














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

## Análisis del protocolo SPIKES desde la perspectiva del paciente oncológico Estudio prospectivo basado en cuestionarios

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 , and Juan Antonio Guerra Martínez 

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

**Received:** 05/02/2024

**Accepted:** 08/03/2024

**Published:** 30/04/2024

### ABSTRACT

**Background:** Establishing adequate communication is part of the therapeutic process and of the integral approach to the oncology patient. The SPIKES protocol defines 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. Some studies 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. There was no significant correlation with the personality questionnaire domains. **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. However, 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, psycho-oncology, individualized medicine, physician-patient relations.

### 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

\* **Corresponding Author:** Irene Solana López, [irene.solana@salud.madrid.org](mailto:irene.solana@salud.madrid.org)

**How to cite:** 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 Martínez JA. Further exploring the SPIKES protocol from the perspective of oncology patients in terms of personality traits. Prospective questionnaire-based study. *Oncología (Ecuador)*. 2024;34(1): 4-20. <https://doi.org/10.33821/736>

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.

## 1. Introduction

The SPIKES protocol is currently considered the gold standard to communicate sensitive clinical information in Oncology. This protocol consists of six steps or domains that are developed cyclically, namely: "S", Setting; "P", Perception; "I", Invitation; "K", Knowledge; "E": Empathy and Emotions; and "S", Strategy and Summary. Its authors issued a series of general recommendations for executing each step, laying the foundations for the good outcome of the communicative act [1].

The SPIKES protocol was developed by the Canadian oncologist and psychologist R. Buckman, M. D. and the psychiatrist W. F. Baile, M. D. It was first published in 2000 in the journal *The Oncologist*. It arose from the need to facilitate the communication of bad news in the oncology field [1].

After conducting a survey of oncologists attending the 1998 annual meeting of the American Society of Clinical Oncology (ASCO), which assessed the attitudes and practices of attendees regarding the communication of bad news, the authors relied on their clinical experience and a review of the literature published in 1985 to create the protocol [2]. It is, therefore, designed from the perspective of oncologists, which remains unchanged to date [1].

In 2020, Von Blanckenburg, P. et al. attempted to turn the SPIKES protocol around by applying it from the patient's perspective. This resulted in the creation of a scale called "MABBAN" that would allow to know the patients' opinion about the items of the SPIKES protocol. However, this scale has not been implemented in daily clinical practice, partly due to its length and the time availability in our clinics [3].

In the field of palliative care, the concept of "Shared Care Planning" (SCP) is emerging strongly in recent years [4, 5].

Shared Care Planning is the process by which healthcare professionals promote and accompany the patient in reflecting on his/her illness based on their own scale of values and priorities to make the most appropriate care decisions adapted to each stage of their illness [4, 5].

This process, which comes from palliative medicine but would be beneficial to extend to the field of Oncology, requires the generation of a therapeutic bond based on trust, where communication is postulated as a fundamental element [6].

Numerous investigations in the field of psycho-oncology and language psychology are being carried out to individualize the SCP process as much as possible.

There is a communicative model applicable to SCP, called the "DICS model" (dominant, influent, sincere and conscious) that establishes four communicative modes through personality patterns, and issues recommendations for adapting discourse based on them. Its basis is related to the idea that certain personality traits (which are identifiable) establish patterns in the emission of language—both internal (of the individual with him/herself) and external (of the individual with the environment). In turn, this has an impact on how the individual needs to receive the message to enhance its understanding [7]. In other words, by identifying the predominant personality traits, healthcare personnel could adapt their discourse or communicative mode to enhance and facilitate the exchange of information.

The four communicative domains are [7]:

- 1) Analytical people (rational and introverted, characterized by orientation to following rules, processes and procedures).
- 2) Dominant people (rational and extroverted, characterized by orientation to challenges and achievement of results).

- 3) Influenceable people (extroverted and emotional, characterized by orientation towards dealing with, interacting, and influencing other people).
- 4) Secure people (emotional and introverted, oriented to staying in the current situation).

Based on the applicability of this model, the question of the current validity of the SPIKES protocol emerges, should it be revised and adapted to different personality patterns?

In the field of personality trait identification, Cook-Briggs, K. and Briggs-Myers, I., authors of the Myers-Briggs personality questionnaire, argued that personality could be broadly delimited on the basis of eight traits grouped into four opposing categories. Thus, personality would be defined by the combination of four of the following traits: introversion-extroversion, realism-intuition, thinking-foresight, feeling-spontaneity, and judgment-perception [8].

The design of these categories was the product of twenty years of research by the authors and was carried out with the following interpretative sense [8]:

- 1) The introversion-extroversion category explores where and how the individual directs his/her attention and energy.
- 2) The realism-intuition category explores how information is preferred to be dealt with.
- 3) The thinking-feeling category explores how the individual makes decisions.
- 4) The judgment-perception category explores the interaction with the outside world.

Although the Myers-Briggs questionnaire is not exempt from criticism regarding its ability to categorize personality, and many authors argue that it is a simplistic model that fails to adequately systematize the complexity that personality entails, other authors and studies have relied on this questionnaire in an attempt to relate personality traits to language [9]. For example, Lee C. et al. found significant correlations between responses on the Myers-Briggs questionnaire and language use in a sample of 80 Korean students [10]. In another study, Keh S., et al. employed algorithms based on this questionnaire to design of artificial language (chat-bots) [11].

With the aim of identifying personality patterns to establish nuances in the application of the SPIKES protocol, the Medical Oncology Service of the University Hospital of Fuenlabrada designed and validated two questionnaires:

- 1) The first, on personality, based on the Myers-Briggs questionnaire [8].
- 2) The second, on patient wishes and perceptions regarding the communication of sensitive clinical information, based on the MABBAN scale [3] and the SPIKES protocol [1].

## 2. Materials and methods

Single-center, observational, prospective, descriptive and correlational study, based on questionnaires and performed on a cohort of oncology patients with tumors of digestive origin and unknown origin. Patients were selected in order of arrival at the first oncology consultation until completing a sample size of N=51 from October 2022 to March 2023. They had to meet the following inclusion criteria: 1) Over 18 years of age; 2) Colorectal, pancreatic, gastric, biliary, and biliary tumors of unknown origin; 3) Any staging at diagnosis; 4) In neoadjuvant, adjuvant or first line treatment of unresectable disease (locally advanced or metastatic); 5) Signed informed consent for participation in the study and publication of data. The Ethics Committee of the Hospital Universitario de Fuenlabrada approved the study.

Two questionnaires were designed, linguistically adapted, and validated. The first was a personality questionnaire based on the Myers-Briggs questionnaire [8]. The second, on patient wishes and perceptions regarding the communication of sensitive clinical information, was based on the MABBAN scale [3] and the SPIKES protocol [1]. As part of the strategy phase of this second questionnaire, questions

aimed at exploring the patients' desire regarding the oncologist's intervention aimed at normalization of the disease in the nuclear family were included, which is unusual since this area is not contemplated as part of the recommendations specified in the SPIKES protocol [1]. It should also be noted that the "perception" and "invitation" steps of the SPIKES protocol were merged into one domain in our questionnaire. The questionnaires (as well as the statistical validation analysis) can be found in the supplementary material associated with this article.

The questionnaires were designed according to the closed-question model with a Likert-type scale from 1 to 5. The responses were collected, anonymized by means of a 6-digit identification code on Google forms.

In addition, the following data were recorded for each patient: age, sex, educational level, field of study, type of tumor diagnosed, tumor stage at diagnosis, metastatic CNS involvement at diagnosis, previous contact with an oncology service (due to previous oncologic process or due to oncologic disease in the family nucleus) and previous psychiatric pathology.

Firstly, a descriptive analysis of the overall sample and the responses to the questionnaires was performed using the IBM-SPSS version 25.0 program.

The scores of the questionnaires were grouped a posteriori into percentages by domains (Questionnaire 1: extroversion/introversion, realism/intuition, foresight/spontaneous, true to one's ideas/complacent. Questionnaire 2: environment, perception/invitation, knowledge, emotions, strategy), based on the following formula:

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

Therefore, a scale from 100% (maximum score in the questions) to -100% (maximum score in the counter-questions) was used, with 0% representing people with mixed personality traits or indifference in the items of the SPIKES protocol.

The percentages by domain were correlated, secondly, using Spearman's test for nonparametric distribution, based on the results obtained in the Kolmogorov-Smirnov test.

### 3. Results

A sample of 51 oncologic patients was recruited (60.8% men, 39.2% women; mean age 62±10 years; 60.8% with basic education, 21.6% medium, 10% higher; 7.8% with a history of anxious-depressive pathology). All had gastrointestinal tumors or tumors of unknown origin (17.6% localized, 37.3% locally advanced, 45.1% metastatic). None of the patients had CNS metastases at diagnosis. At the time of recruitment, 29 patients (56.9%) were in first-line treatment, 17 (33.3%) in adjuvant, and 5 (9.8%) in neoadjuvant. Finally, 23.5% (12 patients) had had previous contact with the Oncology Service because of a personal oncologic history, 37.3% (19 patients) because of oncologic disease in the family nucleus. The remaining 39.2% (20 patients) had never visited an oncology department.

In the personality questionnaire, the study population was considered predominantly extroverted (51% of the patients), realistic (54.8%), and farsighted (49%). About 30% of the patients considered that their personality presented mixed traits: extroversion-introversion (29.4%), realism-intuition (39.2%), foresight-spontaneity (33.3%). In the fourth domain, however, 49% of the patients considered that they presented mixed traits between fidelity to their own ideas and complacency towards those close to them. Thirty-three percent defined themselves as "complacent".

In the questionnaire of wishes and perceptions regarding the communication of sensitive clinical information, most patients scored high on all items of the SPIKES protocol. More than 50% of patients scored 78.3% in the "environment" domain, 23.6% in the "perception-invitation" domain, 64.7% in the "knowledge" domain, 86.2% in the "emotions" domain, and 76.4% in the "strategy" domain.

Two patients (3.9% of the total number of patients) scored negatively (between -33.3% and -0.1%) in each domain ("environment", "emotions", "knowledge", "strategy"); except in the domain "perception-

invitation", where 4 (7.8%) scored between -33.3% and -0.1% and 2 (3.9%) scored between -100% and -33.3%. Likewise, for 4 patients (7.8%) the domain "perception-invitation" was indifferent (score: 0%) and for 1 patient (2%), the domain "knowledge" as well.

The correlations between the domains of the personality questionnaire and the domains of the questionnaire based on the SPIKES protocol were not significant ( $p > 0.05$ ). No correlation was found between the baseline traits of the study population and the responses in the questionnaires ( $p > 0.05$ ). It should be noted that no correlation was found between disease staging at diagnosis and the results obtained in the questionnaires.

An exploratory sub-analysis of correlation was performed between the domains of the personality questionnaire and the individual questions of questionnaire 2. Correlation was observed between the degree of foresight and the questions environment 1: "I would like the oncologist to inform me in a quiet environment without interruptions" (Spearman correlation coefficient ( $r_s$ )=0.34,  $p=0.02$ ) and environment 2: "I would like the same oncologist to always inform me" ( $r_s=0.27$ ,  $p=0.05$ ). A correlation was also observed between the degree of spontaneity and the questions emotions 2: "I appreciate that the oncologist pauses during the information process and respects my silences" ( $r_s= -0.39$ ,  $p=0.004$ ) and emotions 3: "I would like the oncologist to ask me openly about my emotions. After that, I will decide whether I want to share them or not" ( $r_s= -0.29$ ,  $p=0.003$ ). Likewise, it should be noted that no correlation was found between the personality domains and the questions related to the normalization of the disease in the family nucleus.

#### 4. Discussion

Effective communication between patients, family members, and healthcare personnel is crucial to provide comprehensive care and improve the quality of life of patients [12]. It allows early detection and addressing fear and anxiety, as well as accompanying in other psycho-spiritual issues inherent to serious and chronic diseases, such as oncologic disease. It has been shown that effective communication improves acceptance and adaptation to the disease [13, 14]. In addition, it can enhance SCP and decrease rates of pathological grief [4, 15].

Although there are multiple assessment questionnaires available for the oncologic process, such as nutrition screening, scales for elderly patients, psychological health questionnaires, etc., there is no questionnaire formally implemented in clinical practice that allows the process of communicating bad news to be adapted to the individual needs and wishes of each patient [15, 16].

Based on the hypothesis that personality influences language modes, this paper has attempted to find nuances in the six steps of the SPIKES protocol, without success. This may be related to the following points:

First, the personality traits of the patients in our sample were relatively homogeneous and tended toward extroversion, realism, foresight, and neutrality with respect to complacency versus fidelity to one's own ideas. Moreover, the statistical analysis was performed on the basis of 4 personality domains (in turn based on the 8 opposing traits) and not on the basis of the 16 personality categories defined by Myers-Briggs and arising from the different combinations of the 8 traits. This analysis was thus performed for reasons of sample size, sample representativeness and statistical power [8].

Secondly, the domains of the second questionnaire (which in turn correlated with the steps of the SPIKES protocol [1]) were generally positively assessed, with a very small percentage of patients (as described in the results section) scoring indifferent or negative. These results lead us to conclude in favor of the tendency towards the universality of certain needs regarding the communication of bad news, and we can affirm that the SPIKES protocol covers them adequately [1].

The fundamental success of this protocol consists of issuing a series of general guidelines that leave room for the individual interpersonal art of the healthcare professional involved in the act of communication. Thus, its generality makes it adaptable to the different personalities of both the patients and the healthcare professionals. Furthermore, the protocol is designed in such a way that the previous step guarantees the correct development of the following step. Therefore, it starts from the simplest (seeking a serene environment) to the most complex (communicating the information and setting out a strategy) but not before having asked what information and how much information the patient wants to know and having validated the emotions that arise around the process of communicating bad news [1].

Although we have not achieved our main objective—which was to design an algorithm that would allow us to individualize, through personality traits, the process of communicating sensitive clinical information— there are some noteworthy findings.

First, we explored patients' views on addressing the family sphere as part of the strategy phase. This was done through two questions (and their respective counter-questions) as follows: "*I wish the oncologist would help me to normalize my disease in the nuclear family*" and "*I wish to be taught tools to normalize the oncologic disease with my children*". In both questions, the median score (collected as a Likert Scale from 1 to 5) was 4 CI95% (3.6-4). Therefore, those of us who practice in the field of oncology should pay attention more frequently to this area, which sometimes tends to be relegated to the background by the therapeutic strategy and purely clinical aspects. Achieving an adequate understanding and acceptance of the disease by the family facilitates the accompaniment and support of the patient by those close to him or her, results in better rates of therapeutic compliance, favors earlier detection of complications and generates greater emotional well-being, which in turn influences physical well-being [16].

Secondly, when the analysis of the strategy phase is broken down by questions, we found two clear blocks. The first is called the "Therapeutic planning block" and is made up of two questions (one on the desire to receive therapeutic information and the other on the desire to participate in clinical decision-making). The second, called "Life planning block" is made up of three questions (the two previously mentioned on the family sphere and a third one aimed at planning for other life circumstances). We grouped the score obtained in these blocks from 0% to 100%. In the therapeutic planning block, 43.1% scored between 75%-100%. However, in the life planning block, 78.4% were in this score range, which is almost double the number of patients. These results lead to the conclusion that there is a predominant concern among patients regarding the collateral consequences that their disease may have on their daily lives [12]. This concern is above (in many cases) the concern for the more purely clinical issues of the disease, according to the results of our work.

This work deals with a subjective field of study. This subjectivity makes it difficult to systematize the object of study, and it can be said that this is the main limitation of this work. However, primary importance should be given to the reduction of emotional impact and comprehensive support, paying attention to the patient's social environment, which is perceived positively by patients in terms of quality of care [12, 16].

## 5. Conclusions

Establishing effective communication is part of the therapeutic process and the comprehensive approach to the oncology patient. The high scores recorded in all domains of our Patient Perceptions and Wishes Questionnaire regarding the communication of bad news support that the SPIKES protocol remains, to date, the gold standard in this area. Nuances in it cannot be standardized on the basis of personality traits based on the results of this work. Within the strategy phase, 78.4% of the patients participating in this study scored between 75-100% in the so-called "Life Planning Block", reflecting a high level of concern for the impact of the disease on the family nucleus; the fact that the oncologist tries to help in this area is perceived positively in terms of quality of care.

## 6. Abbreviations

ASCO: American Society of Clinical Oncology

CNS: Central nervous system

SCP: Shared Care Planning

CSN: Central Nervous System

## 7. Administrative information

### 7.1 Additional Files

None declared by the authors

## 7.2. Acknowledgments

To Bueno A., Conejo M.A., Murillo C., Juez I., and Martínez E. for their participation in the questionnaires' correction and linguistic suitability phase during the validation phase. To all anonymous volunteers who participated in the validation phase of the questionnaires.

## 7.3. Author contributions

**Conceptualization, visualization, methodology, project management, and writing, proofreading and editing:** Irene Solana López, Manuel Meilan Uzcategui, Elia Martínez Moreno. **Edition:** 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. All authors read and approved the final version of the manuscript.

## 7.4. Financing

The researchers funded the study without financial compensation for the authors.

## 7.5. Availability of data and materials

Data and materials are available upon request from the corresponding author. No other materials are reported.

## 7.6. Statements

### 7.6.1. Ethics committee approval

The study received approval from the Research Ethics Committee (CEI) of the University Hospital of Fuenlabrada.

### 7.6.2 Conflicts of interest

The authors declare no conflicts of interest.

## References

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. doi:10.1634/theoncologist.5-4-302. PMID: 10964998. Disponible en: <https://theoncologist.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/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. doi:10.1016/j.pec.2020.02.036 Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/playContent/1-s2.0-S0738399120301105?returnurl=null&referrer=null>
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. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0885392422008661>
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. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8359044>
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-Briggstypeindicator (MBTI): some psychometric limitations." *Australian Psychologist* 30.1 (1995): 71-74. Disponible en: <https://aps.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/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://link.springer.com/article/10.1007/s00432-022-04311-8>
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](https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/documentacion/psicooncologia/numero1_voll/capitulo11.pdf)



## Annexes

### 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.

<b>Cuestionario (Q) y Dominio (D)</b>	<b>Coefficiente correlación intraclase</b>	<b>IC 95 %</b>
(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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me gusta elaborar y compartir mis ideas con otros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Soy realista, prefiero ver las cosas tal y como son.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Soy minucioso/a, a menudo me fijo en detalles concretos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Soy práctico/a, no me gustan las ideas que no tienen una aplicación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Cuando describo mis circunstancias, lo hago de forma detallada y ajustada objetivamente a la realidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Me gusta tener soluciones preestablecidas para mis problemas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Soy introspectivo/a, no comparto mis ideas con otros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Me gusta hacerme una idea general de la situación, sin entrar mucho en detalles.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me gusta perderme en mis pensamientos y abstraerme, aunque no saque conclusiones prácticas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Cuando describo las circunstancias, tiendo a darle un toque poético, emocional y narrativo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Dejo mis problemas fluir: las soluciones llegarán por sí solas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Mis planes son espontáneos y se modifican sobre la marcha.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Cuando tomo decisiones, me gusta consensuarlas con mis seres queridos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Priorizo complacer a la mayoría de los implicados, aunque eso suponga modificar mi decisión inicial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Deseo que me informe siempre el mismo oncólogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Deseo que el oncólogo me pregunte hasta dónde quiero saber.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Deseo que el oncólogo comparta la información clínica conmigo con claridad, utilizando frases sencillas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Deseo que el oncólogo emplee un lenguaje sencillo exento de tecnicismos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Deseo que el oncólogo se muestre empático y se preocupe por mis sentimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Agradezco que el oncólogo haga pausas durante el proceso de información y respete mis silencios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Deseo que el oncólogo me mire a los ojos mientras me da la información.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Deseo ser informado acerca de las diferentes opciones terapéuticas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Deseo participar en la toma de decisiones respecto al tratamiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Deseo que el oncólogo me ayude a normalizar mi enfermedad en el núcleo familiar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Deseo que me enseñen herramientas para normalizar la enfermedad oncológica con mis hijos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Me es indiferente qué oncólogo me informe, siempre y cuando conozca bien mi caso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. No deseo que el oncólogo me pregunte por mis emociones. Para mí son algo privado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. No deseo contacto físico del oncólogo, independientemente de cuáles sean mis emociones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. No deseo contacto visual con el oncólogo, me hace sentir incómodo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. No deseo participar en la toma de decisiones, prefiero que decida unilateralmente el oncólogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. No deseo ayuda del oncólogo para exponer mi situación oncológica a mis hijos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>