

Analizando el protocolo SPIKES desde la perspectiva del paciente oncológico Estudio prospectivo basado en cuestionarios

Further exploring the SPIKES protocol from the perspective of oncology patients in terms of personality traits Prospective questionnaire-based study

Irene Solana López* , Manuel Meilan Uzcategui , Elia Martínez Moreno , Ignacio Juez Martel , David Gutiérrez Abad , Elena Lahoz León , Olga Mateo Rodríguez , Jaime Martínez Moreno , Carlos de Zea Luque , Ana Manuela Martín Fernández de Soignie , Fátima Escalona Martín , Isabel Santana Gómez , y Juan Antonio Guerra Martínez 

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid (Spain)

Recibido: 05/02/2024

Aceptado: 08/03/2024

Publicado: 30/04/2024

RESUMEN

Introducción: Establecer una adecuada comunicación forma parte del proceso terapéutico y del abordaje integral del paciente oncológico. El protocolo SPIKES emite una serie de recomendaciones generales destinadas a facilitar este proceso. No existe hasta la fecha un cuestionario que permita personalizar de una manera sistematizada la comunicación de malas noticias. Existen estudios que apoyan la hipótesis de que la personalidad influye en los modos comunicativos. Por ello, el objetivo de este trabajo fue intentar establecer matices en el protocolo SPIKES con base en los rasgos de personalidad.

Materiales y métodos: Estudio unicéntrico, observacional, prospectivo, descriptivo y correlacional, realizado sobre una muestra de 51 pacientes oncológicos con base en un cuestionario de personalidad y un cuestionario de comunicación, el cual se basa a su vez en el protocolo SPIKES. **Resultados:** Las puntuaciones registradas en todos los dominios del cuestionario de comunicación fueron elevadas. Ninguna correlación con los dominios del cuestionario de personalidad resultó significativa.

Conclusiones: Existen determinadas necesidades tendentes a la universalidad en torno a la comunicación de malas noticias que el protocolo SPIKES recoge adecuadamente, por lo que puede considerarse el *gold standard*. No se pueden establecer matices en este cuestionario en función de los rasgos de personalidad con base en los resultados de este trabajo. En la fase de estrategia, conviene prestar atención a la planificación vital y familiar en el seno de la enfermedad oncológica.

Palabras Clave: protocolo SPIKES, comunicación de malas noticias, psicooncología, medicina personalizada, relación médico-paciente.

ABSTRACT

Background: Establishing adequate communication is part of the therapeutic process and of the integral approach to the oncology patient. The SPIKES protocol issues a series of general recommendations aimed at facilitating this process. To date, there is no questionnaire that makes it possible to personalize the communication of bad news in a systematized way. There are studies that support the hypothesis that personality influences the communicative modes. Therefore, the aim of this work is to try to establish nuances in the SPIKES protocol based on personality traits. **Methods:** Single-center, observational, prospective, descriptive and correlational study, conducted on a sample of 51 oncology patients based on a personality questionnaire and a communication questionnaire (based on the SPIKES protocol). **Results:** The scores recorded in all domains of the communication questionnaire were high. No correlation with the personality questionnaire

* **Autor de correspondencia:** Irene Solana López, irene.solana@salud.madrid.org

Cómo citar: Solana Lopez I, Meilan Uzcategui M, Martinez Moreno E, Juez Martel I, Gutierrez Abad D, Lahoz León E, Mateo Rodríguez O, Martinez Moreno J, de Zea Luque C, Martín Fernández de Soignie AM, Escalona Martín F, Santana Gómez I, Guerra Martinez JA. Análisis del protocolo SPIKES desde la perspectiva del paciente oncológico. Estudio prospectivo basado en cuestionarios. *Oncología (Ecuador)*. 2024;34(1): 4-20. <https://doi.org/10.33821/736>

domains was significant. **Conclusions:** There are certain needs tending towards universality in the communication of bad news that the SPIKES protocol adequately reflects. It can be considered the gold standard. It is not possible to establish nuances in it according to personality traits based on the results of this work. In the strategy phase, attention should be paid to life and family planning in the context of oncologic disease.

Keywords: SPIKES protocol, communication of bad news, psicooncology, individualized medicine, physician-patient relations.

1. Introducción

El protocolo SPIKES se considera actualmente el *gold standard* para la comunicación de información clínica sensible en el ámbito de la oncología. Este protocolo consta de seis pasos o dominios que se desarrollan cíclicamente y que, atendiendo a sus siglas en inglés, son S: *setting* (entorno), P: *perception* (percepción), I: *invitation* (invitación), K: *knowledge* (conocimiento), E: *empathy and emotions* (empatía y emociones) y S: *strategy and summary* (estrategia y resumen). Sus autores emitieron una serie de recomendaciones generales para ejecutar cada paso, y sentaron así las bases del buen devenir del acto comunicativo [1].

El protocolo SPIKES fue desarrollado por el oncólogo y psicólogo canadiense doctor Buckman, R. y el psiquiatra doctor Baile, W.F. Fue publicado por primera vez en el año 2000 en la revista *Oncologist*, y surgió ante la necesidad de facilitar la comunicación de malas noticias en el campo oncológico [1].

Tras la realización de una encuesta a los oncólogos asistentes a la reunión anual de 1998 de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO), que evaluó las actitudes y prácticas de los asistentes respecto a la comunicación de malas noticias, los autores se basaron en su experiencia clínica y en una revisión de la literatura publicada desde 1985 para la creación del protocolo [2]. Se trata, por tanto, de un protocolo diseñado desde la perspectiva de los oncólogos, que sigue vigente sin haber sufrido modificaciones hasta la fecha [1].

En el año 2020, von Blanckenburg et al. [3] intentaron dar un giro de 180° al protocolo SPIKES al aplicarlo desde la perspectiva del paciente. Esto se tradujo en la creación de una escala llamada MABBAN, que permitiría conocer la opinión de los pacientes acerca de los ítems del protocolo SPIKES. Sin embargo, esta escala no se ha llegado a implementar en la práctica clínica diaria, en parte debido a su longitud y a los tiempos asistenciales que se manejan diariamente en consulta.

En el campo de los cuidados paliativos, está emergiendo con fuerza en los últimos años el concepto de *planificación compartida de la atención* (PCA) o *planificación compartida de cuidados* [4,5].

La PCA es el proceso por el cual el personal sanitario promueve y acompaña al paciente en la reflexión sobre su enfermedad desde su propia escala de valores y prioridades, para poder tomar las decisiones de atención más adecuadas y adaptadas a cada momento de su enfermedad [4,5].

Este proceso, que emana de la medicina paliativa, pero que sería beneficioso poder extender al ámbito de la oncología, exige la generación de un vínculo terapéutico basado en la confianza, en el que la comunicación se postula como elemento fundamental [6].

En este ámbito, numerosas investigaciones del campo de la psicooncología y la psicología del lenguaje están siendo llevadas a cabo con el fin de poder individualizar al máximo el proceso de PCA.

Existe un modelo comunicativo aplicable a la PCA que se denomina *modelo DICS* (dominante, influyente, sincero y consciente). Este modelo establece, a través de patrones de personalidad, cuatro modos comunicativos y emite recomendaciones para adaptar el discurso con base en ellos. Su fundamento se encuentra relacionado con la idea de que determinados rasgos de personalidad, que son identificables, establecen patrones en la emisión del lenguaje —tanto interno (del individuo consigo mismo) como externo (del individuo con el entorno)—. A su vez, esto repercute en cómo el individuo necesita recibir de vuelta el mensaje para potenciar su comprensión [7]. Dicho con otras palabras, al identificar los rasgos de personalidad predominantes, el personal sanitario podría adaptar su discurso o modo comunicativo para potenciar y facilitar el intercambio de información.

El modelo DICS establece cuatro campos comunicativos [7]:

- 1) El de las personas analíticas (racionales e introvertidas, caracterizadas por la orientación al seguimiento de normas, procesos y procedimientos).

- 2) El de las personas dominantes (racionales y extrovertidas, caracterizadas por la orientación a los retos y consecución de resultados).
- 3) El de las personas influenciables (extrovertidas y emocionales, caracterizadas por la orientación al trato, interacción e influencia con otras personas).
- 4) El de las personas seguras (emocionales e introvertidas, orientadas a mantenerse en la situación actual).

Con base en la aplicabilidad de este modelo, emerge la cuestión de la vigencia actual del protocolo SPIKES, y surge la pregunta de si debería ser revisado y adaptado a los diferentes patrones de personalidad.

En el campo de la identificación de rasgos de personalidad, Cook-Briggs y Briggs-Myers, citadas en Murray [8] y autoras del cuestionario de personalidad de Myers-Briggs, sostenían que la personalidad se podía delimitar, en líneas generales, con base en ocho rasgos agrupados en cuatro categorías contrapuestas. Así, la personalidad quedaría definida por la combinación de cuatro de los siguientes rasgos: introversión-extroversión, realismo-intuición, pensamiento-previsión, sentimiento-espontaneidad y juicio-percepción [8].

El diseño de estas categorías fue producto de veinte años de investigación por parte de las autoras y se realizó con el siguiente sentido interpretativo [8]:

- 1) La categoría introversión-extroversión explora adónde y cómo dirige el individuo su atención y energía.
- 2) La categoría realismo-intuición explora cómo se prefiere tratar la información.
- 3) La categoría pensamiento-sentimiento explora el modo en el que el individuo toma sus decisiones.
- 4) La categoría juicio-percepción explora la interacción con el mundo exterior.

Si bien el cuestionario de Myers-Briggs no se encuentra exento de crítica en cuanto a su capacidad de categorizar la personalidad y muchos autores sostienen que se trata de un modelo simplista que no alcanza a sistematizar adecuadamente la complejidad que la personalidad entraña, muchos autores y muchos estudios se han basado en este cuestionario para intentar relacionar los rasgos de personalidad con el lenguaje [9]. Por ejemplo, Lee C. et al. [10] encontraron correlaciones significativas entre las respuestas en el cuestionario de Myers-Briggs y el uso del lenguaje en una muestra de 80 estudiantes coreanos. En otro estudio, Keh et al. [11] emplearon algoritmos basados en este cuestionario para el diseño de lenguaje artificial (*chat-bots*).

Con el objetivo de identificar patrones de personalidad que permitan establecer matices en la aplicación del protocolo SPIKES, el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Fuenlabrada diseñó y validó dos cuestionarios:

- 1) El primero, de personalidad, basado en el cuestionario de Myers-Briggs [8].
- 2) El segundo, de deseos y percepciones del paciente respecto a la comunicación de información clínica sensible, basado en la escala MABBAN [3] y en el protocolo SPIKES [1].

2. Materiales y métodos

Estudio unicéntrico, observacional, prospectivo, descriptivo y correlacional, basado en cuestionarios y realizado sobre una cohorte de pacientes oncológicos con tumores de origen digestivo y de origen desconocido. Los pacientes fueron seleccionados por orden de llegada a primera consulta de oncología hasta completar un tamaño muestral de N = 51 desde octubre del 2022 hasta marzo del 2023. Debían cumplir los siguientes criterios de inclusión: 1) ser mayor de 18 años; 2) tener tumores colorrectales, pancreáticos, gástricos, biliares y de origen desconocido; 3) cualquier estadiaje al diagnóstico; 4) estar en tratamiento neoadyuvante, adyuvante o de primera línea de enfermedad irreseccable (localmente avanzada o metastásica); 5) firmar el consentimiento informado para la participación en el estudio y la publicación de datos. El reclutamiento se completó en marzo del 2023. El Comité de Ética del Hospital Universitario de Fuenlabrada aprobó el estudio.

Se diseñaron, adecuaron lingüísticamente y validaron dos cuestionarios. El primero, de personalidad, basado en el cuestionario de Myers-Briggs [8]. El segundo, de deseos y percepciones del paciente respecto a la comunicación de información clínica sensible, basado en la escala MABBAN [3] y en el protocolo SPIKES [1]. Como parte de la fase de estrategia de este segundo cuestionario se incluyeron preguntas dirigidas a explorar el deseo de los pacientes respecto a la intervención del oncólogo para favorecer la normalización de la enfermedad en el núcleo familiar. Lo cual es inusual ya que esta esfera no se contempla como parte de las recomendaciones especificadas en el protocolo SPIKES [1]. Cabe señalar, además, que los pasos “percepción” e “invitación” del protocolo SPIKES se fusionaron en un mismo dominio en el cuestionario de esta investigación. Los cuestionarios, así como el análisis estadístico de validación, se pueden consultar en el material adicional asociado a este artículo (Anexos 1 y 2).

Los cuestionarios se diseñaron según el modelo de pregunta cerrada y respuesta en forma de escala tipo Likert del 1 al 5. Se diseñaron en forma de pregunta y contrapregunta para mejorar la validez interna. Las respuestas se recogieron, de forma anónima, mediante un código de identificación de seis dígitos, en formularios de Google.

Además, de cada paciente se registraron los siguientes datos: edad, sexo, nivel de estudios, rama de estudios, tipo de tumor diagnosticado, estadio tumoral al diagnóstico, afectación del sistema nervioso central (SNC) metastásica al diagnóstico, contacto previo con un servicio de oncología —por proceso oncológico propio previo o por enfermedad oncológica en el núcleo familiar— y patología psiquiátrica previa.

Se realizó, en primer lugar, un análisis descriptivo de la muestra global y de las respuestas de los cuestionarios empleando el programa IBM-SPSS versión 25.0.

La puntuación de los cuestionarios se agrupó a posteriori en porcentajes por dominios (cuestionario 1: extroversión-introversión, realismo-intuición, previsor-espontáneo, fiel a sus ideas-complaciente; cuestionario 2: entorno, percepción-invitación, conocimiento, emociones, estrategia), con base en la siguiente fórmula:

$$x = \frac{(\sum(\text{puntuación preguntas del dominio}) - \sum(\text{puntuación contrapreguntas del dominio}))}{(\text{Puntuación máxima obtenible}) \times 100}$$

Por ello, se empleó una escala del 100% (puntuación máxima en las preguntas) al -100% (puntuación máxima en las contrapreguntas), representando el 0% a las personas con rasgos mixtos de personalidad o la indiferencia en los ítems del protocolo SPIKES.

Los porcentajes por dominios se correlacionaron, en segundo lugar, mediante el test de Spearman para distribución no paramétrica, en base a los resultados obtenidos en la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

3. Resultados

Se reclutó una muestra de 51 pacientes oncológicos: 60,8 % hombres, 39,2 % mujeres; media de edad 62 ± 10 años; el 60,8 % con estudios básicos, 21,6 % medios, 10 % superiores; el 7,8 % con antecedentes de patología ansioso-depresiva. Todos presentaban tumores gastrointestinales o de origen desconocido: 17,6 % localizados, 37,3 % localmente avanzados, 45,1 % metastásicos. Ninguno de los pacientes presentó metástasis en el SNC en el diagnóstico. Al momento del reclutamiento, 29 pacientes (56,9 %) se encontraban en primera línea de tratamiento, 17 (33,3 %) en adyuvancia y 5 (9,8 %) en neoadyuvancia. Por último, el 23,5 % (12 pacientes) había tenido contacto previo con el Servicio de Oncología por un antecedente oncológico personal y el 37,3 % (19 pacientes) por enfermedad oncológica en el núcleo familiar. Los demás (39,2 %, 20 pacientes) no habían acudido nunca a un servicio de oncología.

En el cuestionario de personalidad, la población objeto de estudio se consideró predominantemente extrovertida (51 % de los pacientes), realista (54,8 %) y previsor (49 %). En torno a un 30 % de los pacientes consideró que su personalidad presentaba rasgos mixtos: extroversión-introversión (29,4%) realismo-intuición (39,2 %), previsión-espontaneidad (33,3 %). En el cuarto dominio, sin embargo, el 49 % de los pacientes consideraron que presentaban rasgos mixtos entre la fidelidad a las ideas propias y la complacencia hacia sus allegados. El 33 % se definió como “complaciente”.

En el cuestionario de deseos y percepciones respecto a la comunicación de información clínica sensible, la mayor parte de los pacientes obtuvo una puntuación alta en todos los ítems del protocolo SPIKES. El 78,3 % de los pacientes obtuvo más de un 50 % de puntuación en el dominio “entorno”, el 23,6 % en el dominio “percepción-invitación”, el 64,7 % en el dominio “conocimiento”, el 86,2 % en el dominio “emociones” y el 76,4 % en el dominio “estrategia”.

Puntuaron negativamente, entre el -33,3 % y el -0,1 %, dos pacientes (3,9 % del total de pacientes) en cada dominio (“entorno”, “emociones”, “conocimiento”, “estrategia”); excepto en el dominio “percepción-invitación”, en el que cuatro (7,8 %) puntuaron entre -33,3 % y -0,1 % y 2 (3,9 %) puntuaron entre -100 % y -33,3 %. Así mismo, para cuatro pacientes (7,8 %) el dominio “percepción-invitación” resultó indiferente (puntuación: 0 %) y para un paciente (2 %), también el dominio “conocimiento”.

Las correlaciones entre los dominios del cuestionario de personalidad y los dominios del cuestionario basado en el protocolo SPIKES no resultaron significativas ($p > 0,05$). Tampoco se encontró correlación entre los rasgos basales de la población objeto de estudio y las respuestas en los cuestionarios ($p > 0,05$). Cabe destacar que no se encontró correlación entre el estadiaje de la enfermedad al diagnóstico y los resultados obtenidos en los cuestionarios.

Se realizó un subanálisis exploratorio de correlación, entre los dominios del cuestionario de personalidad y las preguntas individuales del segundo cuestionario. Se observó correlación entre el grado de previsión y las preguntas *entorno 1*: “Deseo que el oncólogo me informe en un ambiente tranquilo y sin interrupciones” (coeficiente de correlación de Spearman (r_s) = 0,34, p = 0,02) y *entorno 2*: “Deseo que me informe siempre el mismo oncólogo” (r_s = 0,27, p = 0,05). También se observó correlación entre el grado de espontaneidad y las preguntas *emociones 2*: “Agradezco que el oncólogo haga pausas durante el proceso de información y respete mis silencios” (r_s = -0,39, p = 0,004) y *emociones 3*: “Deseo que el oncólogo me pregunte abiertamente acerca de mis emociones. Tras ello, yo decidiré si quiero compartirlas o no” (r_s = -0,29, p = 0,003). Así mismo, cabe destacar que no se encontró ninguna correlación entre los dominios de personalidad y las preguntas relativas a la normalización de la enfermedad en el núcleo familiar.

4. Discusión

La comunicación efectiva entre pacientes, familiares y personal sanitario es crucial para brindar una atención integral y mejorar la calidad de vida de los pacientes [12]. Permite detectar tempranamente y abordar miedos y ansiedades, así como acompañar en otras cuestiones psicoespirituales que son inherentes a las enfermedades graves y crónicas, como lo es la enfermedad oncológica. Está demostrado que una comunicación efectiva mejora la aceptación y adaptación a la enfermedad [13,14]. Además, permite potenciar la planificación anticipada de cuidados y disminuir las tasas de duelo patológico [4,15].

Aunque se dispone de múltiples cuestionarios de valoración relativos al proceso oncológico, como cribados de nutrición, escalas del paciente anciano, cuestionarios de salud psicológica, entre otros, no existe un cuestionario formalmente implantado en la práctica clínica que permita adecuar el proceso de comunicación de malas noticias a las necesidades y los deseos individuales de cada paciente [15,16].

Partiendo de la hipótesis de que la personalidad influye en los modos del lenguaje, este trabajo ha intentado encontrar matices en los seis pasos del protocolo SPIKES estandarizables con base en los rasgos de personalidad, sin éxito. Esto puede guardar relación con los siguientes puntos.

En primer lugar, los rasgos de personalidad de los pacientes participantes en este estudio resultaron relativamente homogéneos y tendentes hacia la extroversión, el realismo, la previsión y la neutralidad respecto a la complacencia versus la fidelidad a las ideas propias. En segundo lugar, el análisis estadístico se realizó con base en cuatro dominios de personalidad, a su vez basados en los ocho rasgos contrapuestos, y no con base en las 16 categorías de personalidad que definen Myers-Briggs y que surgen de las diferentes combinaciones de los ocho rasgos. Este análisis se realizó así por motivos de tamaño muestral, representatividad de la muestra y potencia estadística [8].

En segundo lugar, los dominios del segundo cuestionario, que se correlacionaban a su vez con los pasos del protocolo SPIKES [1], resultaron en líneas generales valorados positivamente; un porcentaje muy escaso de pacientes, tal y como se describe en el apartado de resultados, puntuó de forma indiferente o negativa. Estos resultados llevan a conclusiones en favor de la tendencia a la universalidad de determinadas necesidades en torno a la comunicación de malas noticias, por lo que se puede afirmar que el protocolo SPIKES las recoge adecuadamente [1].

El acierto fundamental de este protocolo consiste en emitir una serie de directrices generales que dejan espacio al arte interpersonal individual del profesional sanitario que participa en el acto de comunicación. Así, su generalidad lo hace amoldable a las diferentes personalidades tanto de los pacientes como de los propios profesionales sanitarios. Además, el propio protocolo está diseñado de tal forma que el paso previo garantiza el correcto devenir del paso siguiente. Por ello, parte de lo más sencillo, buscar un ambiente sereno, hacia lo más complejo, comunicar la información y plantear una estrategia, pero no sin antes haber preguntado qué información y cuánta información desea saber el paciente y haber validado las emociones que surgen en torno al proceso de comunicación de malas noticias [1].

Aunque no se cumplió el objetivo principal que era diseñar un algoritmo que permitiera individualizar, a través de los rasgos de personalidad, el proceso de comunicación de información clínica sensible, existen algunos hallazgos destacables.

En primer lugar, se exploró la opinión de los pacientes sobre abordar la esfera familiar como parte de la fase de estrategia. Esto se realizó mediante dos preguntas, y sus respectivas contrapreguntas, que fueron las siguientes: “Deseo que el oncólogo me ayude a normalizar mi enfermedad en el núcleo familiar” y “Deseo que me enseñen herramientas para normalizar la enfermedad oncológica con mis hijos”. En ambas preguntas, la mediana de puntuación, recogida en forma de escala Likert del 1 al 5, fue 4 IC95 % (3,6-4). Por ende, aquellos profesionales que ejercemos en el campo de la oncología deberíamos prestar atención con mayor frecuencia a esta esfera que en ocasiones tiende a quedar relegada a un segundo plano por la estrategia terapéutica y los aspectos puramente clínicos. Lograr el adecuado entendimiento y aceptación de la enfermedad por el núcleo familiar facilita el acompañamiento y soporte del paciente por parte de sus allegados, redundando en mejores tasas de cumplimiento terapéutico, favorece una detección más precoz de las complicaciones y genera mayor bienestar emocional que a su vez influye en el bienestar físico [16].

En segundo lugar, al desglosar por preguntas el análisis de la fase de estrategia, se encuentran dos bloques claros. El primero, denominado *Bloque de planificación terapéutica*, está formado por dos preguntas, la primera sobre el deseo de recibir información terapéutica, y la segunda sobre el deseo de participar en la toma de decisiones clínicas. El segundo, denominado *Bloque de planificación vital*, está formado por tres preguntas, las dos anteriormente mencionadas sobre la esfera familiar y una tercera dirigida a la planificación de otras circunstancias vitales. Se agrupó la puntuación obtenida en estos bloques del 0 al 100 %. En el bloque de planificación terapéutica, el 43,1 % puntuó entre 75 %-100 %. Sin embargo, en el bloque de planificación vital, el 78,4 % se encontraba en dicho rango de puntuación, lo cual supone casi el doble de pacientes. Estos resultados llevan a concluir que existe una preocupación predominante en los pacientes respecto a las consecuencias colaterales que pueda tener su enfermedad en su día a día [12]. Esta preocupación está por encima, en muchos casos, de la preocupación por las cuestiones más puramente clínicas de la enfermedad, según los resultados de este trabajo.

Este estudio abordó un campo de estudio subjetivo. Dicha subjetividad dificulta la sistematización del objeto a estudio, por lo que se puede afirmar que en ella reside la principal limitación de este trabajo. Sin embargo, se debe conceder una importancia primordial a la disminución del impacto emocional y al soporte integral, y prestar atención al entorno social del paciente, lo cual es percibido por los pacientes positivamente en términos de calidad asistencial [12, 16].

5. Conclusiones

Establecer una adecuada comunicación forma parte del proceso terapéutico y del abordaje integral del paciente oncológico. Las altas puntuaciones registradas en todos los dominios del Cuestionario de deseos y percepciones del paciente respecto a la comunicación de malas noticias sustentan que el protocolo SPIKES continúa siendo, hasta la fecha, el *gold standard* en este ámbito. No se pueden estandarizar matices en el protocolo SPIKES con base en los rasgos de personalidad en función de los resultados de este trabajo. Dentro de la fase de estrategia, el 78,4 % de los pacientes participantes en este estudio obtuvo entre el 75 y el 100 % de puntuación en el denominado *Bloque de planificación vital*. Esto se traduce en una elevada preocupación por el impacto de la enfermedad en el núcleo familiar y se percibe positivamente en términos de calidad asistencial el hecho de que el oncólogo trate de ayudar en dicho ámbito.

6. Abreviaturas

ASCO: Sociedad Americana de Oncología Clínica.

DICS: dominante, influyente, sincero y consciente.

MABBAN: escala de Marburg para dar malas noticias.

PCA: planificación compartida de la atención.

SNC: sistema nervioso central.

SPIKES: entorno, percepción, invitación, conocimiento, empatía, emociones, estrategia y resumen.

7. Información administrativa

7.1. Archivos Adicionales

Ninguno declarado por los autores

7.2. Agradecimientos

Bueno A., Conejo M.A., Murillo C., Juez I., Martínez E.: por su participación en la fase de corrección y adecuación lingüística de los cuestionarios durante la fase de validación.

A todos los voluntarios anónimos que participaron en la fase de validación de los cuestionarios.

7.3. Contribución de los autores:

Conceptualización, visualización, metodología, gestión de proyectos, redacción, corrección y edición: Irene Solana López, Manuel Meilan Uzcategui, Elia Martínez Moreno. **Edición:** Ignacio Juez Martel, David Gutiérrez Abad, Elena Lahoz León, Olga Mateo Rodríguez, Jaime Martínez Moreno, Carlos de Zea Luque, Ana Manuela Martín Fernández de Soignie, Fátima Escalona Martín, Isabel Santana Gómez, Juan Antonio Guerra Martínez. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

7.4. Financiamiento

Ninguno.

7.5. Disponibilidad de datos y materiales

Existe la disponibilidad de datos bajo solicitud al autor de correspondencia. No se reportan otros materiales.

7.6. Declaraciones

7.6.1. Aprobación del comité de ética

El estudio recibió la aprobación del Comité de Ética de la Investigación (CEI) y del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) del Hospital Universitario de Fuenlabrada.

7.6.2. Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Referencias

1. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>.
2. Salvador, J. J. R. Comunicación clínica: cómo dar malas noticias. *Doctutor* (2010). Disponible en: <http://www.doctutor.es/wp-content/uploads/2010/03/Dar-Malas-Noticias-JJ-Rodriguez-S-2010.pdf>
3. von Blanckenburg P, Hofmann M, Rief W, Seifart U, Seifart C. Assessing patients' preferences for breaking Bad News according to the SPIKES-Protocol: the MABBAN scale. *Patient Educ Couns*. 2020;103(8):1623-1629. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.02.036>
4. Carrero-Planes, V., Navarro-Sanz, R., Serrano-Font, M. "Planificación adelantada de los cuidados en pacientes con enfermedades crónicas y necesidad de atención paliativa." *Medicina Paliativa* 23.1 (2016): 32-41. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S1134248X13001195?returnurl=null&referrer=null>
5. Rosa WE, Izumi S, Sullivan DR, Lakin J, Rosenberg AR, Creutzfeldt CJ, Lafond D, Tjia J, Cotter V, Wallace C, Sloan DE. Advance care planning in serious illness: a narrative review. *Journal of pain and symptom management*. 2023 Jan 1;65(1):e63-78. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.08.012>
6. Martínez, C. L., Rodríguez, C. C., Gómez, A. E., & Navarro, J. T. (2021). La planificación compartida de la atención en personas con enfermedad oncológica en un instituto monográfico de cáncer: estudio descriptivo retrospectivo. *Medicina paliativa*, 28(4), 242-251. <https://doi.org/10.20986/medpal.2021.1258/2021>
7. Filipuzzi, C. (2017) Tesis Doctoral. "Ventajas y desventajas del Test de Personalidad DISC." Universidad de Palermo. Disponible: <http://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1918/Filipuzzi%2C%20Camila.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Murray, John B. "Review of research on the Myers-Briggs type indicator." *Perceptual and Motor skills* 70.3. suppl (1990): 1187-1202. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.2466/pms.1990.70.3c.1187>
9. Boyle, Gregory J. "Myers-Briggs type indicator (MBTI): some psychometric limitations." *Australian Psychologist* 30.1 (1995): 71-74. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9544.1995.tb01750.x>
10. Lee, Chang H., et al. "The relations between personality and language use." *The Journal of general psychology* 134.4 (2007): 405-413. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3200/GENP.134.4.405-414>
11. Keh, Sedrick Scott, and I. Cheng. "Myers-Briggs personality classification and personality-specific language generation using pre-trained language models." *arXiv preprint arXiv:1907.06333* (2019). Disponible en: <https://arxiv.org/abs/1907.06333>
12. Krieger T, Salm S, Dresen A, Cecon N. Cancer patients' experiences and preferences when receiving bad news: a qualitative study. *Journal of cancer research and clinical oncology*. 2023 Jul;149(7):3859-70. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2020/7432849>
13. Li J, Luo X, Cao Q, Lin Y, Xu Y, Li Q. Communication Needs of Cancer Patients and/or Caregivers: A Critical Literature Review. *J Oncol*. 2020;2020:7432849. doi:10.1155/2020/7432849 Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/jo/2020/7432849/>
14. Anuk D, Alçalar N, Sağlam EK, Bahadır G (2022) Breaking bad news to cancer patients and their families: attitudes toward death among Turkish physicians and their communication styles. *J Psychosoc Oncol* 40(1):115-130. <https://doi.org/10.1080/07347332.2021.1969488>
15. Ernstmann N, Nakata H, Meurer L, Weiß J, Geiser F, Vitinius F et al (2022) Participative development and evaluation of a communication skills-training program for oncologists-patient perspectives on training content and teaching methods. *Support Care Cancer* 30(3):1957-1966. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06610-1>
16. Valentín, V., Murillo, M.T., Valentín, M., & Royo, D. Cuidados continuos. Una necesidad del paciente oncológico. *Revista de psicooncología* (2004), 1(1), 155-164. Disponible en: https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/numero1_voll/capitulo11.pdf

Anexos

Anexo 1. Diseño de los cuestionarios

Se diseñó un primer cuestionario exploratorio de rasgos de personalidad, basado en la interpretación que el cuestionario de Myers-Briggs hace de los ocho rasgos contrapuestos por pares que, para estos autores, definen los dieciséis tipos de personalidad.

Se diseñó un segundo cuestionario, basado en el cuestionario MABBAN, que a su vez está basado en el protocolo SPIKES, para indagar en los deseos de los pacientes respecto a la comunicación de malas noticias durante el proceso oncológico.

Todos los cuestionarios se diseñaron según el modelo de pregunta cerrada y respuesta en forma de escala tipo Likert del 1 al 5. Tanto el cuestionario 1 como el cuestionario 2 se diseñaron en forma de pregunta y contrapregunta para mejorar la validez interna.

Fase de corrección de los cuestionarios preliminares

Las versiones preliminares de los cuestionarios fueron evaluadas y corregidas por cuatro personas de diferente edad y diferente perfil académico: un filólogo y graduado superior en música menor de 30 años; un oncólogo, experto en comunicación clínica y humanización del proceso oncológico de entre 40-60 años; una doctora en economía y gestión de la innovación del mismo rango de edad; y una ama de casa con estudios básicos también de entre 40-60 años.

Se indagó en la corrección lingüística del cuestionario, la neutralidad en el modo de formular las preguntas, se hizo hincapié en que ninguna pregunta resultase hiriente o comprometida y se reformuló la versión preliminar para mejorar la comprensión.

Fase de validación de los cuestionarios definitivos

Una vez establecido el diseño definitivo de los cuestionarios, se procedió a la fase de validación. Para ello, los cuestionarios fueron transferidos a un formulario de Google que se ofreció a una muestra poblacional aleatoria y variada, no necesariamente oncológica, en cuanto a criterios de edad, género, nivel de estudios, rama de estudios y lengua materna. Esta muestra incluyó a 115 voluntarios.

Se detectó un error de comprensión en las preguntas 3 y 4 del cuestionario 2 relativo al paréntesis "(independientemente de si yo acepto o rechazo)". Algunos encuestados interpretaron erróneamente que el oncólogo iba a dejar pasar a la familia en el momento de la información o iba a informar a la familia aunque el paciente rechazara. Por ello, se simplificó lingüísticamente en la versión final; se eliminó el paréntesis y resultó de la siguiente forma:

- Cuestionario 2. Pregunta n.º 3: deseo que el oncólogo me ofrezca estar acompañado por mis familiares durante el proceso de información. Tras el ofrecimiento, yo decidiré si lo acepto o lo rechazo.
- Cuestionario 2. Pregunta n.º 4: deseo que el oncólogo se ofrezca a informar a mis familiares cuando estos no pueden asistir. Tras el ofrecimiento, yo decidiré si lo acepto o lo rechazo.

Por extensión se reformuló también la pregunta 14 del cuestionario 2, ya que la redacción era similar. Se eliminó el paréntesis "(independientemente de si quiero compartirlas o no)" y resultó de la siguiente forma:

- Cuestionario 2. Pregunta n.º 14: deseo que el oncólogo me pregunte abiertamente acerca de mis emociones. Tras ello, yo decidiré si quiero compartirlas o no.

Previo al análisis estadístico para la validación del cuestionario se recodificaron las contrapreguntas en escala Likert inversa.

Sobre las respuestas registradas empleando el programa IBM-SPSS, se realizó un análisis de fiabilidad y reproducibilidad (consistencia interna y estabilidad test-retest) y de validez del instrumento (validez de constructo, discriminante y criterio).

Análisis de consistencia interna

1. Cuestionario 1 (personalidad)

Alfa de Cronbach global para el cuestionario 1 = 0,731. No aumenta significativamente al eliminar preguntas.

Alfa de Cronbach por dimensiones (subgrupos de ítems):

1. Extrovertido/introvertido = 0,809. No aumenta al eliminar preguntas.
2. Realista/intuitivo = 0,619. Aumenta al eliminar la pregunta n.º 14 de forma no significativa a 0,650.
3. Previsor/espontáneo = 0,795. Aumenta de forma no significativa al eliminar la pregunta n.º 7 a 0,816.
4. Fiel a las ideas propias/complaciente = 0,580. Aumenta de forma no significativa a 0,595 al eliminar la pregunta n.º 21.

Dado que la eliminación de preguntas no aumenta de forma significativa la validez interna del cuestionario por dimensiones y la validez interna global es adecuada, no se realizan modificaciones en la versión definitiva del cuestionario n.º 1.

2. Cuestionario 2 (deseos)

Alfa de Cronbach global para el cuestionario 2 = 0,930. No aumenta significativamente al eliminar preguntas.

Alfa de Cronbach por dimensiones (subgrupos de ítems):

1. Importancia del entorno = 0,667. Aumenta al eliminar la pregunta n.º 4 de forma no significativa a 0,694.
2. Importancia de la percepción/invitación = 0,636. No aumenta al eliminar ítems.
3. Importancia del conocimiento = 0,723. No aumenta al eliminar ítems.
4. Importancia de las emociones = 0,881. No aumenta de forma significativa al eliminar ítems.
5. Importancia de la estrategia = 0,863. Aumenta de forma no significativa al eliminar la pregunta n.º 18 a 0,864.

Dado que la eliminación de preguntas no aumenta de forma significativa la validez interna del cuestionario por dimensiones y la validez interna global es adecuada, no se realizan modificaciones en la versión definitiva del cuestionario n.º 2.

Análisis de validez de constructo

1. Cuestionario 1 (personalidad)

Prueba KMO = 0,643; prueba de esfericidad de Bartlett significativa ($p = 0,000$).

Agrupar los ítems en cuatro componentes que explican el 52 % de la varianza:

- Componente 1 (15,4 % de la varianza): compuesto por los ítems que valoran la espontaneidad (preguntas n.º 18, 19 y 20) y se contraponen en la matriz a las preguntas que valoran la previsión (preguntas n.º 7, 8 y 9), diseñadas las unas como contrapreguntas de las otras.

- Componente 2 (12,7 % de la varianza): compuesto por los ítems que valoran la introversión (preguntas n.º 12 y 13) y se contraponen en la matriz a las preguntas que valoran la extroversión (preguntas n.º 1 y 2), diseñadas las unas como contrapreguntas de las otras.
- Componente 3 (12,2 % de la varianza): compuesto por los ítems que valoran el realismo (preguntas n.º 3, 4, 5 y 6) y se contraponen en la matriz a las preguntas que valoran el carácter intuitivo (preguntas n.º 14, 15, 16 y 17), diseñadas las unas como contrapreguntas de las otras.
- Componente 4 (11,7 % de la varianza): compuesto por los ítems que valoran la personalidad complaciente (preguntas n.º 21 y 22) y se contraponen en la matriz a las preguntas que valoran la fidelidad a las ideas propias (preguntas n.º 10 y 11), diseñadas las unas como contrapreguntas de las otras.

2. Cuestionario 2 (deseos)

Prueba KMO = 0,797; prueba de esfericidad de Bartlett significativa ($p = 0,000$).

Agrupar los ítems en cinco componentes que explican el 55,9 % de la varianza:

- Componente 1 (21,7 % de la varianza): compuesto por los ítems que en contra de la fase de estrategia (preguntas n.º 28-42) y se contraponen en la matriz a las preguntas que sí valoran la fase de estrategia (preguntas n.º 17-21), diseñadas las unas como contrapreguntas de las otras.
- Componente 2 (12,9 % de la varianza): compuesto por los ítems que valoran la fase de emociones (preguntas n.º 12-16) y se contraponen en la matriz a las preguntas en contra de la fase de emociones (preguntas n.º 33-37), diseñadas las unas como contrapreguntas de las otras.
- Componente 3 (10,0 % de la varianza): compuesto por los ítems que valoran la fase de conocimiento (preguntas n.º 8-11) y se contraponen en la matriz a las preguntas que en contra de la fase de conocimiento (preguntas n.º 29-32), diseñadas las unas como contrapreguntas de las otras.
- Componente 4 (6,8 % de la varianza): compuesto por los ítems que valoran la fase de entorno (preguntas n.º 1-4) y se contraponen en la matriz a las preguntas que en contra de la fase de entorno (preguntas n.º 22-25), diseñadas las unas como contrapreguntas de las otras.
- Componente 5 (4,3 % de la varianza): compuesto por los ítems que valoran la fase de percepción/incitación (preguntas n.º 5-7) y se contraponen en la matriz a las preguntas que en contra de la fase de percepción/incitación (preguntas n.º 26-28), diseñadas las unas como contrapreguntas de las otras.

Análisis de validez discriminante

En el diseño de los cuestionarios no hay ninguna variable establecida como discriminante. Por el contrario, la prueba piloto se ejecutó en personas aleatorias de diferente edad, nivel de estudios, rama de estudios y lengua materna. Ninguno reportó ausencia de comprensión del cuestionario o dificultades en su realización.

Dado que se encuentra firmemente establecido que las vivencias personales, relacionadas a su vez con las diferencias de edad, el nivel de estudios o la rama de estudios, pueden forjar rasgos de la personalidad y la hipótesis del estudio es que estos a su vez influyen en la manera en la que deseamos que las malas noticias nos sean comunicadas, no es válido realizar en esta fase un análisis discriminante empleando dichas variables, sino que formará parte del análisis de resultados definitivo.

Se realizó un análisis de validez discriminante por lengua materna, empleando la prueba U de Mann-Whitney, y no se encontraron diferencias significativas ($p > 0,05$) en el porcentaje de puntuación de los diferentes dominios de los cuestionarios 1, 2 y 3.

Análisis de validez de criterio

No existe ningún cuestionario *gold standar* con el cual ejecutar el análisis de validez de criterio.

Análisis de validez de reproducibilidad

Para el análisis de reproducibilidad, se seleccionó aleatoriamente a un 10 % de la muestra (11 personas) que repitieron el cuestionario con cierto margen temporal (7 días) tras la realización del primer intento.

Para ejecutar el análisis de reproducibilidad mediante el coeficiente de correlación intraclase para medidas únicas, se calcularon los porcentajes de puntuación para cada uno de los dominios de los tres cuestionarios. Así mismo, se calculó la puntuación total en cada cuestionario obtenida como la suma del porcentaje obtenido en cada dominio. Se concluyó que la estabilidad test-retest era adecuada.

| Cuestionario (Q) y Dominio (D) | Coefficiente correlación intraclase | IC 95 % |
|---------------------------------------|--|----------------|
| (Q)1 (D)Extroversión | 0,92 | 0,73-0,97 |
| (Q)1 (D)Realismo | 0,90 | 0,67-0,97 |
| (Q)1 (D)Previsión | 0,98 | 0,95-0,99 |
| (Q)1 (D)Fidelidad ideas propias | 0,83 | 0,52-0,95 |
| (Q)1 (D)Introversión | 0,80 | 0,41-0,94 |
| (Q)1 (D)Intuición | 0,93 | 0,72-0,98 |
| (Q)1 (D)Espontaneidad | 0,91 | 0,69-0,97 |
| (Q)1 (D)Complacencia | 0,67 | 0,15-0,90 |
| (Q)1 Puntuación total | 0,82 | 0,48-0,95 |
| (Q)2 (D)Entorno | 0,92 | 0,74-0,97 |
| (Q)2 (D)Percepción/Invitación | 0,80 | 0,42-0,94 |
| (Q)2 (D)Conocimiento | 0,73 | 0,30-0,91 |
| (Q)2 (D)Emociones | 0,86 | 0,54-0,96 |
| (Q)2 (D)Estrategia | 0,91 | 0,73-0,97 |
| (Q)2 (D)NO Entorno | 0,68 | 0,19-0,90 |
| (Q)2 (D)NO Percepción/Invitación | 0,94 | 0,60-0,98 |
| (Q)2 (D)NO conocimiento | 0,74 | 0,29-0,92 |
| (Q)2 (D) NO emociones | 0,74 | 0,31-0,92 |
| (Q)2 (D) NO estrategia | 0,75 | 0,30-0,92 |
| (Q)2 Puntuación total | 0,66 | 0,16-0,89 |
| (Q)3 (D)Evaluación | 0,93 | 0,77-0,98 |
| (Q)3 (D)Emociones negativas | 0,90 | 0,69-0,97 |
| (Q)3 Puntuación total | 0,91 | 0,71-0,97 |

Anexo 2. Cuestionarios

CUESTIONARIO 1. CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD

| | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| 1. Me considero una persona extrovertida, habladora. | <input type="radio"/> |
| 2. Me gusta elaborar y compartir mis ideas con otros. | <input type="radio"/> |
| 3. Soy realista, prefiero ver las cosas tal y como son. | <input type="radio"/> |
| 4. Soy minucioso/a, a menudo me fijo en detalles concretos. | <input type="radio"/> |
| 5. Soy práctico/a, no me gustan las ideas que no tienen una aplicación. | <input type="radio"/> |
| 6. Cuando describo mis circunstancias, lo hago de forma detallada y ajustada objetivamente a la realidad. | <input type="radio"/> |
| 7. Me gusta tener soluciones preestablecidas para mis problemas. | <input type="radio"/> |
| 8. Necesito trazar planes detallados, sabiendo qué voy a hacer en cada paso, sin dejar espacio a la improvisación. | <input type="radio"/> |
| 9. Prefiero conocer todas las variables que puedan interferir en mi plan y tener soluciones anticipadas planeadas para ellas. | <input type="radio"/> |
| 10. Cuando tomo decisiones, lo hago priorizando mi escala de valores. Doy menos importancia a la opinión de los demás. | <input type="radio"/> |
| 11. Es más importante que mis decisiones estén perfectamente argumentadas y tengan un sentido lógico que contar con la aprobación de los demás. | <input type="radio"/> |

| | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| 12. Me considero una persona tímida y reservada. | <input type="radio"/> |
| 13. Soy introspectivo/a, no comparto mis ideas con otros. | <input type="radio"/> |
| 14. Me gusta hacerme una idea general de la situación, sin entrar mucho en detalles. | <input type="radio"/> |
| 15. Tiendo a especular con las posibilidades de lo que podrá ser en vez de centrarme en el ahora. | <input type="radio"/> |
| 16. Me gusta perderme en mis pensamientos y abstraerme, aunque no saque conclusiones prácticas. | <input type="radio"/> |
| 17. Cuando describo las circunstancias, tiendo a darle un toque poético, emocional y narrativo. | <input type="radio"/> |
| 18. Dejo mis problemas fluir: las soluciones llegarán por sí solas. | <input type="radio"/> |
| 19. Mis planes son espontáneos y se modifican sobre la marcha. | <input type="radio"/> |
| 20. Soy flexible. No me preocupo sobre las variables que puedan interferir en mi plan. Si se presentan, ya veremos. | <input type="radio"/> |
| 21. Cuando tomo decisiones, me gusta consensuarlas con mis seres queridos. | <input type="radio"/> |
| 22. Priorizo complacer a la mayoría de los implicados, aunque eso suponga modificar mi decisión inicial. | <input type="radio"/> |

CUESTIONARIO 2. CUESTIONARIO DE DESEOS SOBRE EL PROCESO DE COMUNICACIÓN RELATIVO A LA INFORMACIÓN CLÍNICA EN ONCOLOGÍA

| | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| 1. Deseo que el oncólogo me informe en un ambiente tranquilo y sin interrupciones. | <input type="radio"/> |
| 2. Deseo que me informe siempre el mismo oncólogo. | <input type="radio"/> |
| 3. Deseo que el oncólogo me ofrezca estar acompañado por mis familiares durante el proceso de información. Tras el ofrecimiento, yo decidiré si lo acepto o lo rechazo. | <input type="radio"/> |
| 4. Deseo que el oncólogo se ofrezca a informar a mis familiares cuando estos no pueden asistir. Tras el ofrecimiento, yo decidiré si lo acepto o lo rechazo. | <input type="radio"/> |
| 5. Deseo que el oncólogo me pregunte hasta dónde quiero saber. | <input type="radio"/> |
| 6. Deseo que el oncólogo me pregunte qué información he comprendido hasta la fecha para que, sobre eso, me pueda realizar las aclaraciones necesarias. | <input type="radio"/> |
| 7. Prefiero que el oncólogo me cuente la información con suavidad, sin anticipar desde el inicio que lo que trae son malas noticias. | <input type="radio"/> |
| 8. Deseo que el oncólogo comparta la información clínica conmigo con claridad, utilizando frases sencillas. | <input type="radio"/> |
| 9. Deseo que el oncólogo priorice las ideas más importantes y modere la cantidad de información que me da. | <input type="radio"/> |
| 10. Deseo que el oncólogo se asegure de que he entendido lo que me explica correctamente (aunque ello suponga que yo tenga que repetir al médico la información que me acaba de dar). | <input type="radio"/> |
| 11. Deseo que el oncólogo emplee un lenguaje sencillo exento de tecnicismos. | <input type="radio"/> |
| 12. Deseo que el oncólogo se muestre empático y se preocupe por mis sentimientos. | <input type="radio"/> |
| 13. Agradezco que el oncólogo haga pausas durante el proceso de información y respete mis silencios. | <input type="radio"/> |
| 14. Deseo que el oncólogo me pregunte abiertamente acerca de mis emociones. Tras ello, yo decidiré si quiero compartirlas o no. | <input type="radio"/> |

| | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| 15. Deseo que el oncólogo me ponga una mano en el hombro si lo cree necesario. | <input type="radio"/> |
| 16. Deseo que el oncólogo me mire a los ojos mientras me da la información. | <input type="radio"/> |
| 17. Deseo ser informado acerca de las diferentes opciones terapéuticas. | <input type="radio"/> |
| 18. Deseo participar en la toma de decisiones respecto al tratamiento. | <input type="radio"/> |
| 19. Deseo conocer los efectos de mi enfermedad oncológica sobre mis circunstancias vitales y que el oncólogo me ayude a encontrar soluciones. | <input type="radio"/> |
| 20. Deseo que el oncólogo me ayude a normalizar mi enfermedad en el núcleo familiar. | <input type="radio"/> |
| 21. Deseo que me enseñen herramientas para normalizar la enfermedad oncológica con mis hijos. | <input type="radio"/> |
| 22. Cualquier lugar me parece bien para ser informado, incluso delante de otros pacientes. La enfermedad no es algo que ocultar. | <input type="radio"/> |
| 23. Me es indiferente qué oncólogo me informe, siempre y cuando conozca bien mi caso. | <input type="radio"/> |
| 24. El dueño de la información sobre mi enfermedad soy yo. Por ello me molesta que el oncólogo me pregunte si deseo que mis familiares estén presentes en el momento de la información. | <input type="radio"/> |
| 25. Me molesta que el oncólogo se ofrezca a llamar a mis familiares. Me hace sentir que duda de mi capacidad para comprender la información que me da. | <input type="radio"/> |
| 26. Es el oncólogo quien debe considerar cuánta información debe proporcionarme. No quiero que me pregunte cuánto deseo saber. | <input type="radio"/> |
| 27. Que el oncólogo me pregunte qué sé hasta la fecha (para desde ahí completar la información) me parece un examen innecesario. | <input type="radio"/> |
| 28. Prefiero que el oncólogo sea directo y me diga desde el inicio del encuentro que me tiene que dar malas noticias. | <input type="radio"/> |

| | Totalmente de acuerdo | De acuerdo | Indiferente | En desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| 29. Me gusta que el oncólogo sea técnico cuando me informa. Que emplee las palabras que mejor definen mi proceso, aunque yo no entienda ese lenguaje. Ya buscaré lo que significan. | <input type="radio"/> |
| 30. Deseo que el oncólogo me informe con frases elaboradas que encadenen varias ideas para seguir mejor el razonamiento. | <input type="radio"/> |
| 31. Deseo que el oncólogo me informe absolutamente todo primero y no le quede nada por decirme. No tiene que protegerme dándome la información de manera progresiva. | <input type="radio"/> |
| 32. No deseo que el oncólogo me pregunte lo que he entendido porque me incomoda tener que explicarle al médico la información. | <input type="radio"/> |
| 33. La empatía no es una cualidad que desee en mi oncólogo. Con que sea bueno científicamente me vale. | <input type="radio"/> |
| 34. Me incomoda que el oncólogo haga pausas durante el proceso de información. No quiero dar pie a silencios. | <input type="radio"/> |
| 35. No deseo que el oncólogo me pregunte por mis emociones. Para mí son algo privado. | <input type="radio"/> |
| 36. No deseo contacto físico del oncólogo, independientemente de cuáles sean mis emociones. | <input type="radio"/> |
| 37. No deseo contacto visual con el oncólogo, me hace sentir incómodo. | <input type="radio"/> |
| 38. No deseo ser informado acerca de las diferentes opciones terapéuticas. Es el oncólogo el que debe decidir cuál es la mejor. | <input type="radio"/> |
| 39. No deseo participar en la toma de decisiones, prefiero que decida unilateralmente el oncólogo. | <input type="radio"/> |
| 40. No deseo conocer las repercusiones de mi enfermedad oncológica en mi vida diaria. No es algo que me preocupe. | <input type="radio"/> |
| 41. El oncólogo no debe preguntar por mi vida familiar ni preocuparse de cómo afecta mi enfermedad oncológica a mis allegados. | <input type="radio"/> |
| 42. No deseo ayuda del oncólogo para exponer mi situación oncológica a mis hijos. | <input type="radio"/> |