental del núcleo curricular sobre formación para los psicólogos que intervienen en cuidados paliativos es mejorar sus conocimientos y

formación práctica, y en particular, garantizar un nivel de formación uniforme y basado en la evidencia de una práctica clínica estandarizada. Otros objetivos son mejorar las habilidades de los psicólogos y su capacidad para satisfacer las exigencias de su trabajo, así como mejorar la calidad de su actuación profesional en el área de atención psicológica.

En el ámbito de los cuidados paliativos, por lo general, se espera que todos los profesionales, en cierta medida, proporcionen atención psicológica. Por lo tanto, es necesario delimitar las competencias que son exclusivas de los psicólogos, diferenciándolas de las ya ofrecidas por otros profesionales. Así debemos considerar el desafío de trabajar en el desarrollo de un compendio común de conceptos psicológicos y métodos psicoterapéuticos adecuados para los cuidados paliativos. El plan de formación aquí propuesto va dirigido al nivel más alto posible de especialización para los psicólogos (ver Figura 1).

2.2 Marco de trabajo:

Diseñar un programa formativo implica establecer a quién va dirigido (y por lo tanto, si es necesaria una formación básica o especializada); el nivel académico inicial necesario, y otros requisitos previos de los participantes; los contenidos del programa; el equilibrio entre el conocimiento teórico y la formación práctica; y otros requisitos, como el conocimiento de los modelos teóricos utilizados, y el número de sesiones comprendidas en el programa.

Deben tenerse en cuenta las características culturales y nacionales de cada país, además de las propias diferencias de funcionamiento entre los sistemas sanitarios, para actuar de acuerdo con ellas. Otros puntos a considerar son la forma en que los psicólogos que trabajan en otros campos gestionarán la transición a un entorno de cuidados paliativos, y cómo su socialización profesional les ayudará a cumplir las demandas de intervención en el contexto de los cuidados paliativos. Por último, pero no menos importante, deben incluirse los principios generales con respecto a los distintos métodos de enseñanza y al enfoque de formación de adultos

2.3 Reconocimiento oficial y acreditación

Un paso importante es establecer los mecanismos para el reconocimiento oficial (y la acreditación) de los psicólogos que se han especializado profesionalmente en cuidados paliativos. En gran medida, esto

debe programarse a nivel nacional, teniendo en cuenta los patrones específicos de cada país. Al mismo tiempo, el Certificado europeo de psicología (EuroPsy), un estándar de calificación elaborado por la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (www.efpa.eu / EuroPsy), constituye un posible reconocimiento oficial para la formación de postgrado de los psicólogos que intervienen en cuidados paliativos, y puede ayudar, en el futuro, a superar las barreras de las diferencias entre países. EuroPsy está en sus inicios, pero la adhesión a sus estándares puede garantizar un nivel adecuado de reconocimiento y normalización, así como su integración en los programas de formación ya existentes de estudios previos y posteriores a la licenciatura.

3. Programa de formación

Esta sección describe las áreas específicas de competencia que podrían incluirse en el plan de estudios de postgrado de los psicólogos que intervienen en cuidados paliativos. Los módulos propuestos cubren el conocimiento básico y generales de los cuidados paliativos; el marco social, cultural y legal; además de las habilidades e intervenciones psicológicas específicas.

3.1 Conceptos básicos en cuidados paliativos: historia, filosofía, definiciones.

Objetivos generales / objetivos de aprendizaje

A lo largo del desarrollo de los cuidados paliativos, su filosofía -aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida- ha sido de primordial importancia 20. Sin embargo, su rápido crecimiento en las últimas cuatro décadas ha contribuido al desarrollo de cambios importantes en la forma de entender lo que "cuidados paliativos" significa en la actualidad 21. Estos cambios se ven claramente reflejados en la práctica clínica. Por lo tanto, adquirir conocimientos sobre la historia, la filosofía y las definiciones de cuidados paliativos es uno de los objetivos de aprendizaje fundamentales en este plan de estudios. Igualmente es fundamental la formación práctica en hospices, unidades de cuidados paliativos y otros entornos de cuidados paliativos como el domicilio del paciente, donde las visitas deben llevarse a cabo bajo la supervisión de un psicólogo con experiencia.

Contenidos teóricos:

- Definición de cuidados paliativos de la OMS. Definición de la EAPC.
- Historia, filosofía y definiciones de hospice y de cuidados paliativos; comprensión del cambio de rol de los cuidados paliativos en el tiempo (al principio, "cuidados paliativos" era un sinónimo de "cuidados al final de la vida" ²²; mientras que actualmente se refiere a la atención durante todo el curso de una enfermedad potencialmente amenazante para la vida, desde el diagnóstico hasta la muerte) ²³⁻²⁵; y comprensión de las consecuencias producidas por esos cambios (integración con el tratamiento activo, significado de los periodos de transición, diferencias en la evolución de las distintas enfermedades, etc.).
- Principios generales y valores de los cuidados paliativos, tales como: el reconocimiento de la muerte como un proceso normal en la vida, sin buscarla, acelerarla o postergarla (24, 25); el alivio de todos los aspectos del sufrimiento, incluyendo los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales ^{20, 24, 25}, mediante una comunicación y colaboración continua con las diferentes profesiones y disciplinas ²⁵ involucradas en el equipo de cuidados paliativos multidisciplinar (o interdisciplinar) ²⁶⁻²⁸; el respeto a cada persona como una entidad autónoma con sus valores personales, culturales y religiosos únicos, sus creencias y prácticas ²⁵ y el apoyo a los cuidadores de los pacientes durante toda la trayectoria de la enfermedad y proceso de duelo ^{24, 25}.
- La sintomatología del paciente moribundo.
- Los aspectos psicológicos de la muerte, del cuidado y del proceso de pérdida.
- La base científica de la atención psicológica en cuidados paliativos.
- Modelos de cuidados paliativos en diferentes contextos y con diferentes niveles de especialización (desde ámbitos no especializados a la atención general y especializada en los centros específicos de cuidados paliativos) ²⁴
- Cuestiones relativas a investigación en cuidados paliativos y en psicología.
- Ética, regulación legal y reglamentos profesionales.
- Diversidad cultural.
- Política, organización y estrategia.

Habilidades y actitudes:

- Capacidad para comprender la lógica y las implicaciones de la integración gradual de los cuidados paliativos en el curso de una enfermedad mortal.
- Capacidad para comprender y gestionar los problemas generales y específicos asociados con la atención en cuidados paliativos dentro de equipos multidisciplinares en diferentes ámbitos y con distintos niveles de especialización ²⁹.
- Capacidad para aplicar, en la práctica diaria, los principios generales y los valores de los cuidados paliativos, incluyendo la capacidad para identificar y desarrollar sus específicas contribuciones, profesionales y personales (en comparación con las de otros miembros del equipo multidisciplinar) ³⁰, así como para abogar en beneficio de los pacientes y sus cuidadores, además de instruirles en las opciones disponibles con el fin de ayudarles en la toma fundamentada de decisiones, en la planificación de cuidados, etc.
- Aceptación de la filosofía de los cuidados paliativos e identificación con ella.

Autorreflexión y autoconocimiento:

Los psicólogos que trabajan en cuidados paliativos puede cultivar su autoconocimiento de forma sistemática mediante la búsqueda de respuestas a preguntas tales como:

- ¿Cuál es mi actitud personal hacia la filosofía general de los cuidados paliativos?
- ¿Son los principios generales y los valores de los cuidados paliativos conformes a mis propios puntos de vista y valores personales?
- ¿Cuáles son los posibles puntos de divergencia? ¿Cómo influyen en mi implicación profesional en cuidados paliativos y en mi vida personal?

3.2. Rol profesional e imagen de uno mismo

Objetivos generales / objetivos del aprendizaje:

El enfoque holístico de los cuidados paliativos, hace, por una parte, que todos los profesionales utilicen habilidades básicas del counselling en su práctica diaria. Por otro lado, los psicólogos tienen que hacer una aportación específica al equipo interdisciplinar ^{31,32}. En algunos

EAPC update

países, los psicólogos no son considerados miembros esenciales del equipo. Los psicólogos que intervienen en cuidados paliativos deben, por tanto, ser siempre conscientes de sus tareas y competencias específicas^{5, 33, 34}. Los psicólogos deben dirigir sus esfuerzos a:

- sensibilizarse acerca de su propia imagen profesional, y
- asumir criterios que les permitan posicionarse de manera constructiva.

Conocimientos:

- Conocimiento del modelo biopsicosocial dominante en medicina y en psicología clínica de la salud, y de las implicaciones del papel del psicólogo en los cuidados paliativos.
- Conocimiento del desarrollo histórico de la psicología, de su papel, y de los retos y limitaciones de la psicología en relación con las disciplinas médicas.
- Conocimiento del desarrollo histórico del papel de la psicología en cuidados paliativos, en el propio país e internacionalmente, en el contexto de la evolución de los sistemas de salud y la adopción de un modelo holístico de los cuidados paliativos.
- Conocimiento básico del contexto profesional y organizativo (asociaciones, grupos especiales de interés, y otras profesiones psicosociales implicadas en los cuidados paliativos).
- Conocimiento del papel y las tareas que normalmente desempeñan los psicólogos en cuidados paliativos, en su propio país e internacionalmente.

Habilidades y actitudes:

- Capacidad para representar a la propia profesión dentro del equipo interdisciplinar, así como en un contexto de trabajo más amplio (a nivel institucional).
- Capacidad para representar a la propia profesión en el campo de los cuidados paliativos, ante otras disciplinas médicas, en conferencias, dentro de comités especializados, etc.
- Capacidad para compartir el conocimiento psicológico con los que no son psicólogos.
- Capacidad para trabajar dentro de un equipo interdisciplinar, incluyendo la comunicación eficaz, la docencia a los demás, la diferenciación entre los distintos roles, y la gestión de las expectativas inapropiadas que otros puedan tener de los psicólogos.

- Capacidad para comunicarse eficazmente con las personas que padecen déficits intelectuales o sensoriales, o se encuentran incapacitados físicamente, o están pasando por dificultades emocionales.

Autorreflexión y autoconocimiento:

- Los psicólogos implicados en cuidados paliativos deberían preguntarse: ¿Estoy de acuerdo con las directrices éticas de los cuidados paliativos? ¿Cómo veo mi trayectoria profesional? ¿Cómo me siento siendo un miembro del equipo de cuidados paliativos? ¿Me considero un experto? ¿Soy consciente de mi rol y mis tareas profesionales? ¿Qué hago para afianzar mi rol entre los miembros del equipo?
- Reflexión sobre la contribución específica de los psicólogos en cuidados paliativos, en comparación con la contribución de otros profesionales o voluntarios.
- Reflexión sobre las limitaciones del propio rol y los conflictos que pueda generar.
- Reflexión sobre expectativas y objetivos poco realistas.

3.3 Valoración psicológica y documentación

Objetivos generales / objetivos de aprendizaje:

Los psicólogos deben ser capaces de proporcionar valoraciones psicológicas especializadas basadas en el uso adecuado, en la interpretación y en la integración de datos complejos que provienen de distintas fuentes, incluyendo las pruebas psicológicas y neuropsicológicas, mediciones de autoinforme, escalas de valoración, observaciones estructuradas directas e indirectas, y entrevistas semiestructuradas con el paciente, los miembros de su familia y otras personas involucradas en el cuidado del paciente. Deben ser competentes para diagnosticar y describir las dificultades de pacientes con alta complejidad y múltiples patologías clínicas. Una buena evaluación psicológica sirve para orientar el tratamiento psicológico y permite la evaluación crítica de su eficacia.

Conocimientos:

Los psicólogos deberían adquirir conocimientos (antecedentes teóricos, fundamentos, diferentes perspectivas) en los siguientes ámbitos:

EAPC update

- Psicología del desarrollo en las diferentes etapas de la vida, psicología de los sistemas de familias, de los modelos de psicopatología, de psicometría clínica y de neuropsicología.
- Counselling como evaluación de cribado y valoración neuropsicológica, psicológica y funcional.
- Criterios de diagnóstico y sistemas diagnósticos de psicopatología, y clasificación de los trastornos mentales.
- Diagnóstico diferencial de los síntomas y reacciones relacionadas con las enfermedades que amenazan la vida y de los trastornos mentales y psiquiátricos. Distinción entre alteraciones psicológicas y trastornos adaptativos transitorios relacionados con acontecimientos vitales.
- Cómo formular las dificultades del paciente basándose en un conocimiento actualizado de la teoría psicológica, teniendo en cuenta la necesidad de adaptarse a una expectativa vital limitada por la enfermedad, la multiplicidad y la complejidad de los problemas, la vida y la historia familiar, y el contexto cultural e histórico.
- Cómo comunicarse de forma hábil y a la vez sensible con los pacientes, sus familias, los cuidadores y una amplia gama de personas no expertas y de profesionales que se hallan dentro y fuera del sistema de salud, de un modo acorde a su nivel de comprensión, cultura, educación y formas preferidas de comunicación de cada uno de ellos.
- La legislación, las políticas nacionales y locales, y las cuestiones relacionadas con cuidados paliativos, salud mental y seguimiento de los registros clínicos.
- Los aspectos culturales.

Habilidades:

- Habilidades analíticas y de juicio.
- Capacidad para trabajar de forma autónoma dentro de las directrices profesionales.
- Capacidad para emplear diferentes herramientas de valoración y entrevistas de diagnóstico para la valoración de la sintomatología psicológica y para el establecimiento de un diagnóstico diferencial.
- Habilidades de planificación y organización.

- Capacidad para establecer una buena relación con los pacientes y sus familias.
- Calidez y empatía.

Actitudes:

- Mirar a las personas como individuos y valorar la diferencia.
- Tener una actitud flexible en el uso de métodos y herramientas de evaluación, teniendo en cuenta las limitaciones impuestas por la mala salud física de los pacientes.
- Tener voluntad de aceptar el cambio y explorar nuevos enfoques y maneras de hacer las cosas.
- Respetar la dignidad de las personas, sus deseos y creencias, involucrándolos en la toma de decisiones y logrando su consentimiento.

Autorreflexión y autoconocimiento:

- Toma de conciencia y sensibilidad hacia las necesidades y sentimientos de uno mismo; toma de conciencia y receptividad hacia las necesidades y los sentimientos de otras personas.
- Reflexión sobre la propia capacidad para soportar condiciones de estrés y trabajar con ellas.
- Reflexión sobre la propia capacidad para decidir qué información sobre el paciente y la familia es apropiada para compartir con los otros miembros del equipo.
- Toma de conciencia sobre las propias limitaciones y disposición para comprometerse en un continuo desarrollo profesional.

3.4 Counselling y psicoterapia

Objetivos generales / objetivos de aprendizaje:

Los psicólogos deben ser conscientes de los beneficios, pero también de las consecuencias y limitaciones, que el counselling y las intervenciones psicoterapéuticas tienen en los pacientes y sus familias¹⁴. Los psicólogos deben dominar la relación terapéutica, destacando la capacidad de escucha sin juzgar, la calidez, la empatía y la comprensión³⁶⁻³⁸. Deben reconocer la importancia de la adecuada valoración para la psicoterapia, y la importancia de detectar y apoyar la resiliencia en los individuos, familias y grupos cuando se aproxima el final de la vida y durante el proceso de duelo.

Conocimientos:

- Enfoques centrados en el cliente para el desarrollo de la relación terapéutica. Esto incluye el conocimiento de los estudios de metaanálisis que demuestran que la relación terapéutica es necesaria para el cambio, pero no siempre suficiente.^{43,44}
- Sistemas de evaluación de la eficacia de una intervención, formales e informales. Lo cual incluye el conocimiento de escalas de cuantificación y sistemas de evaluación formal de depresión, ansiedad y reacciones prolongadas de duelo; la disfunción en las relaciones familiares; y el conocimiento de las pruebas psicométricas para la evaluación del deterioro cognitivo y neurológico adquirido.
- Limitaciones de la aplicación de todo lo anterior en los pacientes en cuidados paliativos y sus familias, incluyendo las limitaciones éticas y clínicas.
- Eficacia de la intervención psicológica, del tratamiento psicofarmacológico, y de ambos combinados.
- Los diferentes modelos de psicoterapia que disponen de evidencia científica en enfermedades físicas, cuidados paliativos y duelo; estos modelos incluyen la terapia cognitivo-conductual, la terapia narrativa, la terapia existencial, la terapia familiar, el mindfulness basado en la terapia cognitivo-conductual, y la terapia psicodinámica interpersonal.
- Las diferentes modalidades terapéuticas y su eficacia relativa.
- Los beneficios y los costes potenciales de la elección de una modalidad terapéutica sobre otra cuando se trabaja con un grupo de clientes potencialmente vulnerables.
- Las distintas metodologías utilizadas para evaluar la eficacia de una intervención.

Habilidades:

- Capacidad para establecer y mantener una buena relación terapéutica.
- Capacidad para desarrollar un plan preciso de tratamiento y una intervención terapéutica coherente.
- Competencia en el modelo terapéutico elegido, y en tantos otros modelos que sea preciso.
- Capacidad para gestionar el final de la intervención terapéutica.

Autorreflexión y autoconocimiento:

- Ser abierto y autorreflexivo.
- Ser capaz de no juzgar, y centrarse en el cliente.
- No ser demasiado formal y rígido.
- Estar abierto a la rectificación a través de la relación terapéutica y la supervisión.
- Ser capaz de ofrecer apoyo y ser alentador.
- Ser capaz de demostrar la propia competencia.
- Tomar conciencia de la importancia del autocuidado y la supervisión (véase el apartado 3.7, sobre autoconocimiento y autocuidado).

3.5 Consulta, supervisión y apoyo al equipo

Objetivos generales / objetivos de aprendizaje:

Los profesionales en cuidados paliativos se enfrentan a muchas situaciones difíciles y a emociones intensas que pueden afectarles⁴⁷. La supervisión es un buen medio de facilitar la expresión de emociones y sentimientos que pueden surgir dentro del grupo de trabajo o en algunos de sus integrantes. Los psicólogos deben:

- Reconocer el sentido, la utilidad y los beneficios del counselling, la supervisión y el apoyo al personal del equipo como herramientas válidas para mejorar el rendimiento, el autocuidado y el desarrollo profesional y personal de los miembros del equipo de cuidados paliativos (48).
- Ser capaz de identificar las diferentes áreas donde puede proporcionarse apoyo^{49,50}.
- Ser capaz de asesorar a los individuos, equipos y organizaciones con respecto al desarrollo de un marco psicológico congruente para entender las necesidades de los pacientes y sus familias⁵¹⁻⁵⁴.

Conocimientos:

- Reconocer que el equipo es un sistema vivo con múltiples interrelaciones e interacciones conscientes e inconscientes que ocurren a diferentes niveles.
- Comprender cómo pueden afectar (a nivel personal y profesional) a los miembros del equipo, las situaciones traumáticas vividas en el trabajo.
- Saber cómo detectar riesgos o situaciones disfuncionales dentro del equipo o en algún miembro de él a través de la escucha profunda como

herramienta para el análisis de la información.

- Conocer los signos funcionales y disfuncionales que pueden aparecer dentro del equipo o en sus integrantes en relación con el desarrollo de la tarea, las relaciones interpersonales, el rol profesional y la satisfacción personal.
- Saber cómo facilitar la comunicación y promover la expresión de emociones y sentimientos, a fin de mejorar la gestión de situaciones traumáticas.
- Comprender las teorías y modelos de cambio y gestión del cambio tanto en individuos como en sistemas.
- Comprender cómo funcionan otras organizaciones dedicadas a la atención social y de la salud.

Habilidades:

- Escucha como herramienta de diagnóstico.
- Comunicación empática.
- Capacidad de clarificar y clasificar la información.
- Capacidad para priorizar las intervenciones requeridas según su naturaleza y nivel.
- Capacidad para detectar los primeros signos de burnout en el equipo.
- Capacidad para comprender y aliviar, en el contexto de los cuidados paliativos, el sufrimiento psicológico y emocional inducido por el dolor, la pérdida o una situación compleja.
- Capacidad para pensar y discutir casos, y la habilidad para evaluar las necesidades en cada caso antes de considerar las posibles intervenciones.
- Capacidad de proporcionar técnicas para reducir el estrés y la ansiedad.
- Capacidad de ser positivo, flexible, creativo, comunicativo e imaginativo en la búsqueda de soluciones.
- Capacidad para comunicarse con los miembros del equipo a todos los niveles, y considerando todos los aspectos de la organización.

Actitudes:

- Enfoque abierto e imparcial.
- Actitud integradora e imparcial frente a una amplia variedad de expresiones individuales.
- Reconocimiento y respeto a los diferentes puntos de vista y manifestaciones emocionales.
- De estímulo y facilitación de la elaboración, la integración y la cohesión del grupo.

- Compasión, reflexión, análisis y capacidad de proporcionar de apoyo.

Autorreflexión y autoconocimiento:

- Los psicólogos deben recordar que ellos mismos pueden enriquecerse en la relación con sus pacientes, familiares y amigos.
- Los psicólogos deben ser conscientes de que pueden verse afectados por las situaciones que tienen que afrontar en su trabajo.
- Puede ser útil para los psicólogos crear un gráfico de relaciones con el fin de "dibujar" el equipo de cuidados paliativos como un sistema social y observar la dinámica de las interacciones entre los miembros del equipo.

3.6 Investigación

Objetivos generales/objetivos de aprendizaje:

Los psicólogos de cuidados paliativos lleven desarrollar investigaciones de vanguardia, y divulguen los resultados obtenidos. La investigación en cuidados paliativos ha sido criticada, a veces, por realizarse a pequeña escala, ser descriptiva y carecer de la calidad metodológica necesaria para contribuir a la medicina basada en la evidencia. Esto se debe en parte a las dificultades éticas y a las dificultades prácticas de llevar a cabo investigaciones con personas con enfermedades terminales y familiares en proceso de duelo. Los psicólogos deberían ser conscientes de estas dificultades y saber cómo superarlas; conocer diferentes métodos aplicables a la investigación en cuidados paliativos, y saber cómo evaluar de manera crítica, así como desarrollar estudios de investigación bien fundados, en este campo⁵⁵.

Conocimientos:

- Historia del desarrollo de la investigación en cuidados paliativos.
- Principales temas de investigación relevantes para los psicólogos en cuidados paliativos; por ejemplo, cómo facilitar la toma de decisiones ante el final de vida, de qué forma aliviar el malestar psicológico y existencial, y cómo fomentar una comunicación eficaz sobre las voluntades anticipadas.
- Métodos de investigación diversos y su adecuada utilización, incluyendo:
 - Ensayos controlados aleatorios, y otros métodos experimentales

- (muestreo, análisis cuantitativo, medición de resultados).
- Métodos de investigación cualitativa (principales enfoques teóricos, muestreo, recogida y análisis de datos, asegurándose de su robustez).
- Métodos mixtos (cómo y cuándo combinar métodos cualitativos y cuantitativos).
- Métodos de investigación epidemiológica (estudios observacionales y cuasi-experimentales, valoración de la incidencia y la prevalencia).
- Implementar la investigación.
- Estudios de consenso.
- Estudios de casos.
- Conocimiento de cómo llevar a cabo la investigación, incluyendo el muestreo, el diseño, pruebas y estudios piloto; y de los métodos de revisión sistemática para estudios cualitativos y cuantitativos.
- Comprensión de los análisis psicométricos, su validez y fiabilidad.
- Conocimiento de la evaluación y supervisión de las intervenciones psicoterapéuticas.
- Conocimiento de los análisis económicos / rentabilidad.
- Conocimiento de la auditoría y evaluación de servicio.
- Cuestiones éticas y prácticas en torno a la investigación en cuidados paliativos.

Habilidades y actitudes:

- Habilidad para evaluar de manera crítica la investigación cualitativa y cuantitativa y sus revisiones.
- Capacidad para formular cuestiones de investigación y desarrollar protocolos de estudio.
- Habilidad para escribir y presentar proyectos de investigación.
- Habilidad para gestionar un estudio de investigación.
- Capacidad para difundir los resultados de la investigación (en ponencias, presentaciones a congresos, proporcionando feedback a los participantes y al público).
- Habilidad para involucrar eficazmente a los usuarios de los servicios.
- Curiosidad.
- Enfoque de no enjuiciamiento.

Autorreflexión y autoconocimiento:

Dado que la investigación en cuidados paliativos puede implicar relaciones de empatía con los pacientes y sus familias,

es muy importante el conocimiento de uno mismo y el autocuidado (ver sección 3.7).

3.7 Autoconocimiento y autocuidado Objetivos generales / objetivos de aprendizaje:

Los psicólogos en cuidados paliativos deben ser capaces de establecer una relación cercana, empática y positiva con los miembros del equipo, con el paciente y sus familiares (entre los que puede haber adultos o niños), además de ser coherentes con ellos mismos. Ante los pacientes moribundos pueden plantearse cuestiones existenciales difíciles (es decir, espirituales y emocionales) que generen en el psicólogo sentimientos de incomodidad o desesperanza, o que susciten sus propias cuestiones existenciales. Una forma de enfrentarse a este problema es crear una distancia emocional, más allá de distancia profesional saludable, entre uno mismo y el paciente o la familia. Esto puede obstaculizar el intento del psicólogo de empatizar con el paciente, y contribuir a generar sentimientos de falta de profesionalidad que no sería beneficioso para el paciente. Ser plenamente consciente de las cuestiones existenciales en su propia vida permitirá al psicólogo comprender e integrar sus sentimientos, sin dejar de estar completamente entregado y centrado en el paciente. El autoconocimiento es una poderosa herramienta para el autocuidado.

Conocimientos:

- Comprensión de las cuestiones existenciales que afectan a los pacientes que se acercan al final de la vida y sus familias ⁵⁶.
- Comprensión de las propias cuestiones existenciales resueltas y no resueltas ^{54, 57}.
- Comprensión de la influencia de la propia individualidad (personalidad y temperamento, rasgos, estilos cognitivos, etc.) en la relación con el paciente.
- Comprensión del significado del propio rol de profesional que se preocupa por atender al paciente moribundo y a su familia.
- Conocimiento de la literatura relacionada con el burnout, la traumatización por modelado y la fatiga por compasión.
- Conocimiento de las técnicas de relajación y meditación para el manejo del estrés.

Habilidades:

- Habilidad para empatizar con los pacientes y las familias mientras se mantiene la propia congruencia interna.
- Conocimiento de las propias cuestiones existenciales, así como las de los pacientes y familiares, y del efecto que esto puede producir en los sentimientos propios.
- Capacidad de detectar, en uno mismo, síntomas de agotamiento en cualquiera de sus dimensiones, y de buscar ayuda cuando sea necesario ⁶⁴⁻⁶⁶.
- Habilidad para mantener la propia presencia física y emocional ante un paciente que sufre el dolor y la degradación física.
- Habilidad para utilizar las técnicas de relajación en uno mismo con el objetivo de manejar el estrés.
- Habilidad para utilizar técnicas conductuales para afrontar la muerte y el sufrimiento (64).
- Habilidad para hacer preguntas con sentido en relación a la atención proporcionada.
- Habilidad para trabajar en equipo, dando y recibiendo de los demás miembros del equipo ⁶⁷.

Metodología:

- Realizar reflexiones diarias.
- Compartir dentro de la terapia de grupo.
- Crear una visión de equipo.
- Sesiones de relajación.
- Supervisión clínica / intercambio regular y reflexión con los colegas que trabajan en el mismo campo.

Autorreflexión y autoconocimiento:

Los psicólogos que trabajan en cuidados paliativos necesitan reflexionar sobre las cuestiones físicas y existenciales mencionadas a continuación:

- ¿Qué estoy haciendo para mantenerme físicamente saludable (dieta, ejercicio, relajación)?
- El envejecimiento natural (la aceptación de los signos del envejecimiento y pérdida de la belleza).
- La posibilidad de perder la propia movilidad e independencia funcional. La aceptación de la dependencia funcional en los otros.
- La posibilidad de convivir con el dolor, la degradación física y la deformidad. Ser consciente de los propios sentimientos cuando se atiende a

pacientes que sufren de dolor, degradación física y deformidad.

- Aceptar la muerte del propio cuerpo: ¿Cómo imagino mi cuerpo después de la muerte? ¿Cómo me gustaría que fuera tratado mi cuerpo después de la muerte?
- Las relaciones con los seres queridos: relaciones significativas, comunicación y expresión de sentimientos, tiempo dedicado a la familia y amigos, temas sobre el perdón y la gratitud. ¿Cómo me gustaría ser recordado después de mi muerte? ¿Qué estoy haciendo para contribuir a ello?
- El rol que se desempeña en la propia familia: ser un hijo, un padre, un pariente... ¿Cómo reacciono cuando está sufriendo alguno de mis seres queridos?
- ¿Cómo hacer frente al sufrimiento físico o emocional cuando lo padezco en mí mismo? ¿Me siento desesperanzado, o tengo fuerzas para superarlo?
- Vivir una vida con sentido: conseguir que mi actividad actual tenga sentido y contribuya a que yo me sienta realizado. ¿Estoy perdiendo mucho tiempo en actividades que para mí no tienen sentido? ¿Cuáles son mis metas en la vida? ¿Qué es lo realmente importante para mí? Si supiera que me iba a morir dentro de poco y mirara hacia atrás en mi vida, ¿estaría satisfecho con lo que he vivido? Si no es así, ¿qué puedo cambiar? (68).
- La incertidumbre y la falta de control. ¿Cómo puedo manejar la incertidumbre? ¿Cuáles son mis mecanismos y mis recursos personales para hacer frente a las situaciones difíciles? El análisis de los obstáculos del pasado (pérdidas, dificultades, experiencias traumáticas...) y la forma en que fueron tratados nos ayudará a conocer nuestros puntos fuertes y nuestros recursos personales, y eso puede reducir el miedo a lo desconocido.
- El proceso de pérdida personal. ¿Estoy en duelo? Cuando murió alguien que yo amaba, ¿cuáles eran mis necesidades? ¿Cuáles creo que podrían ser mis necesidades si falleciera alguien a quien yo amaba? ¿Qué voy a necesitar a mi alrededor para sentirme consolado?
- La propia muerte: si me estuviera muriendo, ¿cómo me gustaría sentirme? ¿Qué voy a necesitar a mi alrededor para morir bien?

- La dignidad. ¿Cuáles son las piedras angulares de mi propia dignidad? ¿Cuándo tengo la sensación de la dignidad de mi cuerpo? ¿Cuando me siento digno? ¿Cómo puedo ayudar a preservar la dignidad de los pacientes?
- Necesidades y creencias religiosas y espirituales: Entender la diferencia entre creencias y convicciones, definir mi espiritualidad y mis propias creencias. ¿Cómo puedo educar mi propia espiritualidad? ¿Cómo puedo asegurarme de que no impongo mis creencias a los pacientes? ⁶⁹.
- La motivación en el trabajo: ¿Por qué elegí trabajar en cuidados paliativos? Si estoy trabajando en cuidados paliativos, ¿de dónde proviene mi motivación por el trabajo? La motivación para el trabajo en cuidados paliativos como proceso.

Estos temas deberían trabajarse en un marco grupal, cosa que permitirá a los psicólogos no sólo explorar sus propios puntos de vista sobre lo que es “un buen cuidado”, “una buena familia”, “una buena muerte” o “una buena vida”, sino también comprender mejor los puntos de vista de los demás. Esto, a la vez, puede ayudar al psicólogo a aceptar a sus pacientes como son y evitar imponer sus puntos de vista sobre ellos. Con la creación de una narrativa personal los psicólogos también pueden profundizar en sus propias opiniones sobre la vida y la muerte.

3.8 Ética

Objetivos generales / objetivos de aprendizaje:

Los psicólogos que trabajan en cuidados paliativos deben familiarizarse con los fundamentos éticos de la atención sanitaria, como un sistema de principios morales que se aplican en la práctica en contextos clínicos, así como en el ámbito teórico, científico, las estrategias y la defensa del propio trabajo ⁷⁰⁻⁷³. Los psicólogos deben conocer los valores fundamentales de la ética de la asistencia sanitaria, lo cual puede proporcionar un marco para la comprensión de ciertas contradicciones que incluyen:

- La autonomía del paciente (el derecho del paciente a rechazar o elegir su tratamiento).
- La no maleficencia (evitar hacer algo que pueden dañar al paciente).
- La beneficencia (actuar según lo más conveniente para el paciente), la justicia (distribución justa y equitativa

de los recursos sanitarios), la dignidad, la veracidad y la honestidad ⁷⁴.

Los psicólogos deben ser capaces de:

- Identificar los principales dilemas éticos que puedan presentarse durante la práctica en cuidados paliativos ^{75, 76}.
- Participar en debates sobre los dilemas éticos en los cuidados al final de vida.
- Dialogar sobre los dilemas éticos con los pacientes y el equipo sanitario, y ayudar al equipo de cuidados paliativos a construir una respuesta adecuada para el bienestar de los pacientes.

Conocimientos:

Los psicólogos deben dominar los siguientes ámbitos teóricos:

- La dimensión ética de los cuidados paliativos (sentido de la agonía y de la muerte, dignidad humana, ética del cuidado).
- Los cuidados paliativos, la eutanasia y el suicidio asistido.
- Los aspectos y principios éticos implicados en la toma de decisiones de los cuidados paliativos (por ejemplo, las expectativas en el final de vida, la esperanza, la confidencialidad, la autonomía, la integridad, la vulnerabilidad, la justicia...).
- Las áreas de cuidados paliativos donde puedan surgir los problemas éticos (por ejemplo: retirada del tratamiento activo, planificación anticipada de cuidados, petición de “no intentar la reanimación”).

Habilidades:

- Habilidad para identificar la estructura psicológica y emocional de los pacientes, que puede afectar a su autonomía y a su capacidad de dar consentimiento.
- Capacidad para tratar situaciones difíciles, especialmente cuando el paciente expresa el deseo de acelerar la muerte o recibir el suicidio asistido.
- Habilidad para comprender y aceptar las decisiones y el punto de vista de los pacientes.
- Capacidad para decir a alguien que algo no es posible, pese a que se comprenda la solicitud de la persona.
- Habilidad para apoyar a los miembros del equipo que están especialmente involucrados en los procesos de toma de decisiones.

Actitudes:

En la relación con los pacientes y las familias, los psicólogos deben adoptar una actitud de no-enjuiciamiento. También deben mostrar, en la relación, un planteamiento ético; es decir, mostrar pleno respeto hacia los deseos de los pacientes (y ayudarles a analizar y conciliar sus deseos con los de sus seres queridos), mientras trabajan dentro del marco ético que restringe su práctica diaria. Los psicólogos deben ser leales al equipo de cuidados paliativos, apoyando la postura acordada por el equipo ante problemas éticos concretos y representarlo en las entrevistas que se realicen con los pacientes y sus familiares.

Auto-reflexión y autoconocimiento

Además de las cuestiones mencionadas en el apartado 3.7 sobre autoconocimiento y autocuidado, los psicólogos necesitan reflexionar sobre lo que consideran que es un comportamiento ético en ellos mismos, así como en su propio concepto de vida y muerte, incluyendo las preferencias personales en la planificación de las voluntades anticipadas.

3.9 Diversidad cultural

Objetivos generales / objetivos de aprendizaje:

En el contexto de cuidados paliativos son muchas las definiciones de cultura utilizadas^{80,81}. De acuerdo con una de ellas, la cultura abarca aspectos como género, edad, diferentes habilidades, orientación sexual, religión, estatus económico, lugar donde se vive, empleo y nivel educativo⁸². La cultura juega un papel determinante en la experiencia personal del proceso de enfermedad avanzada, muerte y duelo. Por lo tanto, disponer de competencias relacionadas con los diferentes marcos culturales es esencial en los cuidados del final de la vida, en los que la complejidad cultural, las creencias, los valores y las costumbres pasan al primer plano. En cuidados paliativos, los aspectos culturales son especialmente importantes respecto a cuestiones tales como la toma de decisiones médicas, así como la experiencia de dolor, su significado y su expresión y el manejo de síntomas. El reto consiste en hacer accesibles los servicios a las diferentes comunidades y "ofrecer una asistencia sensible en materia de idioma, religión, espiritualidad y necesidades dietéticas"⁸³⁻⁸⁶. Doorenbos y Schim mostraron que las competencias en el manejo de la diversidad cultural de los profesionales de los equipos de cuidados

paliativos variaban mucho y dependían del nivel educativo y de la formación previa en diversidad cultural. Estos autores han demostrado que los miembros del equipo que contaban con una preparación previa eran mucho más competentes culturalmente que aquellos que no la habían recibido⁸⁷. Todos los profesionales de cuidados paliativos deben recibir el entrenamiento para mejorar su competencia en el manejo de la diversidad cultural y ampliar su conciencia y sensibilidad sobre este tema.

Conocimientos:

Los psicólogos que trabajan en cuidados paliativos y que están en contacto con diferentes grupos culturales deben adquirir conocimientos sobre:

- Religión, espiritualidad y sistemas de creencias.
- Creencias sobre la salud y la enfermedad.
- Significado y adecuación del contacto físico.
- Estilos y formas de comunicación verbal y no verbal.
- Hábitos alimentarios y comidas apropiadas al final de vida.
- Rituales funerarios y prácticas de duelo.
- Expresiones culturalmente aceptables en el duelo.

Habilidades:

- Capacidad de reconocer y respetar la diversidad cultural.
- Habilidad para mantener la comunicación entre culturas (por ejemplo, cuando se pregunta sobre cuestiones claves en la valoración)⁸⁵.
- Capacidad de realizar una interpretación cultural.
- Habilidad para llevar a cabo intervenciones culturalmente adecuadas.
- Habilidad para realizar la valoración del dolor de forma culturalmente correcta (incluyendo la comprensión de los indicadores no verbales del dolor).
- Capacidad para realizar un control de síntomas culturalmente adecuado.

Metodología:

- Manejo de bibliografía de la especialidad⁹⁰.
- Reflexión sobre historias de encuentro intercultural.
- Análisis de casos.
- Prácticas y juegos de rol con pacientes simulados.

EAPC update

- Lecturas especializadas e intercambios con otros países.

Actitudes:

- Respeto, permiso y apoyo la diferencia cultural.
- Comprensión del desarrollo de la competencia cultural como un proceso.
- Respeto a las costumbres y los rituales asociados con la transición de la vida a la muerte.
- Apoyo a las prácticas espirituales, religiosas y culturales y la atención adecuada al cuerpo después de la muerte.
- Respeto a los rituales de duelo.

Auto-reflexión y autoconocimiento:

- Conciencia de la posible influencia que los propios valores y creencias del profesional ejercen en la atención que desempeña.
- Examinar el propio patrimonio cultural, las experiencias, las creencias religiosas y las prácticas espirituales.
- Diferenciar entre los valores culturales personales y los de los demás, y sensibilizarse ante la diferencia cultural para evitar la discriminación y los prejuicios.

3.10 Política, organización y fomento

Objetivos generales / objetivos de aprendizaje:

Según la OMS, los tres requisitos fundamentales para proporcionar un servicio eficaz de cuidados paliativos son: una política adecuada, la formación, y la disponibilidad de fármacos. Estos tres aspectos son cruciales para una intervención integral en cuidados paliativos y deben formar parte de la formación de los psicólogos. Otro aspecto importante es la promoción, es decir, la búsqueda de influencia en los responsables políticos para diseñar, adoptar, implementar o cambiar políticas y usos, a fin de garantizar la disponibilidad de unos cuidados paliativos de eficacia y calidad para todos.

Conocimientos:

- Conocimiento de las sociedades científicas y asociaciones de psicólogos así como de las sociedades científicas y asociaciones de cuidados paliativos nacionales e internacionales, de sus objetivos, metas y enfoques estratégicos.
- Conocimiento de las actividades de la EAPC y su actividad en pro de una mejora de la información, la

educación, la investigación y la colaboración multiprofesional.

- Conocimiento acerca del rol que juegan los cuidados paliativos dentro del sistema de salud (del propio país y a nivel internacional).
- Conocimiento de los servicios de cuidados paliativos y del contexto institucional, político y estructural de las organizaciones que ofrecen cuidados paliativos.
- Conocimiento de los debates actuales, de las publicaciones científicas y de cómo los cuidados paliativos aparecen en los medios de comunicación.
- Conocimiento de las oportunidades de formación en cuidados paliativos.
- Conocimiento de los criterios de calidad de los cuidados paliativos.
- Conocimiento de las condiciones de trabajo y de los recursos en el sector de los cuidados paliativos (en su propio país e internacionalmente).

Habilidades:

- Habilidades de comunicación para la participación activa en congresos y reuniones.
- Habilidades docentes para informar tanto a expertos como a profanos sobre los cuidados paliativos y las necesidades de los pacientes y familiares.
- Habilidades para la relación con los medios de comunicación sobre la importancia de proporcionar cuidados paliativos a todos aquellos que lo necesitan.
- Habilidades para la promoción de una cultura de la muerte con dignidad, en la que no se descuide el sufrimiento de enfermos terminales y moribundos.

Actitudes y autorreflexión:

- Reflexión crítica sobre los diferentes puntos de vista y enfoques en cuidados paliativos comunitarios a fin de mejorar la propia postura.
- Voluntad de trabajar en la promoción de los cuidados paliativos a fin de mejorar las condiciones en que se ofrecen estos, y en que se lleva a cabo la formación y la investigación.

4. Perspectivas

Este documento se centra en las competencias fundamentales que deben formar parte de la formación de los psicólogos que trabajan en cuidados paliativos. El plan de formación propuesto describe los conocimientos, las habilidades, las competencias y las actitudes

específicas de los psicólogos; algunas de ellas son comunes a todas las personas implicadas en los cuidados paliativos, ya sean profesionales o voluntarios.

Además, en el plan de formación propuesto en este documento, se tienen en cuenta las recomendaciones generales formuladas por la EAPC en relación al desarrollo del currículo, las estrategias educativas y la evaluación curricular. Estos aspectos han sido descritos en detalle en el documento titulado: "Recommendations of the European Association for Palliative Care for the Development of Postgraduate Curricula leading to Certification in Palliative Medicine" (Recomendaciones de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos para el Desarrollo de los planes de estudios de postgrado para la Certificación en Medicina Paliativa ⁹¹).

Por otra parte, los conocimientos y las destrezas que los psicólogos necesitan para trabajar de manera eficaz en cuidados paliativos deben cotejarse con los actuales planes de estudios de cada país, con el fin de determinar lo que ya poseen y lo que aún necesitan adquirir para poder hacer aportaciones significativas al equipo de cuidados paliativos ¹⁷.

Los futuros planes de formación deben tener en cuenta la Declaración de Bolonia, publicada en 1999 por los Ministros de Educación europeos para unificar en Europa la enseñanza de pregrado de todas las disciplinas ^{92, 93}. La Declaración de Bolonia es una base importante para el desarrollo de una formación de postgrado común para todos los países europeos.

En general, el perfil profesional de los psicólogos, en el campo de los cuidados paliativos, aún está en fase de diseño, así que el espectro de las tareas, las funciones y las competencias tendrá que ser más claramente delineado en el futuro. Este proceso debe realizarse en el contexto multiprofesional de los cuidados paliativos. Será necesario considerar las expectativas de los pacientes y sus familiares, así como la contribución de otros profesionales de la salud, incluidos los profesionales de la salud mental.

Futuras investigaciones podrían centrarse en la percepción que los pacientes, los familiares y los demás profesionales tienen en relación al psicólogo. ¿Qué saben sobre la formación y conocimientos de los psicólogos, y qué piensan que los psicólogos pueden aportar a los cuidados paliativos? ¹⁷.

El abanico de tareas y el alcance de la profesión del psicólogo en cuidados paliativos deben ser reconocidos y estudiados más a fondo. Nydegger afirma

que "la psicología ha hecho contribuciones a la atención del fin de vida, pero la profesión no ha hecho suficientemente visible lo que tiene que ofrecer". La encuesta que nuestro Grupo de Trabajo llevó a cabo en 2009 entre los psicólogos que trabajan en cuidados paliativos mostró que el principal objetivo de su trabajo hoy en día se relaciona con tareas clínicas. Sin embargo, según Nydegger, los psicólogos también podrían involucrarse más como miembros del equipo o como directores, a nivel de gestión, en el diseño y apoyo al equipo y en los programas de capacitación, en la investigación clínica e institucional, y en la gestión organizativa y consultoría ¹⁷.

Con la definición de las competencias básicas y el plan de formación propuesto, el perfil del psicólogo en cuidados paliativos es probable que gane importancia en un futuro cercano. Los esfuerzos para documentar de forma sistemática las tareas que los psicólogos en cuidados paliativos llevan a cabo (por ejemplo, la valoración psicológica y la intervención) también contribuirán al fortalecimiento de su perfil.

Al mismo tiempo, los cuidados paliativos como un todo están experimentando un crecimiento en el nivel de profesionalización, con el correspondiente reconocimiento de sus diversas disciplinas y la creciente integración en el sistema general de salud. La necesidad de psicólogos en cuidados paliativos debe ser considerada también en un contexto de evolución continua de los recursos de cuidados paliativos, la investigación y promoción de la disciplina.

Este documento ha sido aprobado por la Junta Directiva de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos.

Agradecimientos: Los autores agradecen la financiación inicial de ANTEA.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

Saskia Jünger, Científica de la Salud, Departamento de Medicina Paliativa, Hospital Universitario de Bonn, Alemania; Sheila Payne, Presidenta de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC), y Directora del Observatorio Internacional sobre Cuidados en el Final de Vida, Universidad de Lancaster, Lancaster, UK; Miembros del Grupo de Trabajo sobre la formación de psicólogos que intervienen en cuidados paliativos de la EAPC (Jan Ablett, Gema Costa-Requena, António Manuel Fonseca, Anna Giardini, Carol Gouveia Melo, Mai-Britt Guldin, Sue Hall, Christine Kalus, Agnieszka Karpowicz, Karen-Inge

EAPC update

Karstoft, Christina Liossi, Katarzyna Ludwin, Katarzyna Makara, Sandra Martins Pereira, Martina Pestinger, Elzbieta Pozarowska, Gustavo Francisco Rodio, Anja Simonic, Claudia Wenzel, Elzbieta Wesolek).

Referencias

1. www.eapcnet.eu/Corporate/AbouttheEAPC/Definitio nandaims/tabid/151/Default.aspx (last accessed 25/07/2011)
2. www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ (last accessed 25/07/2011)
3. De Vlieger M, Gorchs N, Larkin PJ, Porchet F. A Guide for the Development of Palliative Nurse Education in Europe. Palliative Nurse Education: Report of the EAPC Task Force. Milan: EAPC, 2004.
4. Filbet M, Centeno C, de Conno F et al. Curriculum in Palliative Care for Undergraduate Medical Education. Recommendations of the European Association for Palliative Care. Report of the EAPC Task Force on Medical Education. Milan: EAPC, 2007.
5. Fegg M, Pestinger M, Lampe H et al; AK Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. Berufsbild für Psychologen in Palliative Care. Zeitschrift für Palliativmedizin 2009; 10: 72.
6. Jünger S, Payne SA, Costantini A, Kalus C, Werth JL Jr. The EAPC Task Force on Education for Psychologists in Palliative Care. European Journal of Palliative Care 2010; 17: 84–87.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence. Improving supportive and palliative care for adults with cancer. London: NICE, 2004. www.nice.org.uk/CSGSP (last accessed 25/07/2011)
8. Clinical Standards: Specialist Palliative Care. Edinburgh: Clinical Standards Board for Scotland, 2002.
9. Council of Europe. Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. [www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf) (last accessed 25/07/2011)
10. Report of the National Advisory Committee on Palliative Care. Dublin: Department of Health and Children, 2001. www.dohc.ie/publications/national_advisory_committee_on_palliative_care.html (last accessed 25/07/2011)
11. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 2nd edn. Pittsburgh; 2009. www.nationalconsensusproject.org/Guidelines_Download.asp (last accessed 25/07/2011)
12. Davies E, Higginson IJ (eds). Better Palliative Care for Older People. Copenhagen: World Health Organization Europe, 2004.
13. Centeno C, Clark D, Lynch T et al. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe. Houston, Texas: IAHP Press, 2007. www.eapc-taskforcedevelopment.eu/tfdocs.php (last accessed 12/08/2011)
14. Kalus C, Beloff H, Brennan J et al. The Role of Psychology in End of Life Care. A report published by the Professional Practice Board of the British Psychological Society. Leicester: The British Psychological Society, 2008.
15. Grant L, Kalus C. A survey of applied psychologists in specialist palliative care: Settings, roles and approaches. Clinical Psychology Forum 2010; 208: 33–37.
16. Lacasta Reverte MA, Rocafort Gil J, Blanco Toro L, Timoneo Limonero i García J, Gómez Batiste X. Intervención psicológica en Cuidados Paliativos. Análisis de los servicios prestados en España. Medicina Paliativa 2008; 15: 39–44.
17. Nydegger R. Psychologists and hospice: Where we are and where we can be. Professional Psychology: Research and Practice 2008; 39: 459–463.
18. Jünger S, Eggenberger E, Greenwood A, Payne S. Psychologinnen und Psychologen in der Palliativversorgung in Europa: ein Fachbereich im Aufbau. 8. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, 9–11 September 2010, Dresden. Zeitschrift für Palliativmedizin 2010: E1–E58.
19. Jünger S, Eggenberger E, Greenwood A, Payne S. Psychologists in palliative care in Europe: A discipline 'under construction'. Abstracts of the 6th Research Congress of the European Association for Palliative Care. Palliat Med 2010; 24: 212–213.
20. Irwin SA, von Gunten CF. The Role of Palliative Care in Cancer Care Transitions. In: Holland JC, Breitbart WS, Jacobsen PB et al (eds). Psycho-Oncology, 2nd edn. New York: Oxford University Press, 2010: 277–283.
21. Payne S, Sheldon F, Jarrett N et al. Differences in understanding of specialist palliative care amongst service providers and commissioners in South London. Palliat Med 2002; 16: 395–402.
22. Kuebler KK, Berry PH, Heidrich DE. End-of-life Care: Clinical practice guidelines, 1st edn. Philadelphia: Saunders, 2002.
23. Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K (eds). Oxford Textbook of Palliative Medicine, 3rd edn. Oxford: Oxford University Press, 2004.
24. Radbruch L, Payne S, EAPC Board of Directors. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1 Recommendations from the European Association for Palliative Care. European Journal of Palliative Care 2009; 16: 278–289.
25. World Health Organization. National Cancer Control Programmes. Policies and managerial guidelines, 2nd edn. Geneva: WHO, 2002. www.who.int/cancer/nccp/nccp/en (last accessed 25/07/2011)
26. Chau DL, Shull J, Mason MN. End-of-Life pain: Pharmacological and psychosocial perspectives. Psychiatr Times 2005; 22: 16–17.
27. Cummings I. The Interdisciplinary Team. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N (eds). Oxford Textbook of Palliative Medicine, 2nd edn. Oxford: Oxford University Press, 1998.
28. Radbruch L, Payne S, EAPC Board of Directors. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2. Recommendations from the European Association for Palliative Care. European Journal of Palliative Care 2010; 17: 22–33.
29. Emanuel LL, Librach SL. Palliative Care: Core Skills and Clinical Competencies, 1st edn. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2007.
30. Lickiss JN, Turner KS, Pollock ML. The Interdisciplinary Team. In: Doyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K (eds). Oxford Textbook of Palliative Medicine, 3rd edn. Oxford: Oxford University Press, 2004: 42–45.
31. Haley WE, Larson DG, Kasl-Godley J, Neimeyer RA, Kwilosz DM. Roles for psychologists in end-of-life care: Emerging models of practice. Professional Psychology: Research and Practice 2003; 34: 626–633.
32. Payne S, Haines R. The contribution of psychologists to specialist palliative care. Int J Palliat Nurs 2002; 8: 401–406.
33. American Psychological Association. The Role of Psychology in End-of-Life Decisions and Quality of Care Issues. www.apa.org/research/action/end.aspx (last accessed 25/07/2011)
34. Werth JL Jr, Gordon JR, Johnson RR Jr. Psychosocial issues near the end of life. Aging Ment Health 2002; 6: 402–412.

35. Sage N, Sowden M, Chorlton E, Edeleanu A. CBT for Chronic Illness and Palliative Care: A Workbook and Toolkit. Chichester: Wiley, 2008.
36. Brennan J. Cancer in Context: A Practical Guide to Supportive Care. Oxford: Oxford University Press, 2004.
37. Hobson RF. Forms of Feeling: The Heart of Psychotherapy. London: Tavistock, 1985.
38. Margison F. Learning to Listen: Teaching and Supervising Basic Psychotherapeutic Skills. In: Holmes J (ed). Textbook of Psychotherapy in Psychiatric Practice. London: Churchill Livingstone, 1991: 165-186.
39. Carr A. Positive Psychology. The Science of Happiness and Human Strengths. Hove: Brunner-Routledge, 2004.
40. Greenspan M. Healing Through the Dark Emotions. The Wisdom of Grief, Fear, and Despair. Boston, Mass: Shambhala, 2003.
41. Kabat-Zinn J. Full Catastrophe Living. How to Cope with Stress, Pain and Illness Using Mindfulness Meditation. London: Piatkus, 2001.
42. Worden JW. Grief Counselling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner, 4th edn. London: Routledge, 2009.
43. Gilbert P (ed). Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy. New-York: Brunner-Routledge, 2005.
44. Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J, Auerbach A. Who Will Benefit from Psychotherapy? Predicting Therapeutic Outcomes. New York: Basic Books, 1988.
45. Hayes SC, Follette VM, Linehan MM (eds). Mindfulness and Acceptance. Expanding the Cognitive-Behavioral Tradition. New York: Guilford Press, 2004.
46. Kissane DW, Bloch S. Facing Death: Family Focussed Grief Therapy. Buckingham: Open University Press, 2002.
47. Aguirán Clemente P. Impacto en los Profesionales del Enfrentamiento Diario con la Muerte: el Estrés Laboral Asistencial (Síndrome de Burnout). In: Die M, López E (eds). Aspectos Psicológicos en Cuidados Paliativos. La Comunicación con el Enfermo y la Familia. Madrid: Ades Ediciones, 2000: 611-618.
48. Sidelski D. Estrés y Coaching Profundo: Para Pasar de Víctima a Protagonista de la Vida. Integrando Medicina, Psicoterapia y Coaching Mediante el Modelo de Ken Wilber. Buenos Aires: Lumen Humanitas, 2010.
49. Arranz P, Barbero JJ, Barreto P, Bayés R. Intervención Emocional en Cuidados Paliativos. Modelo y Protocolos. Barcelona: Ariel Ciencias Médicas, 2003.
50. Rodio GF. Presentation on the prevention of burnout and clinical supervision in palliative care. Congress of the Latin American Association for Palliative Care, Montevideo, Uruguay, 30 March- 2 April 2004.
51. Buijssen H, Bruntink R, van der Ploeg H, Baar F, Stoppelenburg A. Einde goed, allen goed? Oog voor zorgenden in de palliatieve zorg. Nijmwegen: de Stiel, 2003.
52. Lloyd-Williams M (ed). Psychosocial Issues in Palliative Care. Oxford: Oxford University Press, 2003.
53. Schaverien J. The Dying Patient in Psychotherapy. Dreams and Desire in Analysis. Basingstoke: Palgrave, 2002.
54. Stiefel F. Support of the supporters. Support Care Cancer 2008; 16: 123-126.
55. Addington-Hall JM, Bruera E, Higginson IJ, Payne S (eds). Research Methods in Palliative Care. Oxford: Oxford University Press; 2007.
56. Tomer A, Eliason G. Toward a comprehensive model of death anxiety. Death Stud 1996; 20: 343-365.
57. Wasner M, Longaker C, Fegg MJ, Borasio GD. Effects of spiritual care training for palliative care professionals. Palliat Med 2005; 19: 99-104.
58. Lowry F. Does doctors' own fear of dying hinder palliative care? CMAJ 1997; 157: 301-302.
59. Bernard M-F, Creux F. Suffering – a problem that also affects nurses. European Journal of Palliative Care 2003; 10: 77-81.
60. Delvaux N, Razavi D, Marchal S et al. Effects of a 105 hours psychological training program on attitudes, communication skills and occupational stress in oncology: a randomised study. Br J Cancer 2004; 90: 106-114.
61. Keidel GC. Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. Am J Hosp Palliat Care 2002; 19: 200-205.
62. Meadors P, Lamson A. Compassion fatigue and secondary traumatization: provider self care on intensive care units for children. J Pediatr Health Care 2008; 22: 24-34.
63. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. Lancet 2009; 374: 1714-1721.
64. Kearney MK, Weininger RB, Vachon ML, Harrison RL, Mount BM. Self-care of physicians caring for patients at the end of life: 'Being connected ... a key to my survival'. JAMA 2009; 301: 1155-1164.
65. Maslach C, Leiter MP. Early predictors of job burnout and engagement. J Appl Psychol 2008; 93: 498-512.
66. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. MBI: The Maslach Burnout Inventory: Manual. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, 1996.
67. Giardini A. L'Équipe in Cure Palliative: Una Risorsa Complicata. In: Preti P, Miotti D. Le Cure Palliative nel Paziente Oncologico. Manuale Pratico. Pavia: Pi-Me, 2008: 99-103.
68. Gadacz T. O szczęściu i nieszczęściu. Wypisy zksiąg filozoficznych. [The luck and misfortune. Extracts from the books of philosophy] Krakow: Wydawnictwo Znak, 1991.
69. De Hennezel M, Leloup J-Y. L'art de mourir. Paris: Pocket, 2000.
70. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics, 6th edn. New York: Oxford University Press, 2008.
71. Kemp P, Rendtorff JD. The Barcelona Declaration. Towards an integrated approach to basic ethical principles. Synthesis Philosophica 2007; 46: 239-251.
72. Seedhouse D. Ethics. The Heart of Health Care, 3rd edn. Chichester: John Wiley, 2009.
73. UNESCO. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, 2006. www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/bioethics-and-human-rights (last accessed 29/07/2011)
74. Professional ethical code of Polish psychologists [in Polish]. www.ptp.org.pl/modules.php?name=News&file=article&sid=29 (last accessed 29/07/2011)
75. Gradalski TKK, Wesolek E, Kleja J. Zgoda chorego na leczenie u kresu życia [Patient consent to treatment at the end of life]. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2010; 4: 119-124.
76. Pereira SM. Cuidados paliativos. Confrontar a Morte. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2010.
77. Fine RL. Keeping the patient at the center of patient- and familycentered care. J Pain Symptom Manage 2010; 40: 621-625.
78. Speck P (ed). Teamwork in Palliative Care. Fulfilling or Frustrating? Oxford: Oxford University Press, 2006.
79. Worthington R. Ethics and Palliative Care. A Case-Based Manual. Oxford: Radcliffe Publishing, 2005.
80. Andrews MM, Boyle JS. Transcultural concepts in nursing care. J Transcult Nurs 2002; 13: 178-180.
81. Leininger M. Quality of life from a transcultural nursing perspective. Nurs Sci Q 1994; 7: 22-28.
82. Mazanec P, Panke JT. Cultural Considerations in Palliative Care. In: Ferrel BR, Coyle N (eds). Textbook of Palliative Nursing, 2nd edn. Oxford: Oxford University Press, 2006: 623-633.

EAPC update

83. The Cross Cultural Health Care Program.
www.xculture.org (last accessed 29/07/2011)
84. EthnoMed. Integrating cultural information into clinical practice.
<http://ethnomed.org> (last accessed 29/07/2011)
85. Gunaratnam Y. Eating into multiculturalism: hospice staff and service users talk food, 'race', ethnicity, culture and identity. *Critical Social Policy* 2001; 21: 287–310.
86. Hill D, Penso D. *Opening Doors: Improving Access to Hospice and Specialist Care Services by Members of Black and Ethnic Minority Communities*. London: National Council of Hospice and Specialist Palliative Care Services, 1995.
87. Doorenbos AZ, Schim SM. Cultural competence in hospice. *Am J Hosp Palliat Care* 2004; 21: 28–32.
88. Bosma H, Aplan L, Kazanjian A. Cultural conceptualizations of hospice palliative care: more similarities than differences. *Palliat Med* 2010; 24: 510–522.
89. Schim SM, Doorenbos AZ, Borse NN. Enhancing cultural competence among hospice staff. *Am J Hosp Palliat Care* 2006; 23: 404–411.
90. Covington LW. Cultural competence for critical care nursing practice. *Crit Care Nurs Clin North Am* 2001; 13: 521–530.
91. Elsner F, Centeno C, De Conno F et al. Recommendations of the European Association for Palliative Care for the Development of Postgraduate Curricula Leading to Certification in Palliative Medicine. Report of the EAPC Task Force on Medical Education. Milan: EAPC, 2009.
www.eapcnet.org/download/forTaskforces/PhysiciansTF/EAPCCurrPostgraduateMedEdu.pdf (last accessed 29/07/2011)
92. The Bologna Declaration of 19 June 1999. Joint declaration of the European Ministers of Education.
www.bologna-bergen2005.no/Docs/00Main_doc/990719BOLOGNA_DECLARATION.PDF (last accessed 29/07/2011)
93. European Higher Education Area website (the official Bologna Process website 2010–2012).
www.ehea.info (last accessed 29/07/2011)