

PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN Y APOYO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS ESPAÑOLES. ADAPTACIÓN DEL "MEASURE OF PATIENT'S PREFERENCES"

Nuria Sánchez*, Agustina Sirgo**, María Francisca Hollenstein***, Concha León****, Teresa María Lacorte*****, Manel Salamero*

* Servicio de Psicología Clínica. Corporación Sanitaria Clinic. Barcelona.

**Unidad de Psicooncología. Hospital Universitario Sant Joan. Reus (Tarragona)

***Unidad de Psicooncología. Hospital Duran y Reynals. L'Hospitalet de Llobregat

****Unidad de Psicooncología. Hospital de Terrassa. Barcelona

*****Fundación IMOR (Institut Mèdic Onco-Radioteràpia). Barcelona

Resumen

Los objetivos de nuestro estudio fueron: 1) Adaptar un instrumento dirigido a conocer las preferencias de comunicación de pacientes oncológicos ("Measure of Patients' Preferences", MPP, Parker y cols, 2001) y 2) Determinar la relación entre las preferencias de comunicación y variables socio-demográficas, clínicas y de calidad de vida. 180 pacientes oncológicos tratados de diferentes centros de Cataluña, mayores de 18 años. Se administró la adaptación del cuestionario original a una muestra de 180 pacientes oncológicos adultos. Se registraron variables socio-demográficas (edad, sexo, nivel educativo, situación laboral, estado civil), médicas (tipo de cáncer, tiempo desde el diagnóstico, situación evolutiva, tipo de tratamiento,) y se administraron los cuestionarios EORTC y HADS para valorar calidad de vida y adaptación psicológica, respectivamente. Se analizó la consistencia interna del cuestionario MPP mediante el coeficiente de Cronbach. Se calcularon las medias de los ítems y escalas del MPP (contenido, apoyo, facilitación) comparándose con el estudio original (USA). Para cada una de las escalas de la MPP se efectuó una regresión múltiple incluyendo como predictores las variables socio-demográficas, clínicas y de calidad de vida. La adaptación española del MPP mostró buenas propiedades psicométricas. Los pacientes evaluados dieron mayor importancia a aspectos relacionados con el contenido de la información médica, aunque también valoraron como importantes el apoyo emocional y el contexto en el que se da la interacción con el médico. Los pacientes que preferían obtener la información con mayor detalle fueron las mujeres y pacientes jóvenes. Las mujeres jóvenes y los pacientes que habían sido diagnosticados por primera vez manifestaron mayores necesida-

Abstract

The main objectives of our study were: 1) To adapt a self-reported questionnaire aimed to know preferences for communication in oncology patients ("Measure of Patients' Preferences", MPP, Parker et al., 2001) and 2) To describe the relationship between preferences for communication and socio-demographic, clinical and quality of life variables. One hundred and eighty oncology patients from different comprehensive cancer Centers in Catalonia (Spain), older than 18 years old were assessed. Spanish adaptation of the original version of MPP was used. Socio-demographic variables (age, sex, educative level, professional status, marital status) and medical variables (type of tumor, time since diagnosis, illness status, type of treatment) were studied. EORTC quality of life questionnaire and HADS were used. Internal consistency using Cronbach's α of MPP questionnaire was used. MPP item's means and scales (content, support and facilitation) were calculated and compared with original study (US). A multiple regression for all of the MPP's scales was done, including socio-demographic, clinical and quality of life variables as predictors. MPP Spanish adaptation shows good psychometric properties. Patients assessed stress on the importance of medical information issues, although emotional support and context where medical interaction occurs are highly valued. Women and younger patients were prone to ask for more detailed information. Younger women and first time diagnosed patients asked for more emotional support from staff. Single women give more importance to context variables where medical interaction occurs. Sex, age, marital status and

Correspondencia:

Manel Salamero
Instituto Clínico de Neurociencias. Servicio de Psicología Clínica
Corporación Sanitaria Clinic. C/ Villarroel, 170. 08036 Barcelona
E-mail: salamero@clinic.ub.es

des de apoyo por parte de los profesionales. Finalmente, las mujeres que no convivían con pareja dieron mayor importancia a los elementos del contexto en el que se da la información médica. El sexo, la edad, la convivencia y la experiencia con el diagnóstico son variables importantes en las preferencias de información de pacientes oncológicos españoles.

Palabras clave: Comunicación en cáncer, preferencias comunicación, relación médico-paciente, apoyo emocional en cáncer, calidad de vida en cáncer.

previous experience with diagnosis are important variables related with preferences for communication among Spanish oncology patients.

Key words: Cancer symptoms control, quality of life, anxiety, depression, palliative care.

INTRODUCCIÓN

La relación entre médico y paciente es esencial en la mejoría del cuidado del paciente. Un estilo de comunicación centrado en las necesidades del paciente, que estimule sus recursos personales y sociales, y, a su vez, reduzca niveles de estrés evitable, ha sido asociado a numerosos beneficios en la calidad asistencial. Así, se ha señalado que una mejor comunicación entre médico-paciente se asocia a una mayor satisfacción, una mayor adherencia a los tratamientos y mejor adaptación psicológica de pacientes con cáncer⁽¹⁻⁵⁾.

La comunicación con el paciente es especialmente compleja en el contexto de enfermedades que representan una amenaza para la vida, como es el caso del cáncer. Los oncólogos deben proporcionar información sobre el diagnóstico, la necesidad de tratamientos con importantes efectos secundarios y el pronóstico, incierto en muchos casos, en el contexto de una importante carga emocional por parte del paciente y familiares^(6,7).

La Ley General de Sanidad española⁽⁸⁾ y la Ley de Autonomía del paciente⁽⁹⁾ reconocen el derecho del paciente a ser informado, así como, de no serlo, pero los profesionales se encuentran con el problema de cómo hacerlo, ya que, todavía no existe acuerdo en el modo en que deben ser informados los pacientes con cáncer. Durante los últimos años, se están realizando esfuerzos para crear recomendaciones de cómo debe proporcionarse la información médica⁽¹⁰⁻¹²⁾ así como numerosas iniciativas de

formación en habilidades de comunicación a los profesionales del campo de la Oncología⁽¹³⁻¹⁵⁾. Sin embargo, estas guías se han elaborado a partir de la opinión clínica más que en datos derivados de los propios pacientes. La principal dificultad radica en la necesidad de adaptar estas recomendaciones generales a las necesidades individuales de cada paciente⁽¹⁶⁻¹⁹⁾. En ausencia de información sobre las preferencias de los pacientes, los oncólogos deciden qué información necesita el paciente partiendo de su criterio personal. Según un estudio realizado con población española⁽²⁰⁾, lo que determina la información que el oncólogo proporciona al paciente son variables tanto del paciente como relacionadas con el tratamiento. Los oncólogos tienden a proporcionar una información más precisa a los pacientes más jóvenes, que presentan un buen aspecto físico, que manifiestan una actitud activa ante la enfermedad y que deben recibir tratamiento con quimioterapia o radioterapia, tratamientos que socialmente están asociados al cáncer.

Conocer las preferencias de nuestros pacientes sobre comunicación es esencial para elaborar recomendaciones para los clínicos que se adapten a sus necesidades reales. Ello permitirá orientar la formación de los profesionales de la medicina, mejorar la calidad asistencial y la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud. En este sentido, disponer de instrumentos sencillos de aplicar que permitan evaluar las preferencias de nuestros pacientes puede ser de gran utilidad. Parker et al.⁽²¹⁾ crearon un instrumento para valorar las preferencias de

comunicación de los pacientes oncológicos, que ha mostrado unas buenas propiedades psicométricas. Se trata de un cuestionario de 32 ítems, que se estructura en tres subescalas: 1) Escala Contenido, formada por 13 ítems, que hacen referencia a la competencia del médico y a diferentes aspectos la información sobre la enfermedad y tratamientos; 2) Escala Apoyo, formada por 12 ítems que miden aspectos relacionados con el apoyo emocional y 3) Escala Facilitación, compuesta por 7 ítems que hacen referencia al modo como se da la información (que el médico me mire a los ojos, que el médico de la información sin rodeos) y elementos del contexto que pueden facilitar la comunicación (ser informado en persona, ser informado en un lugar privado).

Los pacientes deben puntuar en una escala de 5 puntos en qué medida son importantes para él diferentes elementos de la comunicación con su médico (*1= No es importante en absoluto; 2= Es opcional, el médico puede hacerlo o no; 3= Es importante; 4= Es muy importante; 5= Es esencial, el médico debería hacerlo siempre*). En su estudio evaluaron a las preferencias de 351 pacientes con cáncer en la interacción con su oncólogo. A pesar de que la información sobre la enfermedad era lo más importante para la mayoría de los pacientes, tanto el contexto como el apoyo emocional fueron valorados como muy importantes. Las variables de apoyo emocional fueron más importantes para las mujeres que para los hombres. Los pacientes con mayor nivel educativo daban más importancia al contenido del mensaje y a los elementos contextuales que los pacientes con menor nivel educativo.

Finalmente, los pacientes jóvenes dieron menor importancia al contexto donde debía darse la información.

La mayoría de estudios relacionados con las necesidades de información de pacientes oncológicos han sido desarrollados en otros países. Según un estudio de Baile WF et al.⁽²²⁾, existen importantes diferencias culturales en las actitudes de los

oncólogos respecto a la información hacia el paciente, por lo que los resultados obtenidos no son generalizables a nuestra población. Disponer de un instrumento validado permitirá conocer las preferencias de la población española y resultará de gran utilidad para adaptar la actuación de los clínicos a las necesidades de los pacientes con cáncer de nuestra población.

Los objetivos del estudio son tres:

1. Traducir y adaptar un cuestionario de preferencias de comunicación de pacientes oncológicos "Measure of Patient's Preferences") en nuestra población.
2. Describir las preferencias de comunicación de pacientes oncológicos españoles tratados en diferentes centros de referencia para patología oncológica.
3. Analizar las posibles diferencias culturales en las preferencias de comunicación comparando nuestros resultados con el estudio original.

MÉTODO

Sujetos

La muestra consistió en 180 pacientes oncológicos adultos, que estaban recibiendo tratamiento en diferentes centros de Cataluña y que aceptaron participar voluntariamente en el estudio. Fueron excluidos del estudio aquellos pacientes que presentaban diagnóstico clínico de trastorno psiquiátrico grave, trastorno mental orgánico y aquéllos que eran analfabetos.

PROCEDIMIENTO

Adaptación del cuestionario.

Para la adaptación del cuestionario diferentes profesionales realizaron una traducción preliminar de forma individual. Se realizó una puesta en común y se consensó una primera versión traducida. Se administró esta versión a un grupo de

pacientes oncológicos y se discutió con ellos los aspectos relacionados con la comprensión del cuestionario, llegando a la segunda versión consensuada. Finalmente se procedió a la retrotraducción, dando lugar a la versión definitiva (Ver anexo).

Preferencias de comunicación en pacientes españoles

Los pacientes fueron informados del objetivo del estudio y fueron evaluados previa firma del consentimiento informado. Los investigadores solicitaron los datos socio-demográficos (edad, sexo, nivel de estudios y situación laboral) directamente a los participantes y registraron los datos médicos (diagnóstico, tiempo desde el diagnóstico, experiencia con el diagnóstico, tipo de tratamiento actual, situación evolutiva, régimen hospitalario, antecedentes psicopatológicos) a partir de la historia clínica.

Se administró a los participantes la siguiente batería de cuestionarios:

1. *MPP, adaptación española* (ver anexo). Cuestionario compuesto de 32 ítems que evalúa las preferencias de información de los pacientes oncológicos en cuanto a aspectos de contenido, apoyo emocional y elementos facilitadores del contexto⁽²¹⁾. La escala de *Contenido* está formada por los primeros 12 ítems; la de *Apoyo*, por los 12 siguientes y la de *Facilitación* por los últimos 7 ítems. La puntuación en cada escala se obtiene a partir de la media de las puntuaciones de los ítems que la componen.
2. *HAD*. Escala de 14 ítems diseñada para detectar niveles de ansiedad y depresión clínicamente significativos en pacientes médicos ambulatorios. Esta escala ha sido adaptada y validada en población española⁽²³⁾.
3. *EORTC-QLQ-C30* Cuestionario de 30 ítems que se agrupan en cinco dimensiones funcionales (fun-

cionamiento físico, social, emocional, cognitivo y de rol); tres dimensiones de síntomas (fatiga, dolor y náuseas y vómitos), una dimensión global de calidad de vida; e ítems individuales relacionados con los síntomas de la enfermedad y su tratamiento. Una mayor puntuación en las escalas funcionales indica una mayor calidad de vida y una mayor puntuación en las escalas de síntomas una peor calidad de vida. Para nuestro análisis únicamente hemos considerado la escala funcional global (media de las puntuaciones de las 5 dimensiones funcionales) y la escala de síntomas global (media de las puntuaciones de las tres dimensiones de síntomas)⁽²⁴⁾.

Análisis estadísticos

El análisis estadístico se realizó a través del paquete estadístico SPSS 10.0. Como paso previo se analizó la fiabilidad de las escalas de la MPP mediante el coeficiente α de Cronbach. Se calcularon las medias de las escalas de la versión española de MPP y se compararon con el estudio original. Para cada una de las escalas de la MPP se efectuó una regresión múltiple jerárquica incluyendo como predictores las variables socio-demográficas, médicas y psicológicas. El posible efecto de las variables de confusión se controló mediante análisis de regresión múltiple jerárquico con inclusión inicial de bloque de confusores.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

Las características socio-demográficas de los participantes están resumidas en la tabla 1.

De la muestra definitiva (N=180), el 65.5% eran mujeres (N=110) y el 34.5% hombres (N=58). La media de edad fue de

Tabla 1. Características socio-demográficas y médicas (N=180)

Sexo		Tipo de tumor	
Mujere	65.5	Mama	37.5
Hombres	34.5	Hematológico	16.7
Convivencia		Próstata	16.7
Pareja	66.1	Otros	29.2
No pareja	33.9	Situación evolutiva	
Nivel educativo		Estadios iniciales	83.3
Primarios	41.1	Cancer avanzado	16.7
Medios/Universitarios	58.9	Régimen hospitalario	
Situación laboral		Ambulatorio	83.1
Activo	42.9	Hospitalización	16.9
No activo	57.1	Antecedentes psicopatológicos	
Experiencia diagnóstico		Si	30.9
Primer diagnóstico	80.5	No	69.1
Recidiva	19.5		

52,6 años (SD:13,4). Un 66.1% estaban casados o vivían en pareja y un 42.9 % seguían desarrollando su actividad laboral. La mayoría de pacientes habían realizado estudios medios o universitarios (58.9). Los pacientes habían recibido el diagnóstico de cáncer entre 1 mes y 3 años anteriores (M= 21,5 meses ;SD=39,1). Un 80.5% de los participantes habían recibido por primera vez el diagnóstico, mientras que el 19.5 % se estaban tratando por una recidiva de la enfermedad. Un 37.5% eran pacientes con cáncer de mama, un 16.7%, de próstata, un 16.7 % hematológico y un 29.2% otros tipos de cáncer. Un 36.4% estaba recibiendo tratamiento con quimioterapia, un 7.8 % radioterapia, un 6.5% trasplante de médu-

la ósea, un 3.9 % cirugía, un 11% tratamiento hormonal y un 0.6 % inmunoterapia. La mayoría de pacientes se hallaban en estadios iniciales (83.3%) de la enfermedad.

Propiedades psicométricas de la adaptación española del MPP

La consistencia interna fue analizada mediante el coeficiente alpha de Cronbach para cada una de las subescalas del cuestionario. Las tres subescalas presentaron buenos índices de consistencia interna (0.91 para la escala contenido; 0.89 para la escala de apoyo y 0.77 para la escala Facilitación).

Tabla 2. Correlaciones (r Pearson) de las escalas del MPP

	Contenido	Apoyo	Facilitación
Contenido	1	-	-
Apoyo	0.52**	1	-
Facilitación	0.58**	0.69**	1

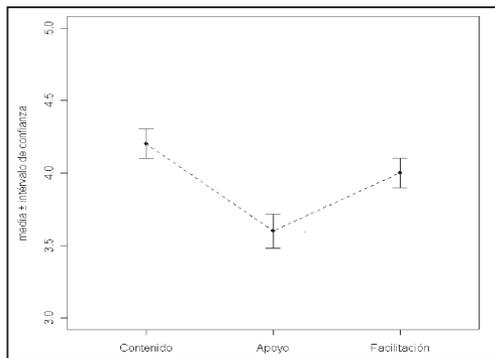
* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

La correlación entre las tres subescalas fue estadísticamente significativa y con valores de r moderados (ver tabla 2). Estos resultados sugieren que las tres subescalas están relacionadas pero no son redundantes, por lo que tiene sentido mantener la división en subescalas.

Preferencias de comunicación en pacientes españoles

Se realizó un análisis de la variancia intrasujetos para las tres subescalas con el fin de analizar qué aspectos de la comunicación son más importantes para el conjunto de la muestra. Las medias obtenidas en las tres subescalas mostraron que los pacientes valoraron como *muy importantes* los aspectos que evalúa la escala contenido (4.2; SD 0.7) y como *importantes* los aspectos evaluados por las escalas de Apoyo y Facilitación (3.6; SD 0.8, y 4.0; SD 0.7) respectivamente.

Gráfico 1.



Los resultados muestran puntuaciones significativamente superiores en la escala de *Contenido* respecto al resto de subescalas (*Apoyo* ($F(1,167)=139.0$, $p<0.001$) y *Facilitación* ($F(1,167)=22.0$, $p<0.001$)). Es decir, los pacientes evaluados dieron mayor importancia a los aspectos relacionados con la competencia del médico y la información sobre la enfermedad y tratamientos, que a los aspectos de apoyo emocional y de contexto.

Relación entre variables socio-demográficas y médicas y preferencias de comunicación

Se realizó un análisis de regresión para cada una de las subescalas del cuestionario incorporando como predictoras las variables socio-demográficas, médicas y de personalidad.

Los resultados se muestran en la tabla 3.

El sexo ($p=.01$), la edad ($p=.03$) y el diagnóstico de cáncer de próstata ($p<.01$) predecían de forma significativa las puntuaciones de la escala *Contenido*. Las mujeres y los pacientes jóvenes dieron mayor importancia a los aspectos relacionados con la información de la enfermedad. La experiencia con el diagnóstico (primer diagnóstico/recidiva) ($p=.02$) y el diagnóstico de cáncer de próstata predecían los resultados en la escala de *Apoyo*. Los pacientes diagnosticados por primera vez de la enfermedad daban mayor importancia al apoyo por parte de los profesionales que los pacientes que habían recidivado. Los pacientes con neoplasia de próstata obtuvieron puntuaciones significativamente menores en la escala de *Apoyo* que el resto de pacientes. En cuanto a la escala de *Facilitación*, el sexo ($p<.001$) y el estado civil ($p=.46$) resultaron variables significativas.

Según nuestros resultados los pacientes que preferían obtener una información sobre la enfermedad con mayor detalle fueron las mujeres y los pacientes jóvenes. Los pacientes que mostraron mayor necesidad de apoyo emocional fueron aquellos que habían sido diagnosticados por primera vez de la enfermedad. Los pacientes con neoplasia de próstata dieron menor importancia al contenido de la información proporcionada por el médico que el resto de pacientes y consideraron menos importante el apoyo por parte de los profesionales que el resto de pacientes. Finalmente la mujeres y los pacientes que no vivían en pareja dieron mayor importancia a los elementos contextuales que facilitan la comunicación.

Tabla 3. Relación entre preferencias de comunicación y personalidad. Análisis de regresión

	Beta	p
CONTENIDO (R=.625)		
(Constante)		.000
Sexo	.247	.005
Edad	-.145	.054
Próstata	-.215	.028
Sit.evolutiva	.264	.000
Experiencia dgn.	-.179	.013
Extraversión	.246	.001
APOYO (R=.503)		
(Constante)		.000
Próstata	-.391	.000
Experiencia dgn.	-.189	.013
Extraversión	.216	.008
CONTEXTO (R=.439)		
(Constante)		.000
Sexo	.222	.028
Próstata	-.157	.136
Extraversión	.175	.040

DISCUSIÓN

La adaptación española del "Measure of Patient's Preferences, MPP" ha mostrado unas propiedades psicométricas adecuadas. Se trata de un instrumento sencillo y fácil de aplicar que permite obtener información sobre las preferencias de los pacientes respecto a la información sobre su enfermedad, las necesidades de apoyo y la importancia de elementos del contexto que pueden facilitar la comunicación con el médico.

Nuestro estudio muestra como los pacientes pueden distinguir diferentes aspectos de la comunicación con el médico. Los pacientes oncológicos de nuestra población dan mayor importancia a los

aspectos relacionados con el contenido de la información y la competencia del médico que a las muestras de apoyo y elementos del contexto en el que se da la información. A pesar de que los pacientes de nuestra población dieron mayor importancia al contenido de la información y competencia del médico, los aspectos relacionados con el apoyo emocional y el contexto en el que se proporciona la información, fueron valorados como importantes.

Nuestros resultados mostraron que las preferencias de comunicación coincidían parcialmente con los obtenidos en el estudio original. En el estudio de Parker et al⁽²¹⁾ las variables que mejor predecían las preferencias por el contenido de la información fueron el sexo y el nivel educativo. En nues-

tro estudio el sexo y la edad fueron las variables más relevantes. El poder predictivo del diagnóstico de cáncer de próstata podría ser interpretado como una interacción de estas dos variables, ya que los pacientes con neoplasia de próstata son hombres de edad avanzada en su mayoría. En cuanto a las necesidades de apoyo, el sexo fue la única variable predictora en el estudio original. Nuestros resultados mostraron una interacción entre edad y sexo, así como, la importancia de la experiencia con el diagnóstico. Las mujeres más jóvenes, que habían sido diagnosticadas por primera vez de la enfermedad fueron las que manifestaron mayores necesidades de apoyo por parte de los profesionales. Los pacientes más jóvenes y con mayor nivel educativo fueron los que dieron mayor importancia a las variables del contexto en que se proporciona la información, en el estudio original. En nuestra población, sin embargo, fue el sexo y la convivencia lo que mejor explicaban la preferencia por variables contextuales. Si resumimos, el sexo y la edad son importantes variables en la comunicación médico-paciente.

LIMITACIONES

El estudio fue llevado a cabo con una amplia muestra de pacientes con diferentes tipos de cáncer, que se estaban tratando en diferentes centros de Cataluña. Por ello, consideramos que la muestra es representativa de esta población. Sin embargo, la proporción de mujeres era mucho más elevada que la de hombres y con una diferencia de edad importante entre ambos grupos. Este hecho podrían haber influido en los resultados sobre la influencia de la edad y el sexo sobre las preferencias de comunicación. Sin embargo, los resultados respecto al sexo y la edad son comparables a los obtenidos en otros estudios^(25, 26).

Otra limitación es que las preferencias de comunicación han sido evaluadas en una única ocasión. Son necesarios nuevos estudios prospectivos que permitan conocer la estabilidad de las preferencias de

comunicación a lo largo del proceso de enfermedad.

El MPP puede ser un instrumento útil para conocer las necesidades de los pacientes en diferentes aspectos de la comunicación con el oncólogo. Estos resultados son importantes porque el proporcionar la información según las preferencias de los pacientes puede mejorar la comprensión de la información, el cumplimiento terapéutico, reducir el estrés relacionado con la enfermedad y aumentar la satisfacción de los pacientes con la atención recibida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, Ehrnooth E, Rossen PB, Maase H. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *Br J Cancer* 2003; 88: 658-65.
2. Ong LML, Visser MRM, Lammes FB, De Haes JCJM. Doctor-patient communication and cancer patients's quality of life and satisfaction. *Patient Educ Couns* 2000; 41:145-56.
3. Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. *Fam Pract* 1998; 15:480-92.
4. Stewart M, Brown JB, Boon H et al. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control* 1999; 3:25-30.
5. Steptoe A, Sutcliffe I, Allen B, Coombes C. Satisfaction with communication, medical knowledge, and coping style in patients with metastatic cancer. *Soc Sci Med* 1991; 32:627-32.
6. Ford S, Fallowfield L, S Lewis. Doctor-patient interactions in oncology. *Soc Sci Med* 1996; 42: 1511-9.
7. Jenkins V, Fallowfield L, Saul J. Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *Br J Cancer*; 2001; 84 (1): 48-51.
8. Ley 41/1986 de 25 de abril, General de Sanidad (boletín oficial del estado, número 102, de 29-04-1986)

9. Ley 41/2002 de 14 noviembre, de Autonomía del Paciente (boletín Oficial del Estado, número 274, de 15-11-2002)
10. Buckman R. How to break bad news: A guide for health professionals. Baltimore: John Hopkins Press, 1992.
11. Davis H, Fallowfield L. Counselling and communication in health care. Wiley: Chichester, 1991.
12. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: Consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol* 1995; 13: 2449-56.
13. Shilling V, Jenkins V, Fallowfield L. Factors affecting patient and clinician satisfaction with the clinical consultation: can communication skills training for clinicians improve satisfaction?. *Psychooncology* 2003; 12: 599-611.
14. Maguire P, Pitceathly. Key communication skills and how acquire them. *Br Med J* 2002; 325: 697-700.
15. Grassi L, Travado L, Gil F, Baile W. Training Southern European Oncologists to Recognize Psychosocial Morbidity in their Cancer Patients. *Psychooncology* 2004; 13 (8) Supl: 64 S31 (meeting abstract)
16. Street RL. Information-giving in medical consultations: the influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Soc Sci Med* 1991; 32 (5): 541-8.
17. Butow PN, Kazemi JN, Beeney LJ et al. When the diagnosis is cancer: Patient communication experiences and preferences. *Cancer* 1996; 77: 2630-7.
18. Fallowfield L, Ford S, Lewis S. Information preferences of patients with cancer. *Lancet* 1994;344:1576.
19. Fallowfield L, Ford S, Lewis S. No news is not good news: information preferences of patients with cancer. *Psychooncology* 1995; 4: 197-202.
20. Labrador FJ, Bara E. La información del diagnóstico a pacientes de cáncer. *Psicooncología* 2004; 1:51-66.
21. Parker PA, Baile WF, Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L. Breaking Bad news about cancer: Patients' preferences for communication. *J Clin Oncol* 2001; 19: 2049-56.
22. Baile WF, Lenzi R, Parker PA, Buckman R, Cohen L. Oncologist's attitudes toward and practices in giving bad news: An exploratory study. *J Clin Oncol* 2002; 20: 2189-96.
23. Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, De Pablo J, Pintor L, Bulbena A. A Validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25: 277-83.
24. Arraras JJ, Illarramendi JJ, Valerdi JJ. El cuestionario de calidad de vida de la EORTC. Estudio estadístico de validación con una muestra española. *Rev Psicol Salud* 1996; 7:13-33.
25. Butow PN, Maclean M, Dunn SM, Tattersall M, Boyer MJ. The dynamics of change: Cancer patient's preferences for information, involvement and support. *Ann Oncol* 1997; 8: 857-63
26. Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V. Information and participation preferences among cancer patients. *Ann Intern Med.* 1980; 92 (6): 832-6.

ANEXO

CUESTIONARIO DE PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Nº identificación:

Nos gustaría conocer en qué medida son importantes para usted los aspectos que a continuación se describen respecto a la comunicación con su médico. Rodee con un círculo la opción que más se ajuste a su situación actual.

- 1= No es importante en absoluto**
2= Es opcional, el médico puede hacerlo o no
3= Es importante
4= Es muy importante
5= Es esencial, el médico debería hacerlo siempre

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Ser informado detalladamente sobre los resultados de las pruebas médicas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Que el médico me explique la mejor opción de tratamiento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Que el médico me describa con detalle mis opciones de tratamiento | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Que el médico me permita conocer todas las diferentes opciones de tratamiento .. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Ser informado de los nuevos tratamientos experimentales..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Ser informado sobre mi pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Que el médico me dé toda la información sobre mi cáncer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Que el médico sea sincero sobre la gravedad de mi situación..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Que el médico me diga cómo el cáncer puede afectar a mi funcionamiento diario .. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Sentirme seguro sobre las capacidades y habilidades del médico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Que el médico esté al día de las investigaciones sobre mi tipo de cáncer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Que el médico tenga tiempo para responder a mis preguntas completamente .. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Disponer de tiempo suficiente para hacer todas mis preguntas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Que el médico me informe de los servicios de ayuda disponibles..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Que el médico me informe de los recursos sociales disponibles | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Que el médico muestre su preocupación por mí..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Que me reconforte si me emociono | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Que me diga que no pasa nada si me altero | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Que me anime a expresar mis sentimientos ante la nueva información sobre
mi situación médica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Que el médico me dé esperanzas sobre mi situación | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Que el médico me haga sentir cómodo para poder mostrar mis emociones | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Que haya otro profesional sanitario presente para ofrecer apoyo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Que el médico informe a mi familia sobre mi diagnóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Que el médico informe a mi familia sobre mi pronóstico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Que el médico me oriente a cómo hablar con los demás sobre mi cáncer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Ser informado en persona | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Ser informado en un lugar privado | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Que el médico prevea el tiempo necesario para comunicar la información | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Que el médico me preste la atención suficiente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Que el médico me mire a los ojos..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Que espere a tener todos los resultados consigo antes de dar la información | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Que el médico dé la información sin rodeos..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |