

Guías de Comunicación en Oncología: Habilidades de comunicación del personal clínico y proceso de información a la persona con cáncer y su familia: **Documento Metodológico**

**Otros Productos Basados en la Evidencia:
Guías de Comunicación en Oncología**

Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS)



El presente documento recoge el informe metodológico que describe el proceso para la elaboración de las “Guías de Comunicación en Oncología: Habilidades de comunicación del personal clínico y proceso de información a la persona con cáncer y su familia”, del Programa de Guías de Práctica Clínica (GPC) y Otros Productos Basados en la Evidencia (OPBE) en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Este documento puede ser reproducido total o parcialmente, por cualquier medio, siempre que se cite explícitamente su procedencia.

Contacto: participacion.redets@sescs.es

Este documento ha sido realizado por el **Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud** en el marco de la financiación del Ministerio de Sanidad para el desarrollo de las actividades del Plan anual de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS, aprobado en el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS de 5 de abril de 2024.

Para citar este documento:

Grupo de trabajo de las “Guías de Comunicación en Oncología: Habilidades de comunicación del personal clínico y proceso de información a la persona con cáncer y su familia. Documento Metodológico”. Ministerio de Sanidad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS); 2025.



Servicio
Canario de Salud



ÍNDICE

Autoría y colaboraciones	6
Resumen	9
Abstract	11
Siglas y acrónimos	13
1. INTRODUCCIÓN	15
2. ALCANCE	17
2.1. <i>Población diana</i>	17
2.2. <i>Niveles asistenciales</i>	17
2.3. <i>Problema asistencial</i>	17
2.4. <i>Tipo de decisiones</i>	17
2.5. <i>Profesionales a quienes va dirigido</i>	18
3. OBJETIVOS	19
4. METODOLOGÍA	20
4.1. <i>Constitución del grupo de trabajo</i>	23
4.2. <i>Desarrollo del producto metodológico de las Guías de Comunicación en Oncología</i>	24
4.2.1. Fase 1. Revisión sistemática	24
4.2.2. Fase 2. Estudio Delphi (dos rondas)	26
4.2.3. Fase 3. Guías de Comunicación en Oncología	29
5. RESULTADOS	31
5.1. <i>Fase 1. Revisión sistemática</i>	31
5.1.1. Resultados de la búsqueda bibliográfica para la revisión sistemática	31
5.1.2. Características de los estudios incluidos	33
5.1.3. Calidad de los estudios incluidos	42
5.1.4. Síntesis de los resultados del proceso de revisión sistemática	42
5.2. <i>Fase 2 Estudio Delphi</i>	44
5.2.1. Características de las personas participantes	44
5.2.2. Primera ronda del método Delphi	45
5.2.3. Segunda ronda del método Delphi	48
5.2.4. Síntesis final del estudio Delphi de dos rondas	57
5.3. <i>Fase 3. Desarrollo de Guías de Comunicación Oncológica</i>	58
5.3.1. Diseño y desarrollo	58
5.3.2. Revisión externa	59
5.3.3. Proceso de revisión y refinamiento	59
5.3.4. Validación final:	60

6. COMENTARIOS FINALES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA	63
<i>Limitaciones y fortalezas metodológicas</i>	63
7. CONCLUSIONES	65
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66
9. ANEXOS	71
<i>Anexo 1. Formulario de declaración de intereses y compromisos de confidencialidad</i>	71
<i>Anexo 2 Recomendaciones de estrategias de ASCO</i>	76
<i>Anexo 3 Recomendaciones de estrategias de ESMO</i>	93
<i>Anexo 4. Estrategia de búsqueda</i>	98
<i>Anexo 5. Tabla de estudios complementarios a la revisión sistemática</i>	106
<i>Anexo 6. Tabla de estudios excluidos</i>	108
<i>Anexo 7. Nuevas recomendaciones y estrategias extraídas de la revisión sistemática</i>	111
<i>Anexo 8. Estadísticos descriptivos de la primera ronda del estudio Delphi</i>	118
<i>Anexo 9. Pregunta abierta de la primera ronda del estudio Delphi</i>	122
<i>Anexo 10. Estadísticos descriptivos de la segunda ronda del estudio Delphi</i>	127
<i>Anexo 11. Pregunta abierta de la segunda ronda del estudio Delphi</i>	128
<i>Anexo 12. Preguntas para estudio cualitativo de profundización (segunda ronda)</i>	130
<i>Anexo 13. Tabla de correspondencia que establece la relación entre el presente documento metodológico y las Guías de Comunicación en Oncología</i>	142
<i>Anexo 14. Resumen de observaciones de revisores y respuestas de autores (Recibidas durante la fase final)</i>	154

Lista de tablas

Tabla 1. Ficha técnica de las guías ASCO y ESMO.....	21
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión.....	24
Tabla 3. Resultados de la búsqueda bibliográfica	31
Tabla 4. Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática.....	35
Tabla 5. Características sociodemográficas de los participantes	44
Tabla 6. Participación primera y segunda ronda.....	45
Tabla 7. Resultados de la primera ronda del Delphi (porcentaje y consenso).....	47
Tabla 8. Resultados de la segunda ronda del Delphi (porcentaje y consenso).....	50
Tabla 9. Recomendaciones según el orden de importancia en el estudio Delphi de dos rondas.....	51

Lista de figuras

Figura 1. Proceso de selección de agentes de interés en el grupo de trabajo.....	23
Figura 2. Proceso de reclutamiento de participantes en el estudio Delphi	27
Figura 3. Proceso de selección de estudios según PRISMA.....	32
Figura 4. Resultados priorización de recomendaciones en primera ronda	46
Figura 5. Resultados priorización de recomendaciones en segunda ronda.....	49
Figura 6. Proceso iterativo del desarrollo de las Guías de Comunicación Oncológica.....	60
Figura 7. Capturas de pantalla de las Guías de Comunicación Oncológica: Aspectos Transversales y Durante el Cuidado.....	61

Autoría y colaboraciones

Grupo de Trabajo

Coordinación Metodológica

- *Lilisbeth Perestelo Pérez*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS). ¹
- *Alejandro Torres Castaño*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS). ¹

Coordinación Clínica

- *Delvys Rodríguez Abreu*. Hospital Universitario Insular de Gran Canaria.

Equipo Técnico

- *Francesca Favaro*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS). ¹
- *Vanessa Ramos García*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS). ¹
- *Miguel Ángel García Bello*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC).
- Victoria María Martínez López. Colaboradora del Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS).
- *Montserrat León García*. Fundación para la investigación e innovación biosanitaria de atención primaria (FIIBAP). Servicio Madrileño de salud.
- *Anthea Santos Álvarez*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS).
- *Andrea Duarte Díaz*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS).
- *Yolanda Álvarez Pérez*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS).
- *Amado Rivero Santana*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS).
- *Pablo Alonso Coello*. Institut de Recerca Sant Pau (IR SANT PAU). Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

¹ Estas autoras han contribuido de manera equitativa.

Búsqueda de la Bibliografía y Apoyo a la Revisión

- *Estefanía Herrera Ramos*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS).
- *Carlos Díaz-González*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Formato y diseño
- *Carlos González Rodríguez*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Formato y diseño
- *Francesca Favaro*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS).
- *Yadira González Hernández*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Fundación Canaria Instituto de Investigación Sanitaria de Canarias (FIISC). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS).

Equipo Clínico

- *Ana Isabel González-González*. Unidad de Innovación y Proyectos Internacionales. Subdirección General de Investigación Sanitaria y Documentación. Dirección General Investigación, Docencia e Innovación. Consejería de Sanidad de Madrid. Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS).
- *Antonio Rueda Domínguez*. Servicio de Oncología Médica Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.
- *Cristina Concepción de la Rosa*. Asociación Española contra el cáncer (AECC).
- *Elisabeth Pérez Ruiz*. Oncología Médica Hospital Universitario Regional de Málaga.
- *Laura García Cabrera*. Servicio de Oncología Médica Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.
- *Maite Martínez Martínez*. Servicio de Oncología Médica Hospital Clínico Universitario de Valencia.
- *Nieves Rodríguez Ibarria*. Servicio de Oncología Médica Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.
- *Salvador Saura Grau*. Servicio de Oncología Médica Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.
- *Silvia Cornet Sinisterra*. Servicio de Oncología Médica Hospital Clínico Universitario de Valencia.
- *Tania Estapé Madinabeitia*. Sociedad Española de Psico-Oncología (SEPO).
- *Yaiza Moreno Martín*. Asociación de pacientes de Cáncer de mama (AMATE).

Sociedades Científicas

- *Ana Fernández Montes*. Grupo Español de Tratamiento de Tumores Digestivos (TTD).
- *Ana García Conde*. Sociedad Española de Psico-Oncología (SEPO).
- *Antonia Gimón Revuelta*. Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA).
- *Beatriz Bernádez Ferrán*. Grupo de Farmacia Oncológica (GEDEFO).
- *Carlos Míguez Sánchez*. Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR).
- *Elena María Brozos Vázquez y Carmen Beato Zambra*. Grupo Español de Tumores Huérfanos e Infrecuentes (GETTHI).

- *Francisco Javier de Castro Carpeño*. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).
- *Helena García Llana*. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).
- *José Luis Muñoz de Nova*. Asociación Española de Cirujanos (AEC).
- *Miguel Mora García*. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC).
- *Nuria Domenech Climent*. Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO).
- *Raquel Granado Carrasco*. Grupo Español de Cáncer de Cabeza y Cuello (GECC).
- *Rosario Cumplido Corbacho*. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP).
- *Yvelise Barrios Del Pino*. Sociedad Española de Inmunología (SEI).

Representantes de Federaciones y Asociaciones de Pacientes

- *Aránzazu Sáez Sánchez*. Asociación Española de Afectados por Cáncer de Tiroides (AECAT).
- *Bernard Gaspar Martínez*. Asociación Española de Afectados por Cáncer de Pulmón (AEACaP).
- *Diego Villalón*. Fundación Más que ideas.
- *Helena García Llana*. Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos (AECPAL).
- *Javier Barcos Aguilera y Alba Gubia*. Asociación Española Contra el Cáncer (AECC).
- *Lennart Koch*. Federación Española de Padres de Niños con Cáncer (FEPNC).
- *Luis Miguel de la Fuente*. Asociación española de familiares y enfermos de cáncer colorrectal (EuropaCOLON).
- *María Pilar Fernández Pascual*. Asociación Española de Afectados de Cáncer de Mama Metastásico (AECMM).
- *Yolanda Fernández de Dios*. Federación Española de Asociaciones de Ostomizados (FEDAO).

Declaración de intereses

Todos/as los/as autores/as, colaboradores/as y revisores/as externos/as de este documento metodológico han firmado un documento en el que se han hecho explícitas las relaciones que puedan ser origen potencial de conflictos de interés (Anexo 1).

Resumen

Introducción

La comunicación efectiva entre el personal clínico y las personas con cáncer es fundamental para optimizar la atención sanitaria, mejorar la adherencia a los tratamientos y fortalecer el bienestar emocional de las personas con cáncer. Sin embargo, persisten desafíos como la falta de formación en habilidades comunicativas, la escasez de materiales estandarizados y de tiempo en consulta y la dificultad para abordar conversaciones sensibles. En este contexto, resulta esencial desarrollar unas guías de comunicación basadas en la evidencia científica que proporcionen estrategias estructuradas para mejorar las interacciones comunicativas en los encuentros clínicos.

Objetivo

Desarrollar Guías de Comunicación en Oncología basadas en la evidencia científica para mejorar la comunicación entre el personal clínico y las personas con cáncer y su familia.

Método

El desarrollo metodológico se estructuró en tres fases:

1. **Revisión sistemática (RS)** de la literatura científica para identificar recomendaciones de comunicación en oncología. Se realizó una búsqueda en las bases de datos Medline (Ovid), EMBASE (Elsevier) y Cochrane Library (Wiley), abarcando publicaciones entre enero de 2014 y agosto de 2024, sin restricción de idioma. Se identificaron 582 estudios relevantes, de los cuales 30 fueron seleccionados tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión.
2. **Estudio Delphi de dos rondas**, en el que participaron 36 personas expertas (12 clínicos, 14 representantes de sociedades científicas y 10 representantes de asociaciones de personas con cáncer). En la primera ronda, respondieron 24 participantes, mientras que en la segunda lo hicieron 32. Se priorizaron y consensuaron las recomendaciones clave mediante una escala de Likert de 5 puntos, estableciendo un criterio de consenso del 75% de acuerdo entre los participantes, considerando como consenso aquellas recomendaciones que alcanzaron al menos este porcentaje en los niveles más altos de la escala (4 y 5) y los más bajos (1 y 2).
3. **Desarrollo y validación de las Guías de Comunicación en Oncología**, incluyendo la revisión externa por parte de personal clínico y representantes de asociaciones de personas con cáncer. La versión final incorporó diálogos estructurados y diferentes recursos para facilitar su uso en la práctica clínica.

Resultados

El estudio Delphi permitió consensuar 48 recomendaciones esenciales para mejorar la comunicación entre el personal clínico y las personas con cáncer. Estas recomendaciones incluyen métodos para estructurar conversaciones sobre diagnóstico, pronóstico y opciones terapéuticas y del ámbito paliativo. Se diseñaron diálogos que abordan distintas etapas del proceso oncológico, facilitando la interacción entre el personal clínico y las personas con cáncer y su familia promoviendo un enfoque centrado en la persona.

Conclusiones

La implementación de Guías de Comunicación en Oncología basadas en evidencia puede mejorar significativamente la calidad de la atención y la experiencia de la persona con cáncer. La comunicación efectiva permite a las personas con cáncer comprender mejor su enfermedad, participar activamente en la toma de decisiones y recibir apoyo emocional adecuado en cada fase del cuidado. Asimismo, facilita el trabajo del personal clínico disminuyendo la carga emocional y el impacto del estrés al comunicar información compleja. Además, se recomienda la integración de formación continua en habilidades comunicativas y la promoción de un modelo centrado en la persona y en la toma de decisiones compartidas.

Abstract

Introduction

Effective communication between clinical staff and individuals with cancer is fundamental for optimizing healthcare delivery, enhancing treatment adherence, and strengthening the emotional well-being of individuals with cancer. However, significant challenges persist, including insufficient training in communication skills, a lack of standardized materials, limited consultation time, and difficulties in addressing sensitive conversations. In this context, the development of evidence-based communication guidelines is essential to provide structured strategies aiming to improve communicative interactions in clinical encounters.

Aims

To develop Oncology Communication Guidelines based on scientific evidences to enhance the communication between healthcare professionals and individuals with cancer and their family.

Methodology

The methodological framework was structured into three phases:

1. **Systematic Review (SR)** of the scientific literature to identify communication recommendations in oncology. A search was conducted in Medline (Ovid), EMBASE (Elsevier), and Cochrane Library (Wiley), covering publications from January 2014 to August 2024, with no language restrictions. A total of 582 relevant studies were identified, from which 30 were selected following a rigorous evaluation of inclusion and exclusion criteria.
2. **Two-round Delphi study**, involving 36 experts (12 clinicians, 14 representatives from scientific societies, and 10 from patient associations). In the first round, 24 participants responded, and in the second, 32 experts provided their input. The key recommendations were prioritized and agreed upon using a 5-point Likert scale, establishing a consensus criterion of 75% agreement among participants. Consensus was considered achieved for recommendations that reached at least this percentage in either the highest levels of the scale (4 and 5) or the lowest levels (1 and 2).
3. **Development and validation of the Oncology Communication Guidelines**, including an external review by healthcare professionals and delegates of associations of individuals with cancer and their family. The final version incorporates structured dialogues and various resources to facilitate its application in clinical practice.

Results

The Delphi study led to a consensus on 48 essential recommendations to improve communication between clinical staff and individuals with cancer. These recommendations include methods for structuring conversations regarding diagnosis, prognosis, therapeutic options, and palliative care. Specific dialogues were designed to address different stages of the oncology process, facilitating clinician-person with cancer interaction and integrating a person-centered approach.

Conclusions

The implementation of evidence-based Oncology Communication Guidelines can significantly enhance the quality of care and the experience of individuals with cancer. Effective communication enables individuals with cancer to better understand their illness, actively participate in decision-making, and receive the appropriate emotional support at each stage of care. Additionally, it facilitates the work of clinical staff by reducing the emotional burden and stress impact when communicating complex information. It is also recommended to integrate continuous training in communication skills and promote a person-centered model and shared decision-making as complementary strategies.

Siglas y acrónimos

AEACaP: Asociación Española de Afectados por Cáncer de Pulmón

AEC: Asociación Española de Cirujanos

AECAT: Asociación Española de Afectados por Cáncer de Tiroides

AECC: Asociación Española Contra el Cáncer

AECMM: Asociación Española de Afectados de Cáncer de Mama Metastásico

AECPAL: Asociación Española de Enfermería en Cuidados Paliativos

AMATE: Asociación de Pacientes con Cáncer de mama

ASCO: American Society of Clinical Oncology

CCP: Comunicación Centrada en la persona

DE: Desviación Estándar

ECA: Ensayos Controlados Aleatorizados

ECnA: Ensayos Controlados no Aleatorizados

ESMO: European Society for Medical Oncology

EuropaCOLON: Asociación Española de Familiares y Enfermos de Cáncer Colorrectal

FAECAP: Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria

FECMA: Federación Española de Cáncer de Mama

FEDAO: Federación Española de Asociaciones de Ostomizados

FEPNC: Federación Española de Padres de Niños con Cáncer

GECC: Grupo Español de Cáncer de Cabeza y Cuello

GEDEFO: Grupo de Farmacia Oncológica

GETTHI: Grupo Español de Tumores Huérfanos e Infrecuentes

GPC: Guía de Práctica Clínica

GRADE: Grade of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation

IPDAS: International Patient Decision Aid Standards

OPBE: Otros Productos Basados en Evidencia

PICO: Patient, International, Comparator, Outcomes

PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

RA: Revisión de Alcance

RS: Revisión Sistemática

SECPAL: Sociedad Española de Cuidados Paliativos

SEEO: Sociedad Española de Enfermería Oncológica

SEI: Sociedad Española de Inmunología

SEMFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica

SEOR: Sociedad Española de Oncología Radioterápica

SEPO: Sociedad Española de Psico-Oncología

SESCS: Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud

SNS: Sistema Nacional de Salud

TDC: Toma de Decisiones Compartida

TTD: Grupo Español de Tratamiento de Tumores Digestivos

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer continúa siendo uno de los diagnósticos más temidos en la sociedad actual debido a su impacto en el bienestar físico, emocional y social de quienes lo padecen (1,2). Las personas con un diagnóstico oncológico se enfrentan habitualmente a tratamientos complejos que requieren la intervención de equipos multidisciplinares para garantizar un manejo óptimo de su situación (3–5). En este contexto, la comunicación efectiva entre personal clínico, las personas con cáncer y sus familias es fundamental para proporcionar una atención centrada en las necesidades individuales y mejorar la calidad del cuidado (6,7).

La comunicación en oncología no se limita a transmitir información sanitaria, también implica establecer una relación de confianza, abordar las inquietudes y preferencias de las personas y brindarles apoyo para tomar decisiones informadas (3,8–10). Este proceso requiere habilidades comunicativas verbales y no verbales, empatía y escucha activa (11), lo cual puede resultar desafiante al tratar temas sensibles y complejos como lo son el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico del cáncer (6). Además, la comunicación debe adaptarse a las características individuales y contextuales de cada persona, respetando sus valores culturales, sociales, espirituales y filosóficos (1,12,13).

En los últimos años, el aumento en la incidencia global del cáncer y la expansión de opciones terapéuticas han generado un escenario en cual las decisiones clínicas son cada vez más complejas (1,6,8). Particularmente en el cáncer pediátrico, el éxito de los tratamientos, se ve acompañado en muchas ocasiones, por una mayor presencia de efectos secundarios a largo plazo, lo que exige un seguimiento prolongado y coordinado (13).

Pese a los avances en herramientas y programas de formación en comunicación, persisten obstáculos importantes, como la dificultad para transmitir malas noticias, la falta de tiempo durante las consultas y la escasez de recursos para atender necesidades individuales (1,3,9). Estos desafíos afectan no solo a las personas con cáncer, sino también al personal clínico, incrementando su estrés y agotamiento emocional (14). En contraste, una comunicación efectiva se asocia con un mejor funcionamiento psicológico, mayor adherencia al tratamiento, mejor control del dolor y una mayor calidad de vida para la persona con cáncer (8,15).

Para abordar estas necesidades a nivel internacional, se han desarrollado marcos teóricos y programas de capacitación que fundamentan y guían las prácticas de comunicación en oncología. Entre los enfoques más relevantes destacan (3,16,17):

Comunicación Centrada en el/la Paciente (CCP): Un modelo integral que promueve la interacción mutua entre personas con cáncer y personal clínico, con un enfoque en funciones clave como el intercambio de información, la respuesta a emociones y el fomento de la toma de decisiones informadas (17,18).

Toma de Decisiones Compartida (TDC): Un enfoque que involucra a las personas con cáncer y al personal clínico en el proceso de toma de decisiones, respetando las preferencias y valores individuales (14).

Modelo SPIKES: Diseñado como un método secuencial para entrenar habilidades de comunicación en profesionales de oncología que actualmente es ampliamente reconocido como un modelo de apoyo para facilitar la comunicación de malas noticias en oncología. Su acrónimo describe seis pasos clave: 1) crear un entorno seguro, 2) evaluar las percepciones del paciente, 3) comprender sus necesidades de información, 4) estructurar adecuadamente la información, 5) responder empáticamente a sus emociones y 6) resumir la consulta. Este protocolo es flexible y adaptable a cada paciente y puede complementarse con otros modelos. (19).

Programa Comskill: Ha sido desarrollado en el Memorial Sloan Kettering Cancer Center (New York), fue diseñado para oncología y recientemente adaptado a otras especialidades. Se compone de cuatro elementos clave: 1) metas, 2) estrategias, 3) habilidades de comunicación, y 3) una serie de

tareas procesales, que a su vez incluyen 50 habilidades específicas para mejorar la comunicación en el encuentro clínico (20).

Además de los enfoques previamente mencionados, existen otros modelos de comunicación en oncología que han sido desarrollados para mejorar la interacción entre el personal clínico y las personas con cáncer. La **Guía de Conversación sobre Enfermedades Graves** (SICG, por sus siglas en inglés) (21), ofrece un enfoque estructurado para discutir enfermedades graves, centrándose en comprender los valores, objetivos y preferencias de la persona con cáncer, y ha demostrado su efectividad en ensayos controlados aleatorizados. El **Modelo de los Cuatro Hábitos** (22) enfatiza la importancia de invertir en el inicio de la interacción, explorar la perspectiva de la persona con cáncer, demostrar empatía e invertir en el cierre de la conversación, logrando mejoras significativas en la comunicación y en los resultados clínicos. Por otro lado, el acrónimo **ADAPT** (21), propone una estrategia centrada en evaluar la comprensión de la persona con cáncer, proporcionar información clara, abordar las emociones y planificar los pasos siguientes, lo que ha demostrado aumentar la eficacia comunicativa y la satisfacción de las personas atendidas. En el ámbito pediátrico, el **Modelo de Comunicación Centrado en Personas Menores con Cáncer Pediátrico** (23) facilita la comunicación con los/as menores sobre su tratamiento y pronóstico, promoviendo la toma de decisiones compartida y adaptando la información según la edad y nivel de comprensión. Por último, el **Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales** (24) se aplica a la comunicación emocional en oncología y busca cerrar la brecha entre el conocimiento y la acción, incorporando factores cognitivos, sociales, económicos y culturales.

Estas iniciativas, respaldadas por evidencia científica, han demostrado que el desarrollo de habilidades comunicativas contribuye a mejorar significativamente la relación clínica y los resultados en la atención oncológica. La implementación de guías de comunicación específicas, adaptadas a las necesidades del contexto del cuidado en oncología, constituyen una herramienta esencial para optimizar la calidad de la atención, fortalecer la confianza entre el personal clínico y las personas con cáncer, y facilitar el manejo de conversaciones sensibles en todas las etapas de la atención oncológica.

En España, hasta el momento, aún no se dispone de este tipo de recursos específicos, por lo que se considera necesario crear guías de comunicación en oncología basadas en la evidencia científica (25), con el objetivo de proporcionar un marco definido y estructurado que facilite las interacciones con las personas con diagnóstico oncológico y sus familias y/o personas cuidadoras, fundamentándose en las mejores prácticas y en la evidencia científica actualizada sobre la comunicación en el ámbito de la oncología.

2. ALCANCE

2.1. Población diana

La población diana sobre la que se realiza esta guía es el personal clínico (i.e., oncología, medicina, enfermería, psicología y otras especialidades de la salud) que participan del cuidado oncológico.

2.2. Niveles asistenciales

Se abordan la asistencia y los cuidados que se prestan en el ámbito hospitalario (ingreso, consultas externas, urgencias entre otros), así como en la atención primaria.

2.3. Problema asistencial

El problema asistencial que abordan las guías de conversación en oncología, es la necesidad de mejorar la comunicación entre los/as profesionales sanitarios y las personas con cáncer, en el contexto de una atención marcada por la complejidad psicológica y física que implica el cáncer. Las personas que padecen esta enfermedad no solo enfrentan el impacto clínico del diagnóstico y tratamiento, sino también un profundo sufrimiento derivado de la incertidumbre, el miedo y las dificultades para comprender la información médica o expresar sus necesidades. En España, esta problemática se ve agravada por la ausencia de guías de comunicación que sirvan como un marco de referencia para el personal clínico que atiende a personas con cáncer. Por ello, se ha considerado relevante la elaboración de las guías de comunicación en oncología basadas en la evidencia, que permitan promover una atención centrada en la persona, alineada con sus valores, necesidades y preferencias.

2.4. Tipo de decisiones

Las guías de comunicación en oncología están orientadas a apoyar decisiones clínicas que requieren un intercambio claro, empático y efectivo entre profesionales sanitarios y las personas con cáncer y sus familias. En particular, estas guías facilitan la toma de decisiones compartidas en torno a:

- Comunicación de diagnósticos y pronósticos, incluyendo el manejo de malas noticias y la evolución de la enfermedad.
- Elección y ajuste de tratamientos, especialmente en situaciones donde existen múltiples opciones terapéuticas o cuando los beneficios son inciertos.
- Definición de objetivos de cuidado, especialmente en fases avanzadas, promoviendo decisiones alineadas con los valores, preferencias y necesidades de la persona con cáncer y su familia.
- Gestión de síntomas y soporte emocional, donde la adecuada comunicación influye en decisiones sobre intervenciones paliativas o psicosociales.

2.5. Profesionales a quienes va dirigido

Esta guía de comunicación en oncología basada en la evidencia está dirigida a todo el personal clínico (i.e. oncología, otras especialidades médicas, enfermería, psicología y otras profesiones sanitarias) que participa en el cuidado de personas con cáncer. Asimismo, se espera que este material sea de interés para sociedades científicas, asociaciones de personas con cáncer y responsables de la gestión sanitaria.

3. OBJETIVOS

El objetivo general es desarrollar las Guías de Comunicación en Oncología basada en la evidencia científica, que faciliten la comunicación efectiva entre las personas con cáncer y profesionales clínicos de la salud que los acompañan las durante las distintas fases del cuidado oncológico. Los objetivos específicos son:

- Realizar una revisión sistemática (RS) de la evidencia científica para identificar las estrategias de comunicación entre el personal clínico y las personas con diferentes tipos de cáncer y sus familias, en las diversas fases del proceso de cuidado.
- Realizar un estudio de consenso mediante la metodología Delphi con un grupo de personal clínico y metodológico experto, con el objetivo de evaluar la relevancia de las recomendaciones destinadas a mejorar las habilidades de comunicación del personal clínico en el contexto oncológico.
- Elaborar guías de comunicación complementadas con modelos de conversaciones, a partir de la síntesis de la evidencia identificada y el consenso de personas expertas.

4. METODOLOGÍA

Este proyecto se desarrolla dentro de la línea de trabajo de Otros Productos Basados en la Evidencia (OPBE) de GuíaSalud, como parte de otros productos basados en evidencia científica diferentes de las GPC que, por sus características, complementan a éstas para la toma de decisiones en el ámbito sanitario del Sistema Nacional de Salud. La elaboración de estas Guías de Comunicación en Oncología se basó en algunas recomendaciones incluidas en otras guías y documentos de consenso previamente desarrollados. En concreto, se han considerado: 1) el documento de consenso de la American Society of Clinical Oncology (ASCO): la Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guidelines, 2017 (25) y 2) la guía de la European Society for Medical Oncology: Communication and support of patients and caregivers in chronic cancer care: ESMO Clinical Practice Guideline, 2024 (26). La ficha técnica de estas dos guías puede verse en la Tabla 1. Además, se tuvieron en cuenta los estándares para el desarrollo de las herramientas de ayuda para la toma de decisiones (IPDAS, del inglés International Patient Decision Aids Standards), como metodología de referencia para el desarrollo de intervenciones que favorecen la provisión de información basada en la evidencia, promueven la participación activa de las personas con cáncer, y la incorporación de sus valores y preferencias en los procesos de toma de decisiones (17).

Tabla 1. Ficha técnica de las guías ASCO y ESMO

Autor, año	Descripción	Participantes	Principales resultados
Gilligan et al., 2017 (ASCO)	Diseño: Guía de consenso de expertos. Objetivo: Desarrollar estrategias de comunicación efectiva en oncología para fortalecer la interacción entre el personal clínico y las personas con cáncer, promoviendo una comunicación clara, empática y adaptada a sus necesidades. Asimismo, contribuir a la mejora del bienestar tanto de las personas con cáncer como de sus familias y del equipo sanitario. Método: Revisión sistemática y estudio Delphi. Base de datos: PubMed y Cochrane Fecha de la búsqueda: enero 2006 – octubre 2016. Tipo de síntesis: Narrativa de datos cuantitativos. Criterios de inclusión: GPC, RS, metaanálisis y ECA que evaluaron estrategias de comunicación entre personal clínico y personas con cáncer	El panel de expertos elaborador de esta guía incluyó: Representantes de personas con cáncer y defensores de derechos. Personas con experiencia en áreas de: - Oncología médica - Psiquiatría - Enfermería - Unidad de cuidados paliativos - Habilidades de comunicación - Disparidades en salud - Políticas sanitarias	La RS incluyó 47 publicaciones (mayoritariamente otras RS de datos observacionales, guías de consenso y ECA) y pese a la heterogeneidad y calidad variable de la evidencia, los hallazgos de la RS sirvieron para la formulación de recomendaciones, que posteriormente se sometieron a un proceso de consenso. Las recomendaciones abarcan aspectos clave de la comunicación en oncología (objetivos terapéuticos, pronóstico, selección de tratamientos, cuidados al final de la vida y participación familiar), junto con estrategias prácticas para su adopción en la práctica clínica. Dos rondas de votación. En la primera con porcentaje de acuerdo entre el 77% y el 100% y en la segunda ronda del 79% al 100%. Este nivel de consenso reforzó la validez de las recomendaciones, las cuales estuvieron orientadas a mejorar la experiencia asistencial, promover la toma de decisiones compartida y elevar la calidad de la atención a personas con cáncer.

Tabla 1. Ficha técnica de las guías ASCO y ESMO			
Autor, año	Descripción	Participantes	Principales resultados
Stiefel et al., 2024 (ESMO)	Diseño: Guía de práctica clínica con base en consenso de expertos. Objetivo: Ofrecer una guía actualizada para mejorar la comunicación en la atención oncológica, destacando su impacto en resultados médicos y emocionales, y abordando las necesidades de información y decisiones en un contexto complejo. Método: Selección de evidencia relevante y consenso de expertos. Base de datos: No lo declaran. Fecha de la búsqueda: enero 2016 - septiembre 2022. Tipo de síntesis: Cualitativa. Criterios de inclusión: Eestudio cualitativo y evaluación de estrategias de comunicación entre personal de la salud y personas con cáncer.	El panel de expertos incluyó personas con cáncer y personal clínico de áreas como: - Oncología médica - Psiquiatría - Psicología - Psicosomática - Enfermería - Cuidados paliativos - Psicoterapia y ciencias sociales Y con conocimientos en: - Habilidades de comunicación - Disparidades en salud - Aspectos relacionados con el apoyo emocional y ético en el contexto de la oncología.	Este estudio ofrece pautas para mejorar la comunicación en oncología, centradas en la interacción personalizada y el contexto de cada consulta. Partiendo de una revisión de la literatura y de la experiencia clínica, educativa e investigadora de los autores, la guía destaca que la comunicación efectiva supera las habilidades técnicas y requiere actitud, juicio profesional y consideración del contexto individual de cada persona. Las recomendaciones incluyen: 1) Estructurar adecuadamente las consultas, atendiendo a las necesidades emocionales y psicológicas de la persona con cáncer. 2) Fomentar la toma de decisiones compartida que respete los valores y preferencias de la persona con cáncer. 3) Adoptar un enfoque biopsicosocial y espiritual, involucrando a familiares en el proceso de cuidado. 4) Promover la formación continua del personal clínico en habilidades de comunicación adaptadas a cada situación. 5) Garantizar una atención que favorezca la continuidad, la confianza y el apoyo emocional constante.

ASCO: American Society of Clinical Oncology; CINAHL: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature; Embase; ECA: Ensayo Controlado Aleatorizado; ESMO: European Society for Medical Oncology; GPC: Guía de Práctica Clínica; NI: no informado; RS: Revisión Sistemática

4.1. Constitución del grupo de trabajo

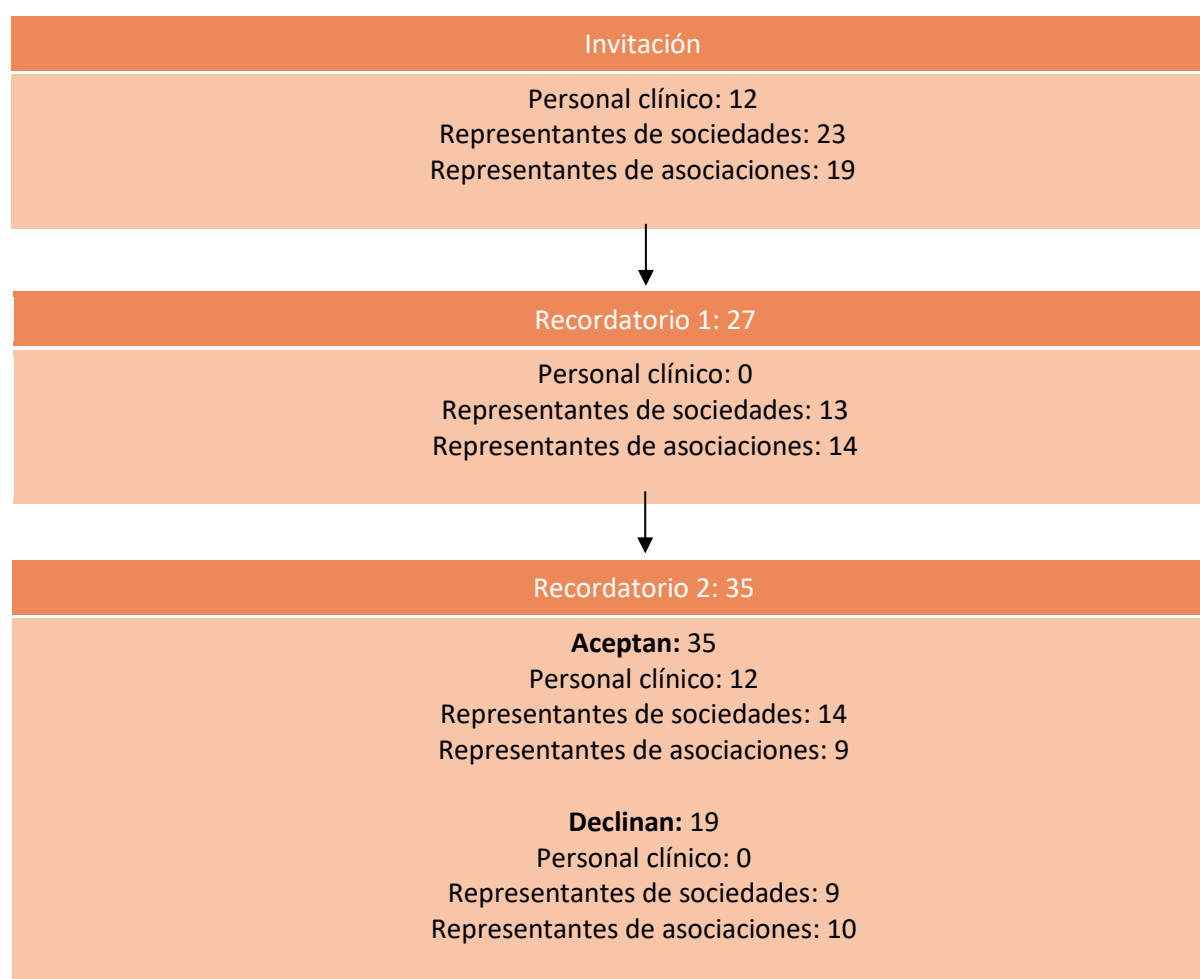
La constitución del grupo de trabajo estuvo a cargo de la Coordinación Metodológica de las Guías de Comunicación en Oncología y de miembros del Equipo Técnico del Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Entre el 29 de abril y el 4 de junio de 2024, se estableció contacto con representantes de sociedades científicas, representantes de asociaciones de personas con cáncer y personal clínico con experiencia en atención centrada en la persona y en evaluación de servicios y tecnologías sanitarias, vinculados/as al ámbito de la oncología.

El grupo de trabajo se formó con perfiles diversos, incluyendo el Equipo Clínico en oncología (oncología médica, psico-oncología, oncología radioterápica), Equipo de Coordinación Metodológica y Equipo Técnico). Asimismo, se incorporaron Representantes de Sociedades Científicas, y Federaciones implicadas en la atención de personas con cáncer, y Asociaciones de personas con cáncer.

El proceso de invitación a las entidades participantes se detalla en la Figura 1. Todos los/as integrantes completaron y firmaron una declaración de conflicto de intereses (Anexo 1).

Además, este grupo de trabajo, en su conjunto, participó en el estudio de consenso Delphi y en la posterior definición de recomendaciones, dirigidos por el Equipo de Coordinación Metodológica y el Equipo Técnico.

Figura 1. Proceso de selección de agentes de interés en el grupo de trabajo



4.2. Desarrollo del producto metodológico de las Guías de Comunicación en Oncología

Durante los meses de abril y mayo de 2024 se elaboró el protocolo que sirvió como base para el informe metodológico de las Guías de Comunicación en Oncología. Este protocolo se desarrolló mediante un proceso iterativo en el que participó, en su conjunto, todo el grupo de trabajo. Seguidamente, el Equipo de Coordinación y el Equipo Técnico revisó y ajustó cada una de las versiones del prototipo. En el mes de julio de 2024, GuíaSalud aprobó la versión definitiva del protocolo y, posteriormente, se inició el desarrollo y elaboración de las Guías de Comunicación en Oncología, siguiendo un proceso estructurado en tres fases que se describen a continuación.

4.2.1. Fase 1. Revisión sistemática

4.2.1.1. Formulación de la pregunta y criterios de selección de estudios

Con el propósito de actualizar el documento de consenso de la American Society of Clinical Oncology (ASCO) titulado Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guidelines, 2017 (25) (ver Anexo 2) y complementar la guía de la European Society for Medical Oncology: Communication and support of patients and caregivers in chronic cancer care: ESMO Clinical Practice Guideline, 2024 (26) (ver Anexo 3), se llevó a cabo una RS de la literatura y se informó de acuerdo con las directrices de la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (27). El objetivo fue identificar estudios que describieran estrategias de comunicación efectivas en las diferentes fases del cuidado en el ámbito de la oncología.

Se seleccionaron estudios originales que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión que se describen en la Tabla 2.

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión		
	Inclusión	Exclusión
Participantes	- Personal clínico (medicina, enfermería, psicología) que atienden a personas con cualquier tipo de cáncer y en cualquier fase del proceso de cuidado. - Personas con cáncer y sus familias (estudios que además de los profesionales incluyeran a las personas con cáncer y sus familias).	- Personal clínico que no atienda a personas con cáncer. - Personas con cualquier tipo de cáncer que se consideran supervivientes (más de 5 años sin enfermedad activa).
Intervención	Intervenciones de comunicación implementadas por el personal clínico en la interacción con personas con cáncer.	Intervenciones relacionadas con la eficacia de los tratamientos oncológicos, participación de personas con cáncer en los programas de cribado, intervenciones que identifican barreras para el cuidado o el acceso a servicios de salud.
Comparadores	NA	NA
Medidas de resultado	- Efectividad. - Aceptabilidad (satisfacción de la persona con cáncer), comprensión de	Variables de tipo clínico.

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión		
	Inclusión	Exclusión
	información relacionada con el diagnóstico y el tratamiento. • Manejo del estrés y ansiedad. • Ansiedad, respeto y empatía. • Satisfacción del personal clínico y de la persona con cáncer. • Experiencia y percepción de la comunicación por parte de las personas con cáncer y el personal clínico.	
Diseño de estudio	• Revisiones sistemáticas (RS). • Guías de Práctica Clínica (GPC). • Guías comunicacionales sobre elementos comunicacionales del personal clínico en el ámbito de la oncología. • Revisiones narrativas o de alcance, siempre y cuando aporten estrategias o recomendaciones sobre la práctica comunicativa en oncología. • Documentos de consenso sobre elementos comunicacionales de personal clínico en el ámbito de la oncología.	• Protocolos. • Ensayos controlados aleatorizados (ECA). • Ensayos controlados no aleatorizados (ECNA). • Estudios cualitativos. • Estudios transversales. • Estudios descriptivos.
Tipo de publicación	• Artículos originales publicados en revistas científicas.	• Actas de congresos. • Cartas al editor.

4.2.1.2. Estrategia de búsqueda (fuentes de información)

La búsqueda se centró en recuperar RS y GPC publicadas desde enero de 2014 hasta agosto de 2024, consultando las bases de datos electrónicas MEDLINE, Embase y CDSR, sin restricciones de idioma. Se diseñó y adaptó a las distintas bases de datos consultadas, incluyendo términos libres y vocabulario controlado relacionado con la comunicación en el contexto del cáncer. En MEDLINE y en Embase se aplicaron estrategias prediseñadas y previamente publicadas para recuperar RS (publicada por la Universidad de York para el Centre of Reviews and Dissemination, dependiente del National Institute for Health Research) y GPC (publicada por la Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, conocida como Canada's Drug Agency desde 2024) (Detalles en Anexo 4).

Además, se realizó una revisión de la literatura gris, donde se revisaron páginas web de organizaciones, sociedades y asociaciones nacionales e internacionales relacionadas con la oncología para identificar guías y recursos relevantes. Asimismo, se solicitó a las sociedades y organizaciones participantes materiales adicionales para enriquecer los recursos recopilados. Excepcionalmente, esta fase, se incluyeron algunos estudios con otro tipo de diseños, siempre que ofrecieran recomendaciones relevantes para la comunicación en el ámbito oncológico, con el objetivo de complementar y contextualizar la evidencia obtenida en la revisión principal.

4.2.1.3. Proceso de selección de los estudios

Los títulos y resúmenes de los artículos recuperados fueron evaluados según criterios de inclusión y exclusión predefinidos por dos evaluadoras independientes, y aquellos que se consideraron relevantes y cumplieron con los criterios de inclusión fueron sometidos a una revisión a texto completo.

4.2.1.4. Evaluación crítica de la evidencia

En el documento de protocolo, se planteó evaluar la calidad de la evidencia utilizando la metodología GRADE (por sus siglas en inglés: Grade of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation). Sin embargo, su aplicación no fue posible debido a los siguientes motivos:

- **Complejidad de los dominios evaluados en este estudio:** La metodología GRADE está diseñada principalmente para evaluar intervenciones clínicas concretas. En este estudio, enfocado en habilidades de comunicación, la evidencia proviene en gran parte de estudios observacionales, cualitativos o de consenso de expertos y los resultados son más subjetivos y contextuales, dificultando así la estandarización requerida por GRADE.
- **Heterogeneidad en las intervenciones:** Las estrategias de comunicación incluidas abarcan enfoques diversos en distintos contextos oncológicos, lo que impide realizar un análisis sistemático bajo el marco GRADE.

Debido a la variabilidad en los diseños de los estudios, se planteó realizar una síntesis narrativa que integre los hallazgos y evalúe de forma resumida la calidad metodológica de todos los estudios incluidos. Esta síntesis puede encontrarse en la sección de resultados de la RS.

4.2.1.5. Extracción de datos

La extracción de datos de los estudios seleccionados se llevó a cabo por pares (dos personas revisoras), de forma paralela e independiente, utilizando una hoja en formato Excel previamente diseñada. Cuando hubo dudas y/o desacuerdos, respecto a la inclusión o interpretación, estos se resolvieron mediante discusión conjunta, promoviendo el consenso. En los casos en los que no se logró llegar a un acuerdo, se recurrió a una tercera persona revisora con experiencia metodológica. Se documentaron las discusiones y acuerdos.

4.2.1.6. Análisis y síntesis de la evidencia

Dada la diversidad de diseños de los estudios incluidos, los datos extraídos fueron analizados cualitativamente mediante una síntesis narrativa que resume las principales características y hallazgos de los estudios: objetivos, intervención, población y los resultados clave. En una segunda fase se clasificaron los estudios según las recomendaciones contenidas en los documentos ASCO y ESMO; y adicionalmente, se hizo una selección de las recomendaciones nuevas (no incluidas en las guías previamente identificadas) sobre la comunicación en oncología.

4.2.2. Fase 2. Estudio Delphi (dos rondas)

4.2.2.1. Reclutamiento de participantes

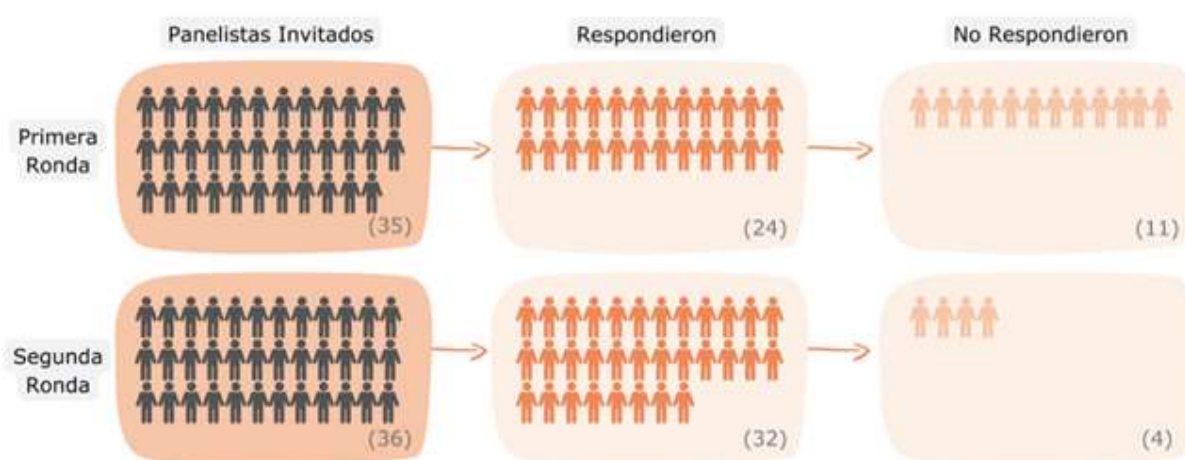
Entre el 14 de octubre y el 25 de noviembre de 2024, se invitó a un total de 36 personas a participar en el estudio Delphi (35 en la primera ronda y 36 en la segunda). La diferencia en el número de participantes, se debió a que por error no se invitó a una persona elegible en la primera ronda, situación que se corrigió en la segunda. En la primera ronda intervinieron 12 representantes de

sociedades, 10 de asociaciones y 13 profesionales de perfil clínico; mientras que en la segunda ronda participaron los mismos integrantes de sociedades y asociaciones, además de una persona adicional de perfil clínico. Todas estas personas formaron parte del grupo de trabajo mencionado en el epígrafe 4.1.

Para maximizar la participación en ambas rondas, entre el 8 de mayo y el 15 de julio de 2024, se enviaron hasta tres recordatorios.

Finalmente, 24 personas respondieron en la primera ronda y 32 en la segunda (véase Figura 2). La diferencia de participación entre ambas rondas se debe, en parte, a que las invitaciones se enviaron en distintos momentos, lo que impidió que algunos/as participantes pudieran responder. Asimismo, la participación en una ronda no fue requisito para la siguiente, pues en la segunda se proporcionó un resumen de los resultados previos.

Figura 2. Proceso de reclutamiento de participantes en el estudio Delphi



4.2.2.2. Proceso de desarrollo del cuestionario para la primera ronda del método Delphi

- Selección y extracción de información relevante: Se seleccionaron y extrajeron las recomendaciones sobre comunicación en el ámbito oncológico proporcionadas por los documentos referentes (se detallan más abajo).
- Síntesis y adaptación de los contenidos: En lugar de trasladar las recomendaciones de forma literal al cuestionario Delphi, se llevó a cabo un proceso de síntesis y adaptación. Para ello:
 - Se agruparon las recomendaciones en dimensiones clave para facilitar su evaluación en el estudio.
 - Se reformularon ciertos ítems para que se ajustaran a un formato claro y adecuado para la escala de Likert utilizada en el Delphi.
 - Se eliminaron redundancias y se ajustaron las descripciones para mejorar la comprensión por parte de los expertos participantes.
- Incorporación de criterios de IPDAS (17): Se tuvo en cuenta el proceso recomendado por los criterios IPDAS para el desarrollo de herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartidas (Involucración de expertos/as y partes interesadas en la definición de los contenidos; evaluación del prototipo a través de pruebas piloto y validaciones con profesionales de la salud y personas con cáncer, asegurando su utilidad y efectividad en la práctica clínica).

- Validación preliminar del cuestionario: Una vez estructurado el cuestionario inicial, se realizó una revisión interna con el equipo de investigación para evaluar la coherencia, relevancia y claridad de los ítems. Se realizaron ajustes menores antes de proceder al envío del cuestionario a los/as participantes en la primera ronda del estudio Delphi.

Para el desarrollo del cuestionario se tomó en consideración los siguientes documentos referentes:

- Documento de consenso de la American Society of Clinical Oncology (ASCO) (25).
- Guía de consenso de la European Society for Medical Oncology (ESMO) (26).
- Estándares para el desarrollo de herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartidas (IPDAS, del inglés International Patient Decision Aid Standards) (28).
- Evidencia identificada en la RS. Esta RS (abarcó desde 2014-2024), tenía como objetivo actualizar la evidencia sobre las recomendaciones de estrategias de comunicación efectivas en las diferentes fases del cuidado dentro del ámbito de la oncología recogidas en las guías de ASCO (25) y ESMO (26).

La guía de ASCO (25) fue el resultado de una búsqueda bibliográfica manual, la guía de ESMO (26) fue proporcionada por la Fundación Más Que Ideas, durante la recopilación de materiales relacionados con las Guías de Comunicación en Oncología previo al desarrollo de la RS.

La estructura del cuestionario estuvo organizada en diferentes secciones. La primera sección incluyó el consentimiento informado y variables sociodemográficas como: edad, sexo, especialidad, ámbito de trabajo y años de experiencia laboral. En el siguiente apartado se incluyeron las recomendaciones a priorizar y la sección final incluyó una pregunta abierta sobre aquellos aspectos adicionales no considerados previamente y que fueran de interés en el ámbito de la práctica clínica en oncología. La preparación de este cuestionario se hizo utilizando el software Qualtrics© 2015, versión 2024, con licencia CoreXM Advanced.

Para la priorización de las recomendaciones se utilizó una escala de Likert del 1 al 5, con las siguientes categorías: 1: "Nada importante"; 2: "Poco importante"; 3: "Moderadamente importante"; 4: "Muy importante"; 5: "Extremadamente importante". También se incluyó una opción de respuesta "Prefiero no contestar" para permitir mayor flexibilidad en las respuestas.

Con el objetivo de determinar la existencia de consenso, las respuestas fueron agrupadas en tres niveles:

- "Nada importante o Poco importante", que combina las categorías originales 1 ("Nada importante") y 2 ("Poco importante"). "Moderadamente importante" que permaneció sin modificaciones, y "Muy importante o Extremadamente importante", que integra las categorías 4 ("Muy importante") y 5 ("Extremadamente importante").

Para establecer el consenso, se aplicaron los siguientes criterios:

Consenso de inclusión: Se consideró que existía acuerdo sobre la relevancia de una recomendación cuando el 75% o más de las personas participantes seleccionaron las categorías "Muy importante" o "Extremadamente importante" (4 o 5).

Consenso de exclusión: Se consideró que existía acuerdo sobre la irrelevancia de una recomendación cuando el 75% o más de las personas participantes seleccionaron las categorías "Nada importante" o "Poco importante" (1 o 2).

Falta de consenso: Se concluyó que no existía consenso si ninguna de las dos categorías anteriores alcanzaba el umbral del 75%.

El porcentaje de acuerdo fue calculado sobre el total de respuestas consideradas válidas. Para garantizar la validez de los datos, se excluyeron aquellas respuestas cuya velocidad de lectura superara un umbral de 450 palabras por minuto, dado que la velocidad de respuesta excesiva se ha considerado

como un indicador de respuesta poco fiable (29) y la velocidad de lectura de 450 palabras por minuto es una velocidad apropiada para hojear documentación, pero no suficiente para el procesamiento de los contenidos (30). De igual manera, las respuestas correspondientes a la opción "Prefiero no contestar" fueron eliminadas del análisis. Los ítems que no alcanzaron consenso durante la primera ronda fueron nuevamente evaluados en la segunda ronda, en la cual se permitieron respuestas con tiempos de lectura más rápidos debido a la familiaridad previa de los participantes con los ítems evaluados.

4.2.2.3. Pilotaje del cuestionario

Previo a la primera fase del estudio Delphi, se llevó a cabo una prueba piloto con el equipo clínico, representantes de sociedades científicas, asociaciones y federaciones de pacientes. Los comentarios obtenidos a partir de esta revisión interna incluyeron correcciones relacionadas con errores gramaticales, ajustes en el sentido de algunas preguntas y modificaciones en el formato general para mejorar la claridad y presentación del cuestionario.

4.2.2.4. Análisis y síntesis de los datos

En ambas rondas del estudio Delphi los análisis se realizaron utilizando el software estadístico R con la versión 4.2.1 (30).

4.2.2.5. Extracción de recomendaciones basadas en el método Delphi

La extracción final de recomendaciones incluidas en el Delphi, constaba de las recomendaciones extraídas de la RS y de las recomendaciones recopiladas de las guías existentes. Todas estas recomendaciones fueron evaluadas por el panel de expertos/as. Tras este proceso, se procedió a la redacción final de las recomendaciones, las cuales fueron revisadas en su totalidad por el panel antes de su inclusión en el documento final, "Guías de Comunicación en Oncología: Aspectos Transversales y Durante el Cuidado".

4.2.3. Fase 3. Guías de Comunicación en Oncología

El proceso de desarrollo de contenidos de las Guías de Comunicación en Oncología se enfocó en las siguientes sub-fases:

4.2.3.1. Revisión de la literatura científica

A partir de la evidencia científica encontrada en la RS y en las recomendaciones procedentes de las guías de ASCO (25) y ESMO (26), se desarrollaron las recomendaciones a valorar por el grupo de expertos en la fase siguiente relacionada con el estudio Delphi.

4.2.3.2. Identificación de las estrategias de comunicación valoradas como importantes en la práctica clínica

Posteriormente, las recomendaciones generadas a partir de la RS fueron valoradas por un panel de expertos/as a través del estudio Delphi de dos rondas (fase 2). Este enfoque permitió garantizar que las recomendaciones fueran relevantes para la práctica clínica dentro del contexto oncológico.

4.2.3.3. Revisión de los contenidos por el grupo de trabajo

Un total de 48 recomendaciones fueron seleccionadas por el grupo de trabajo (equipo clínico, sociedades, federaciones y asociaciones) según su importancia. A continuación, el equipo investigador realizó una categorización temática, agrupando las recomendaciones en categorías. Dentro de cada categoría, las recomendaciones se organizaron, con el fin de garantizar una estructura coherente con las fases del cuidado.

4.2.3.4. Elaboración de los modelos de conversaciones

El grupo de trabajo en su conjunto, basándose en otros materiales similares existentes, diseñó el documento: Guías de comunicación: Modelos de conversaciones, que representaban situaciones reales de comunicación en el entorno oncológico. Este documento fue elaborado con el fin de mejorar y unificar las interacciones entre el personal clínico y las personas con cáncer. A lo largo de varias iteraciones con expertos/as clínicos, se probaron diferentes conversaciones, buscando una estructura clara. Estos primeros prototipos fueron evaluados y ajustados en función de la retroalimentación recibida de los/as expertos/as y del personal clínico antes de ser integrados en el documento final. Para la revisión de estos modelos de conversaciones se siguió la siguiente secuencia: 1. **Revisión y evaluación de los contenidos:** Una vez se elaboraron los guiones iniciales de las conversaciones, estos fueron sometidos a una revisión exhaustiva por parte del equipo investigador y el equipo clínico, quienes valoraron el ajuste, la relevancia, la claridad y la aplicabilidad de los contenidos. En esta fase, se realizaron ajustes importantes en el diseño, la organización del contenido y la terminología utilizada, para asegurar que fuera comprensible y relevante para las personas con cáncer y sus familias y el personal clínico del ámbito oncológico. 2. **Modificación de contenidos:** A partir de la evaluación y retroalimentación obtenida en las rondas previas, los guiones de las conversaciones fueron modificados para mejorar su claridad, ajuste y relevancia.

4.2.3.5. Versión final

Tras completar las fases de revisión y diseño, se consolidó la versión final de las Guías de Comunicación en oncología: Aspectos transversales y de cuidado basadas en la evidencia científica. Esta versión incluyó algunos ejemplos de conversaciones y recursos prácticos, elaborados y ajustados de manera iterativa. Adicionalmente se desarrolló otro documento denominado: Guías de comunicación en oncología: Modelos de conversaciones. Ambos documentos fueron desarrollados en formato de texto y gráfico, probados y revisados en colaboración con clínicos y pacientes, para garantizar su claridad, accesibilidad y aplicabilidad en el contexto oncológico.

5. RESULTADOS

5.1. Fase 1. Revisión sistemática

5.1.1. Resultados de la búsqueda bibliográfica para la revisión sistemática

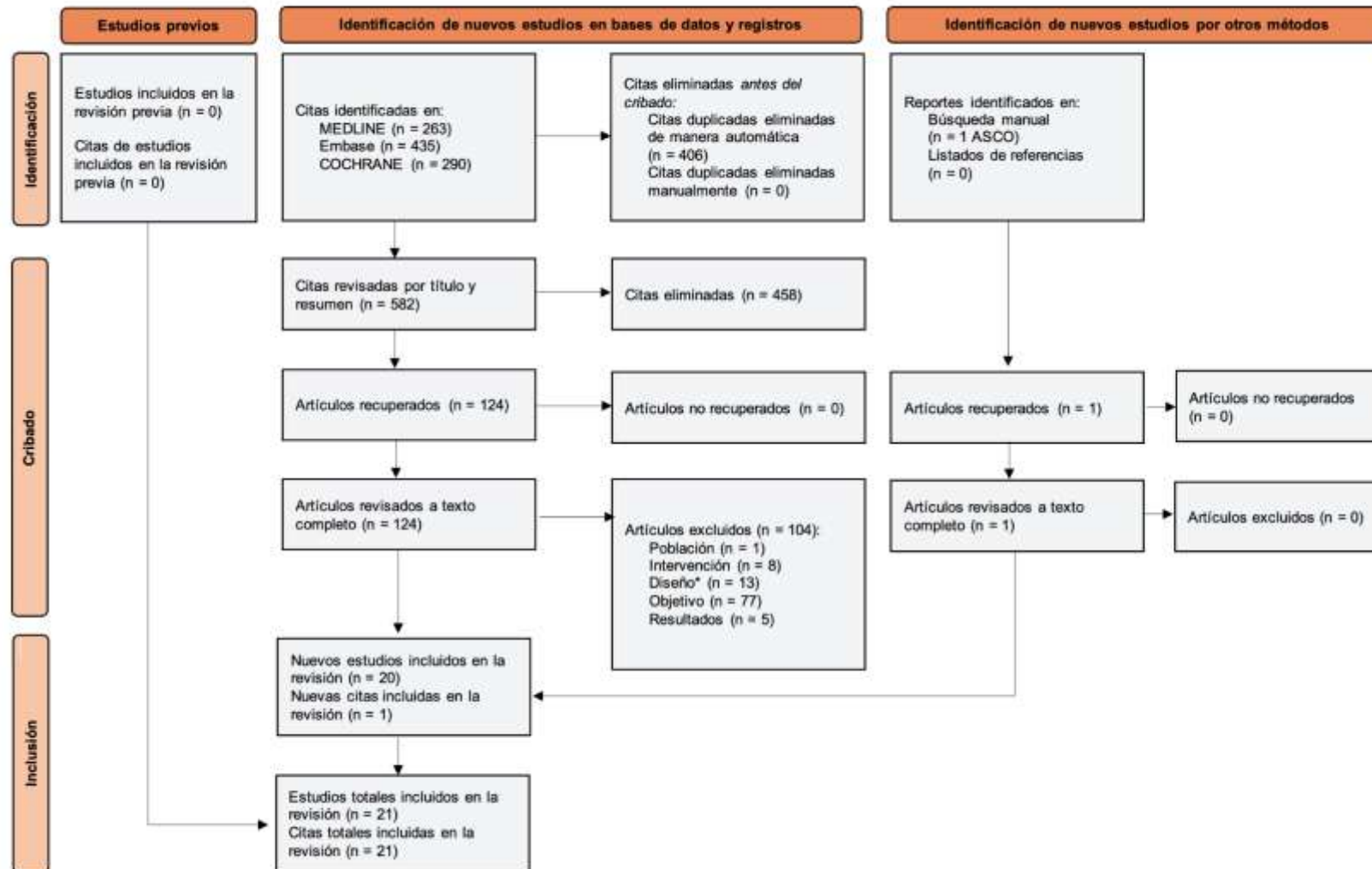
En la búsqueda sistemática se identificaron 582 referencias una vez eliminados los duplicados (Tabla 3).

Tabla 3. Resultados de la búsqueda bibliográfica				
Base de datos	Plataforma de acceso	Fecha inicial	Fecha de acceso	N.º de resultados total
MEDLINE	Ovid	1/1/2014	13/08/2024	263
Embase	Elsevier	1/1/2014	13/08/2024	465
CDSR	Wiley	1/1/2014	13/08/2024	290
	TOTAL			988
	Duplicados tras fusionar			406
	TOTAL, SIN DUPLICADOS			582

La Figura 3 muestra el proceso de selección de estudios. Se seleccionaron 124 referencias por título y resumen, y tras la lectura a cuerpo completo se incluyeron finalmente 21 referencias (ver Tabla 3). En el Anexo 5 se presenta un listado de estudios complementarios que, si bien no cumplieron con los criterios de inclusión definidos por la estrategia PICO debido a su diseño metodológico, contribuyeron a reforzar el contenido de algunas de las recomendaciones nuevas.

En el Anexo 6 se presenta el listado de estudios excluidos.

Figura 3. Proceso de selección de estudios según PRISMA



5.1.2. Características de los estudios incluidos

Los 21 estudios incluidos provienen de diversos países y regiones, destacando de investigaciones realizadas en Estados Unidos, 9 estudios (4,31–38), un estudio de la India (39), uno en Brasil (40), tres en Suiza (41–43), uno en Países Bajos (44), uno en Dinamarca (45) y uno en Reino Unido (46). En cuanto a otras regiones, se encuentran tres estudios de Australia (47–49), y uno de Malasia (50).

Los diseños de los estudios incluidos fueron variables, 7 RS (34,43,44,46,47,49,51), 1 revisión de estudios cualitativos (49), 1 revisión de revisiones (48), 2 revisiones de alcance (40,52), 6 revisiones narrativas (31,35,36,38,39,50), y una adicional publicada como capítulo de libro (34), 1 manual de entrenamiento a personal clínico (45), y finalmente dos estudios (37,41) que no especifican explícitamente el diseño, pero se centran en consensos y guías para personal clínico.

La muestra de participantes incluyó a adultos con diferentes tipos de cáncer (36,40,48–50) menores con cáncer pediátrico y personal clínico (31,33,34,52), en los casos de Graetz et al, 2020 y Kaye^a et al, 2018, estos estudios incluyeron las familias de esos/as menores. En 5 estudios, los/as participantes fueron miembros del personal clínico, oncología, personal de enfermería y equipos multidisciplinarios (35,37,41,42,45). Otros 7 estudios incluyeron grupos mixtos de personal clínico y personas con cáncer (32,38,39,43,44,46,47). En el estudio de Berg, et al, 2021, se incluyeron además residentes. Así como en el estudio de Hong et al, 2020, se incluyeron además supervivientes (35,36,38,39,43,44,46).

Los 21 estudios analizados tienen como objetivo general explorar y mejorar la comunicación en oncología desde diversas perspectivas. Roy et al. (2020) (36) se enfocaron en la comunicación sobre el alivio de síntomas y los cuidados paliativos en oncología ginecológica. Asimismo, Graetz et al. (2020) (52) realizaron una revisión exploratoria sobre la comunicación en oncología pediátrica en países de ingresos bajos y medios. Kaye et al. (2018)^b (34) examinaron la comunicación con niños/as con cáncer y sus familias durante la enfermedad y al final de la vida. Hong et al. (2020) (32) revisaron intervenciones digitales para facilitar la comunicación entre personas con cáncer y personal clínico en oncología. Chittem et al. (2021) (39) exploraron la práctica de no revelar diagnóstico y pronóstico de cáncer a personas con cáncer y familias en India. Por otro lado, Licqurish et al. (2019) (48) identificaron y describieron herramientas para mejorar la comunicación en consultas médico-personas con cáncer en oncología.

Winner et al. (2017) (38) analizaron cómo puede fallar la comunicación cuando se transmite esperanza al momento de hablar de una cirugía en el contexto del cáncer. Alves et al. (2020) (40) describieron estrategias para comunicar diagnósticos de cáncer oral y orofaríngeo. Skovlund et al. (2020) (45) desarrollaron una formación basada en resultados reportados por personas con cáncer para promover la comunicación centrada en dichas personas. En esta línea, Saeed et al. (2024) (37) elaboraron parámetros prácticos para la comunicación en oncología radioterápica. Stiefel et al. (2018)^a (41) presentaron recomendaciones consensuadas para la formación en habilidades comunicativas en oncología en un estudio de consenso. Stiefel et al. (2018)^b (42) también analizaron los componentes clave de programas de formación en habilidades de comunicación. De Vries et al. (2014) (43) revisaron características del personal clínico y su impacto en la comunicación y los resultados en oncología. Martin et al. (2019) (35) revisaron marcos de habilidades comunicativas aplicables en oncología radioterápica. El estudio de Mulder et al. (2021) (44) desarrolló recomendaciones sobre comunicación y ética en la preservación de la fertilidad para personas con cáncer inicial. Lim (2016) (50) examinó el cuidado al final de la vida en personas con cáncer de pulmón avanzado. Van Beusekom et al. (2019) (46) revisaron la formación en habilidades comunicativas para equipos de radioterapia oncológica. Asimismo, Kaye et al. (2020)^a (33) sintetizaron la evidencia sobre formación en comunicación en oncología pediátrica. Feraco et al. (2016) (31) propusieron avanzar en la formación en comunicación en oncología pediátrica más allá del modelado por observación. Berg et al. (2021) (47) evaluaron la

efectividad de formaciones en línea sobre habilidades comunicativas para personal clínico en oncología y cuidados paliativos. Por último Primeau et al. (2024) (49) revisaron experiencias de comunicación de personas con cáncer en contextos de malas noticias. En la Tabla 4, a continuación, se encuentran las características de los estudios incluidos en la revisión.

Tabla 4. Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática						
#	Autor y año	Objetivo	Diseño	Población	Limitaciones metodológicas	Conflicto de interés
1	Alves et al. 2020. Brasil	Explorar y describir las estrategias de comunicación empleadas en el diagnóstico de cáncer, con énfasis en los orofaríngeos, y presentar los protocolos actuales disponibles para este proceso.	RA	Personas con cáncer oral (N= NI)	Abordaje meramente narrativo sobre estrategias de comunicación. Dependencia de la calidad de los estudios incluidos	NI
2	Berg et al. 2021. Australia	Evaluar las intervenciones online para mejorar las habilidades de comunicación del personal clínico, e investigar su efecto sobre la confianza, el conocimiento y, los resultados en salud de las personas con cáncer.	RS	-Personas con cáncer: 732 -Personal clínico: 1116 (personal de medicina, enfermería y otros). -Estudiantes: 422	Falta de síntesis cuantitativa	No tiene conflictos
3	Chittem et al. 2021. India	Analizar la práctica de no revelar el diagnóstico y pronóstico de cáncer, y proponer recomendaciones para investigaciones futuras y la práctica clínica, enfatizando las consideraciones éticas clave en este contexto.	RN	Personas con cáncer y personal clínico (N= NI)	Sesgo cultural en la selección de participantes	No tiene conflictos
4	De Vries et al. 2014. Suiza	Realizar una RS de la literatura para examinar la asociación entre las características de los clínicos, sus comportamientos comunicativos y los resultados en salud de las personas con cáncer.	RS	Personas con cáncer y personal clínico (N= NI)	Falta de síntesis cuantitativa	No tiene conflictos
5	Feraco et al. 2016.	Analizar y discutir la necesidad de trascender la mera imitación de	RN	Personal clínico y personas con cáncer pediátrico (N= NI)	Abordaje meramente narrativo sobre	Sí: Drs. Wolfe y Block participan en programas educativos de

Tabla 4. Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática						
#	Autor y año	Objetivo	Diseño	Población	Limitaciones metodológicas	Conflicto de interés
	Estados Unidos	modelos ("role modeling") en el entrenamiento en habilidades de comunicación en oncología pediátrica, proponiendo enfoques más efectivos.			estrategias de comunicación. Dependencia de la calidad de los estudios incluidos	cuidados paliativos. No se reportan otros conflictos.
6	Graetz et al. 2020. Estados Unidos	Revisar las necesidades y prácticas de comunicación en el cuidado del cáncer pediátrico en países de ingresos bajos y medios (LMICs), identificando barreras, facilitadores y temas clave relacionados con la comunicación definida por el Instituto Nacional del Cáncer (INC).	RA	-Cuidadores: padres u otros familiares en el cuidado de personas con cáncer pediátrico -Personas con cáncer pediátrico -Personal clínico: 2/9 estudios se centraron solo en personal de enfermería	Enfoque limitado a países de ingresos bajos y medios	No tiene conflictos
7	Hong et al. 2020. Estados Unidos	Identificar las intervenciones digitales existentes para mejorar la comunicación de las personas con cáncer, supervivientes - y el personal clínico, resumir sus características y sintetizar los resultados de estas intervenciones.	RS	Personal clínico, personas con cáncer y supervivientes de cáncer (N= NI)	Falta de síntesis cuantitativa	NI
8	Kaye ^a et al. 2018. Estados Unidos	Destacar la importancia de la comunicación efectiva en el cuidado del cáncer, abordando cómo esta influye en la confianza, la toma de decisiones y el bienestar de las personas con cáncer.	Capítulo de libro	Personas con cáncer pediátrico, sus familias y personal clínico (N=NI)	Perspectiva limitada a la oncología pediátrica sin capacidad de generalización	No declarado

Tabla 4. Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática						
#	Autor y año	Objetivo	Diseño	Población	Limitaciones metodológicas	Conflicto de interés
9	Kaye ^b et al. 2020. Estados Unidos	Revisar y evaluar la efectividad y calidad de las intervenciones para mejorar las habilidades de comunicación del personal clínico de oncología pediátrica. Se analizan aspectos como el contenido de capacitación en habilidades de comunicación, la metodología de intervención, las métricas de resultado, las herramientas de medición, los beneficios a corto y largo plazo, los sesgos en el diseño, y la disponibilidad de materiales para la reproducción de las intervenciones.	RS	-Personal clínico: 216 -Personas con cáncer pediátrico 104	Heterogeneidad de los estudios incluidos lo que dificulta la síntesis cuantitativa	NI
10	Licqurish et al. 2019. Australia	Revisar herramientas para facilitar la comunicación entre personas con cáncer y el personal clínico. Se incluyen medidas de resultados reportadas por las personas con cáncer, listas de preguntas y grabaciones de consultas. Se analiza su impacto en la mejora del manejo del dolor, la comunicación, la detección de síntomas y la participación de las personas con cáncer en su cuidado.	Revisión de RS	-Personas con cáncer: 15.381 de diversos entornos clínicos	Dependencia de la calidad y heterogeneidad de las revisiones sistemáticas incluidas	Sí: Este trabajo fue financiado por Western and Central Melbourne Integrated Cancer Service, con apoyo de Western Health y otras instituciones. Jon D. Emery recibe financiamiento de NHMRC, y Bogda Koczwara es apoyada por National Breast Cancer Foundation Los demás autores no declaran conflictos

Tabla 4. Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática						
#	Autor y año	Objetivo	Diseño	Población	Limitaciones metodológicas	Conflicto de interés
11	Lim et al. 2016. Malasia	Destacar la importancia de la comunicación adecuada en el cuidado al final de la vida en personas con cáncer de pulmón avanzado.	RN	Personas con cáncer y sus familias (N=NI)	Sesgo en la selección de estudios y falta de sistematicidad en algunas partes de la revisión	NI
12	Martin et al. 2019. Estados Unidos	Presentar un marco de referencia que analiza diferentes modelos de comunicación y los relaciona con su aplicación a la oncología radioterápica, para mejorar la práctica clínica. Se describen componentes clave de estas herramientas y se demuestra su utilidad a través de viñetas. Se incluyen enfoques prácticos para tareas como responder a emociones, dar malas noticias, discutir pronósticos y metas de cuidado	RN	Personal clínico (N=NI)	Carece de validación empírica directa, lo que limita la evidencia sobre su aplicabilidad y efectividad real en la práctica clínica	NI
13	Mulder et al. 2021. Países Bajos	Abordar formas de mejorar la comunicación entre el personal clínico y las personas con cáncer jóvenes sobre los riesgos de infertilidad debido a los tratamientos, así como las opciones de preservación de la fertilidad disponibles.	RS	Personal clínico y personas con cáncer (N=NI)	Heterogeneidad de los estudios incluidos lo que dificulta la síntesis cuantitativa	Sí: JFK fue financiado por NIH/NCI. MP recibió apoyo de la University of Melbourne. JB obtuvo becas del Boyne Research Institute. AG reporta financiamiento de Swedish Cancer Society, Ferring Pharmaceuticals y honorarios de Besins, Sandoz y Finox. DRR recibió honorarios de LOXO, Shire, Janssen y Epizyme. HMVS

Tabla 4. Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática						
#	Autor y año	Objetivo	Diseño	Población	Limitaciones metodológicas	Conflicto de interés
						obtuvo financiamiento de Pfizer y Ferring.
14	Primeau et al. 2024. Australia	Explorar las experiencias de las personas con cáncer en la comunicación con el personal clínico durante el proceso de comunicar malas noticias en el cuidado del cáncer, para promover estrategias de comunicación personalizadas, empáticas y apropiadas en momentos críticos	RS cualitativa	Personas con cáncer: 976	Escasa capacidad de generalización	No hay conflicto
15	Roy et al. 2020. Estados Unidos	Ofrecer una visión general de las estrategias para el alivio de síntomas y los cuidados paliativos en personas con cáncer ginecológico y un marco específico para las conversaciones sobre los objetivos del tratamiento, con un enfoque particular en las herramientas de comunicación	RN	Mujeres con cáncer ginecológico (N=NI)	Posibilidad de sesgo de selección y la falta de una metodología sistemática	No hay conflicto
16	Saeed et al. 2024. Estados Unidos	Establecer pautas para mejorar la comunicación en oncología radioterápica, enfocándose en la interacción efectiva entre el personal clínico y las personas con cáncer	Guía para mejorar la práctica clínica	Personal clínico de radioterapia (N=NI)	Parámetro de práctica para la comunicación en oncología radioterápica sin datos de implementación	No declarado
17	Skovlund et al. 2020. Dinamarca	Desarrollar un manual breve y una sesión de capacitación para entrenar al personal clínico en la comunicación centrada en la	Manual de entrenamiento para personal clínico	Personal clínico (N=NI)	Desarrollo de herramientas sin validación cuantitativa	No hay conflicto

Tabla 4. Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática						
#	Autor y año	Objetivo	Diseño	Población	Limitaciones metodológicas	Conflicto de interés
		persona con cáncer utilizando medidas de resultados reportados por las personas con cáncer (PRO), denominada PROmunication				
18	Stiefel ^a et al. 2018. Suiza	Establecer elementos clave para un entrenamiento en comunicación oncológica, actualizando las recomendaciones para mejorar la autoconciencia del clínico y la gestión factores relacionales y contextuales	Artículo de posicionamiento	Personal clínico (N=NI)	Documento de consenso basado en las perspectivas de los autores con generalización limitada	No hay conflicto
19	Stiefel ^b et al. 2018. Suiza	Sintetizar la literatura sobre programas de entrenamiento en habilidades de comunicación para personal clínico oncológico, identificar sus componentes principales y compararlos con las recomendaciones de un consenso europeo de expertos	RS	Personal clínico (N=NI)	RS con variabilidad en los estudios de programas de entrenamiento	No hay conflicto
20	Van Beusekom et al. 2019. Reino Unido	Evaluar la efectividad del entrenamiento en habilidades de comunicación dirigido a los miembros del equipo de radioterapia para mejorar las conversaciones en este contexto y apoyar a las personas con cáncer con preocupaciones emocionales	RS	Personal clínico (terapia física, radiación, enfermería, medicina, administración) con un rango de 4 a 465. Personas con cáncer de mama, urológico, ginecológico, de cabeza y cuello, cerebral y pulmonar, con un rango de 12 a 313	Heterogeneidad de las intervenciones de capacitación en habilidades de comunicación evaluadas y la variabilidad en las medidas para evaluar la efectividad	No conflicto
21	Winner et al. 2017.	Revisar la comunicación entre personas con cáncer y cirujanos en el periodo preoperatorio,	RN	Personas con cáncer y personal clínico de cirugía (N=NI)	Generalización limitada de los resultados debido a la naturaleza	No conflicto

Tabla 4. Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática						
#	Autor y año	Objetivo	Diseño	Población	Limitaciones metodológicas	Conflicto de interés
	Estados Unidos	destacando la importancia de discusiones abiertas y honestas sobre pronóstico, objetivos de tratamiento y preferencias de cuidado			cualitativa del estudio y al contexto específico de la muestra	

EC: Estudio cualitativo; ED: Estudio descriptivo; GPC: Guía Práctica Clínica; RA: Revisión de Alcance; RN: Revisión narrativa; RS: Revisión Sistemática; NI: No hay información

5.1.3. Calidad de los estudios incluidos

La revisión de estos 21 estudios revela una amplia gama de diseños metodológicos, lo que conlleva diversas limitaciones:

5.1.3.1. Diseño de los estudios

Falta de síntesis cuantitativa: Se incluyen revisiones sistemáticas sin metaanálisis que limita la fuerza de sus conclusiones (32,34,48).

Dependencia de la calidad de los estudios incluidos: (31,35,36,50) presentan revisiones narrativas, lo que puede introducir sesgos al depender de la calidad de la literatura revisada.

Dificultad para evaluar la eficacia real de una intervención: Algunos estudios no incluyen grupo control (45) lo que dificulta la evaluación de la efectividad de las intervenciones.

Influencia del sesgo de confirmación (de grupo o mayoría) o de autoridad (figuras de mayor prestigio: Algunos estudios (35,37,41) se basan en opiniones de expertos o consensos.

5.1.3.2. Contexto poblacional y cultural

- Sesgo de selección: Estudios centrados en un solo grupo (31,34) se centran exclusivamente en oncología pediátrica, excluyendo a adolescentes o personas adultas.
- Sesgo geográfico y cultural: Falta de generalización internacional en los estudios de Chittem et al. (2021) (39) en India, el cual refleja barreras específicas que pueden no aplicarse a otras regiones.
- Falta de generalización a otras poblaciones: Como en el estudio de Graetz et al. (2020) (52) que plantea el análisis de un contexto limitado a países de ingresos bajos y medios, falta de estudios comparativos con países de ingresos altos.

5.1.3.3. Validación de instrumentos de medida intervenciones

- Sesgo en la evaluación de resultados: Martin et al. (2019) (35) quien desarrolla una intervención, pero no aporta resultados de validación.
- Limitaciones de aplicabilidad de la intervención: Skovlund et al. (2020) (45) presenta un manual para el entrenamiento del personal clínico que no se ha probado en escenarios reales.

5.1.4. Síntesis de los resultados del proceso de revisión sistemática

Los estudios incluidos en esta RS destacan el papel fundamental de la comunicación efectiva en el cuidado oncológico, abarcando diversos aspectos clave. Los hallazgos destacan la necesidad de mejorar la comunicación entre personas con cáncer y personal clínico, especialmente en temas relacionados con el diagnóstico, el pronóstico, las opciones de tratamiento, los síntomas, los efectos secundarios, la calidad de vida y las preocupaciones emocionales y psicosociales. Se observa como una comunicación inadecuada puede generar insatisfacción, ansiedad y frustración en las personas con cáncer (38). Asimismo, se reconoce ampliamente la importancia de la capacitación y entrenamiento práctico en habilidades comunicativas entre el personal clínico, promoviendo modelos de atención centrada en la persona y en la toma de decisiones compartida (31,41,42).

Diversos estudios han desarrollado y evaluado herramientas e intervenciones destinadas a mejorar la comunicación en la práctica clínica. Entre ellos se incluyen plataformas digitales (51), programas de entrenamiento (45–47), y el uso de resultados reportados por pacientes (PROs) como herramientas útiles para priorizar sus necesidades (45). La mayoría de estudios analizados enfatizan la

importancia de adaptar la comunicación a las características individuales de cada persona, considerando su etapa evolutiva, la fase del cuidado en la que se encuentran (34,44) su cultura (52), idioma y nivel de comprensión.

Barreras en la comunicación en oncología:

Los estudios también identifican múltiples barreras en la comunicación entre el personal clínico y personas con cáncer. Entre las más relevantes se encuentran:

- Limitaciones de tiempo y otras barreras, que dificultan la discusión de temas complejos como: el final de la vida, la fertilidad o la sexualidad (44).
- Falta de conciencia sobre los aspectos emocionales y las implicaciones que conllevan estos temas para las personas con cáncer y sus familias (43,53).

Algunos estudios incluidos resaltan la importancia de la reflexión del personal clínico sobre sus propias actitudes hacia la muerte, ya que esto podría influir en su capacidad para comunicarse con las personas con cáncer en etapas avanzadas (50). Además, se destaca la necesidad de incorporar la perspectiva de las personas con cáncer en el diseño de intervenciones comunicativas para asegurar que responden a sus necesidades y expectativas (49).

Recomendaciones derivadas de la RS:

De los estudios incluidos en la RS, se han identificado una serie de recomendaciones adicionales, que no estaban incluidas en la guía de ASCO (25) o en la de ESMO (26). Estas nuevas recomendaciones derivadas de esta revisión se encuentran detalladas por autor en el Anexo 7 e incluyen estrategias y ejemplos específicos para facilitar su aplicación en la práctica clínica.

Los temas abordados resaltan la importancia de una comunicación empática, respetuosa y no juzgadora en oncología, especialmente en temas sensibles como el final de la vida. También enfatizan la necesidad de proporcionar información clara y honesta, evitando la sobreprotección, particularmente en relación con los efectos adversos relevantes, como el riesgo de infertilidad.

Además, se subraya la necesidad de adaptar la comunicación a las realidades culturales de las personas, abordando aspectos como la sexualidad desde una perspectiva inclusiva.

En esas otras recomendaciones también se señala:

- El uso de recursos de apoyo en la comunicación clínica, como las alertas en historias clínicas electrónicas para garantizar que se discutan temas clave en momentos críticos, como las transiciones entre diferentes fases del cuidado.
- Evaluación integral de aspectos psicosociales y físicos, más allá de los síntomas tradicionales, incorporando dimensiones como la fatiga y la ansiedad, con el objetivo de proporcionar una atención más integral.
- Adaptación de la comunicación en menores con cáncer pediátrico, ajustándose según su edad y nivel de desarrollo, fomentando su participación activa en el proceso de toma de decisiones.
- Participación de familiares y cuidadores, promoviendo su capacitación a través de programas educativos que fortalezcan sus habilidades comunicativas.
- Incorporación de herramientas prácticas para mejorar la comprensión de la información médica y la toma de decisiones, como listas de preguntas sugeridas, PROs, grabaciones de consultas y materiales educativos accesibles.
- Desarrollo personal del personal clínico, fomentando la autoconciencia y el manejo de barreras emocionales y contextuales, como el estrés y la falta de tiempo, con el fin de mejorar la calidad de las interacciones comunicativas.

5.2. Fase 2 Estudio Delphi

5.2.1. Características de las personas participantes

El estudio Delphi de dos rondas, incluyó un total de 32 participantes con una edad media de 49 años (DE = 8.9). El 62.5% de participantes fueron mujeres. Respecto al nivel educativo, el 40.6 % de participantes tenía un doctorado y el 31.2% contaba con un grado universitario. La experiencia profesional promedio fue de 19.9 años. En cuanto a la participación geográfica, las comunidades autónomas con mayor representación fueron Madrid (21.9%), Canarias (18.8%) y la Comunidad Valenciana (15.6%), mientras que el resto de las regiones presentaron una participación menor. En la Tabla 5 se describen las características de los participantes y en la Tabla 6 el número de participantes por ronda.

Tabla 5. Características sociodemográficas de las personas participantes				
Variable	Total (n=32)	Desde la Primera Ronda (n=24)	Sólo Segunda Ronda (n = 8)	p-valor
Edad	49 (8.9)	50.2 (8.8)	45.4 (8.4)	0.193
Género				0.676
Masculino	12 (37.5%)	10 (41.7%)	2 (25%)	
Femenino	20 (62.5%)	14 (58.3%)	6 (75%)	
Rol				
Persona con cáncer	7 (21.9%)	5 (20.8%)	2 (25%)	>.999
Familiar o cuidador/a	2 (6.2%)	2 (8.3%)	0	>.999
Personal clínico	19 (59.4%)	14 (58.3%)	5 (62.5%)	>.999
Otro profesional	9 (28.1%)	7 (29.2%)	2 (25%)	0.806
Nivel educativo				0.549
Grado	10 (31.2%)	7 (29.2%)	3 (37.5%)	
Maestría	7 (21.9%)	5 (20.8%)	2 (25%)	
Posgrado	2 (6.2%)	1 (4.2%)	1 (12.5%)	
Doctorado	13 (40.6%)	11 (45.8%)	2 (25%)	
Años de experiencia como profesional	19.9 (7.9)	21.4 (7.5)	15.7 (8.3)	0.176
Comunidad Autónoma				0.797
Madrid	7 (21.9%)	5 (20.8%)	2 (25.0%)	
Canarias	6 (18.8%)	5 (20.8%)	1 (12.5%)	
Comunidad Valenciana	5 (15.6%)	4 (16.7%)	1 (12.5%)	
Andalucía	4 (12.5%)	4 (16.7%)	0	
Cataluña	3 (9.4%)	2 (8.3%)	1 (12.5%)	
Otras cinco comunidades *	7 (21.9%)	4 (16.7%)	3 (37.5%)	

*Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria y Galicia.

5.2.2. Primera ronda del método Delphi

La primera ronda tuvo una duración de 22 días, del 14 de octubre al 4 de noviembre de 2024, y el cuestionario fue igual para todos los/as participantes. Los cuestionarios se distribuyeron a través de la plataforma Qualtrics® 2025. Durante este período, para fomentar la participación, se enviaron tres recordatorios oficiales: el primero, el 21 de octubre de 2024, a través de Qualtrics® 2025 y por correo electrónico; el segundo, el 23 de octubre de 2024, y el tercero, el 25 de octubre de 2024, únicamente por correo electrónico, con el fin de minimizar problemas técnicos en la recepción de las invitaciones.

El cuestionario de esta primera ronda incluía:

- Introducción al estudio, en la que se detallaba los objetivos y el propósito del Delphi.
- Información socio demográfica de los/as participantes.
- Instrucciones para la cumplimentación del cuestionario.

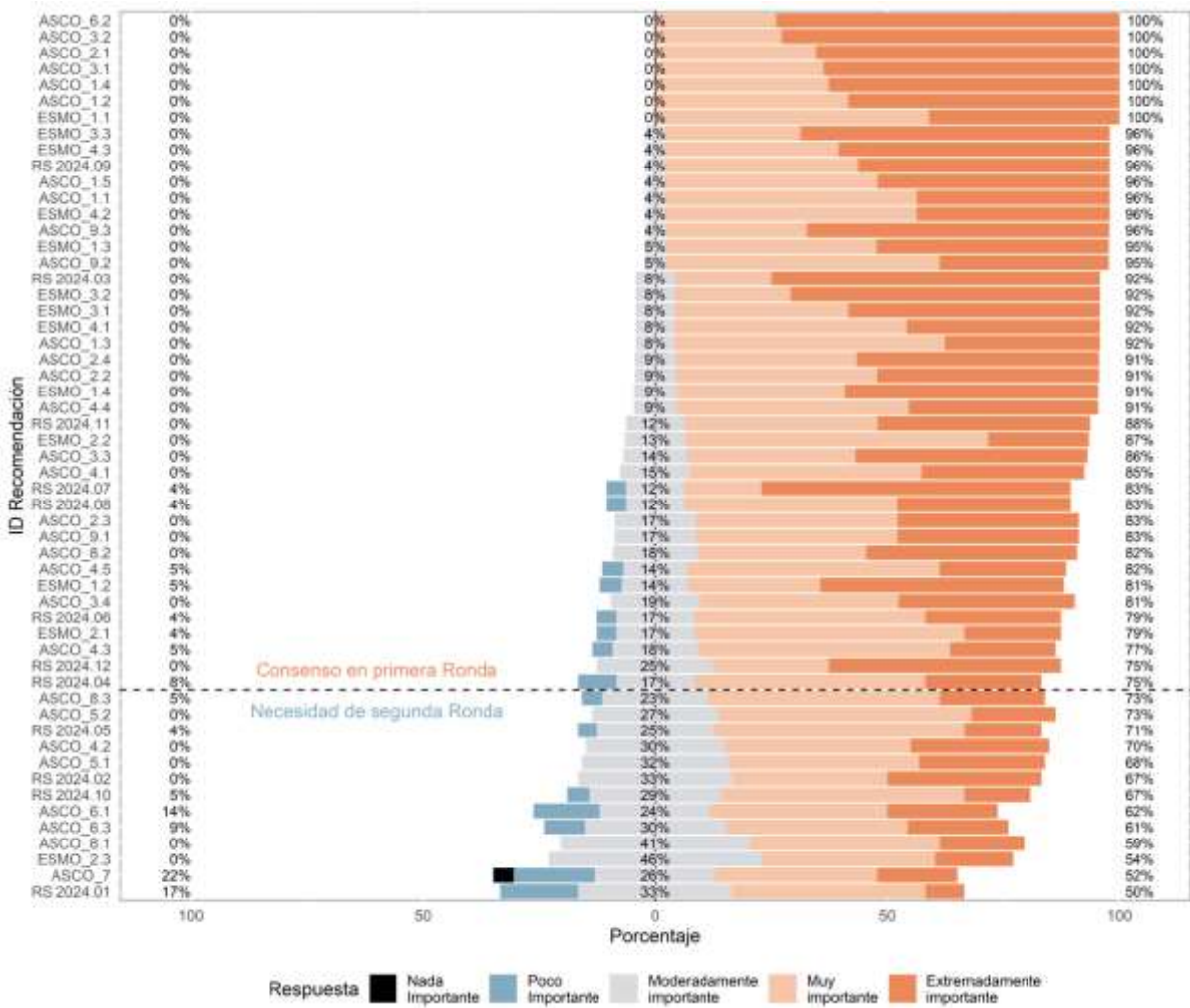
Evaluación de recomendaciones, estructurada en cuatro bloques:

- 1) **25 recomendaciones** agrupadas en 9 preguntas clínicas de la guía de ASCO (25).
- 2) **13 recomendaciones** sobre aspectos clínicos clave en la comunicación entre personal clínico y personas con cáncer, extraídas de la guía de ESMO (26).
- 3) **12 nuevas recomendaciones** derivadas de la RS (2014-2024), realizada por el grupo metodológico.
- 4) Espacio para propuestas adicionales, donde los participantes podían sugerir habilidades comunicativas en oncología no **abordadas** en los bloques previos. Las aportaciones adicionales de los participantes se documentaron en un tabla detallada, identificando si cada propuesta ya estaba contemplada en la guía de ASCO (25), en la de ESMO (26) y/o en la RS.

En esta primera ronda, se contactó a un total de 35 de 36 participantes, como se ha especificado en el apartado de metodología del estudio Delphi, de los cuales 24 completaron el cuestionario, alcanzando una tasa de participación del 68.6 % (ver Tabla 6). Los estadísticos descriptivos de esta ronda se presentan en el Anexo 8. En la Figura 4 se muestran las recomendaciones ordenadas según el porcentaje de acuerdo alcanzado entre los participantes respecto a su importancia en entornos clínicos.

Tabla 6. Participación primera y segunda ronda				
	PRIMERA RONDA		SEGUNDA RONDA	
	ENVIADA	COMPLETADA	ENVIADA	COMPLETADA
Total participantes	35/36	24/36	36/36	32/36
Encuestas enviadas/recibidas	97.2%	66.7%	100%	88.9%

Figura 4. Resultados priorización de recomendaciones en primera ronda



En la Tabla 7 se encuentran los resultados de la primera ronda del estudio Delphi en porcentajes y consenso.

Tabla 7. Resultados de la valoración de recomendaciones en la primera ronda del Delphi (porcentaje y consenso)					
ID recomendación	Número de Respuestas	Nada Importante o Poco Importante (%)	Moderadamente Importante (%)	Muy importante o Extremadamente Importante (%)	CONSENSO PRIMERA RONDA
ASCO 6.2	23	0	0	100	Importante
ASCO_3.2	22	0	0	100	Importante
ASCO_2.1	23	0	0	100	Importante
ASCO_3.1	22	0	0	100	Importante
ASCO_1.4	24	0	0	100	Importante
ASCO_1.2	24	0	0	100	Importante
ESMO_1.1	22	0	0	100	Importante
ESMO_3.3	24	0	4.17	95.83	Importante
ESMO_4.3	24	0	4.17	95.83	Importante
RS 2024_09	24	0	4.17	95.83	Importante
ASCO_1.5	24	0	4.17	95.83	Importante
ASCO_1.1	24	0	4.17	95.83	Importante
ESMO_4.2	24	0	4.17	95.83	Importante
ASCO_9.3	23	0	4.35	95.65	Importante
ESMO_1.3	22	0	4.55	95.45	Importante
ASCO_9.2	22	0	4.55	95.45	Importante
RS 2024_03	24	0	8.33	91.67	Importante
ESMO_3.2	24	0	8.33	91.67	Importante
ESMO_3.1	24	0	8.33	91.67	Importante
ESMO_4.1	24	0	8.33	91.67	Importante
ASCO_1.3	24	0	8.33	91.67	Importante
ASCO 2.4	23	0	8.7	91.3	Importante
ASCO_2.2	23	0	8.7	91.3	Importante
ESMO_1.4	22	0	9.09	90.91	Importante
ASCO_4.4	22	0	9.09	90.91	Importante
RS 2024_11	24	0	12.5	87.5	Importante
ESMO_2.2	23	0	13.04	86.96	Importante
ASCO_3.3	22	0	13.64	86.36	Importante
ASCO_4.1	20	0	14.1	85	Importante
RS 2024_07	24	4.17	12.5	83.33	Importante
RS 2024_08	24	4.17	12.5	83.33	Importante
ASCO_2.3	23	0	17.39	82.61	Importante
ASCO_9.1	23	0	17.39	82.61	Importante
ASCO 8.2	22	0	18.18	81.82	Importante

Tabla 7. Resultados de la valoración de recomendaciones en la primera ronda del Delphi (porcentaje y consenso)

ID recomendación	Número de Respuestas	Nada Importante o Poco Importante (%)	Moderadamente Importante (%)	Muy importante o Extremadamente Importante (%)	CONSENSO PRIMERA RONDA
ASCO_4.5	22	4.55	13.64	81.82	Importante
ESMO_1.2	21	4.76	14.29	80.95	Importante
ASCO_3.4	21	0	19.05	80.95	Importante
RS 2024_06	24	4.17	16.67	79.17	Importante
ESMO_2.1	24	4.17	16.67	79.17	Importante
ASCO_4.3	22	4.55	18.18	77.27	Importante
RS 2024_12	24	0	25	75	Importante
RS 2024_04	24	8.33	16.67	75	Importante
ASCO_8.3	22	4.55	22.73	72.73	Sin consenso
ASCO_5.2	22	0	27.27	72.73	Sin consenso
RS 2024_05	24	4.17	25	70.83	Sin consenso
ASCO_4.2	20	0	30	70	Sin consenso
ASCO_5.1	22	0	31.82	68.18	Sin consenso
RS 2024_02	24	0	33.33	66.67	Sin consenso
RS 2024_10	21	4.76	28.57	66.67	Sin consenso
ASCO_6.1	21	14.29	23.81	61.9	Sin consenso
ASCO_6.3	23	8.7	30.3	60.87	Sin consenso
ASCO_8.1	22	0	40.91	59.09	Sin consenso
ESMO_2.3	24	0	45.83	54.17	Sin consenso
ASCO_7.1	23	21.74	26.09	52.17	Sin consenso
RS 2024_01	24	16.67	33.33	50	Sin consenso

ASCO: American Society of Clinical Oncology; ESMO: European Society for Medical Oncology; RS: Nueva Recomendación de la Revisión Sistemática.

En el Anexo 9 se recogen de manera detallada las aportaciones y comentarios proporcionados por los/as participantes en la pregunta abierta sobre *"¿Considera que existe alguna otra recomendación sobre la práctica comunicativa en oncología que no haya sido recogida previamente?"*. Cuando un comentario estaba relacionado con una recomendación previamente incluida, se indicó explícitamente su correspondencia y ubicación dentro del conjunto de recomendaciones.

5.2.3. Segunda ronda del método Delphi

La segunda ronda del estudio tuvo una duración de 14 días, del 12 al 25 de noviembre de 2024. Para fomentar la participación, se enviaron tres recordatorios los días 18, 20, y 22 de noviembre del 2024.

A diferencia de la primera ronda, el cuestionario fue personalizado para los/as panelistas que habían participado previamente en la primera ronda; mientras que aquellos que se unieron en esta fase recibieron un cuestionario general. En la versión personalizada, cada participante recibió un recordatorio de sus respuestas anteriores junto con los porcentajes de consenso alcanzados, con el

objetivo de que reconsideraran sus valoraciones y facilitar el consenso. Al igual que en la primera ronda, el cuestionario se administró a través de la plataforma Qualtrics® 2025.

El cuestionario general incluyó una introducción, preguntas sociodemográficas y las instrucciones pertinentes. En ambas versiones, las preguntas sobre las recomendaciones se estructuraron en cuatro bloques:

1. **Revisión de las 11 recomendaciones** que no alcanzaron un consenso del 75% en la primera ronda.
2. **Resumen de las sugerencias y comentarios** aportados por los/as participantes en la primera ronda.
3. **Pregunta abierta** para comentarios o nuevas aportaciones.
4. **Dos preguntas cualitativas** sobre:
 - Las habilidades de comunicación consideradas esenciales para establecer relaciones efectivas con personas con cáncer y familias durante el proceso diagnóstico y tratamiento.
 - Barreras y facilitadores percibidos para la implementación de estas habilidades en la atención oncológica.
 - Consulta sobre el interés de participar en un estudio cualitativo complementario para el desarrollo de las guías de comunicación en oncología.

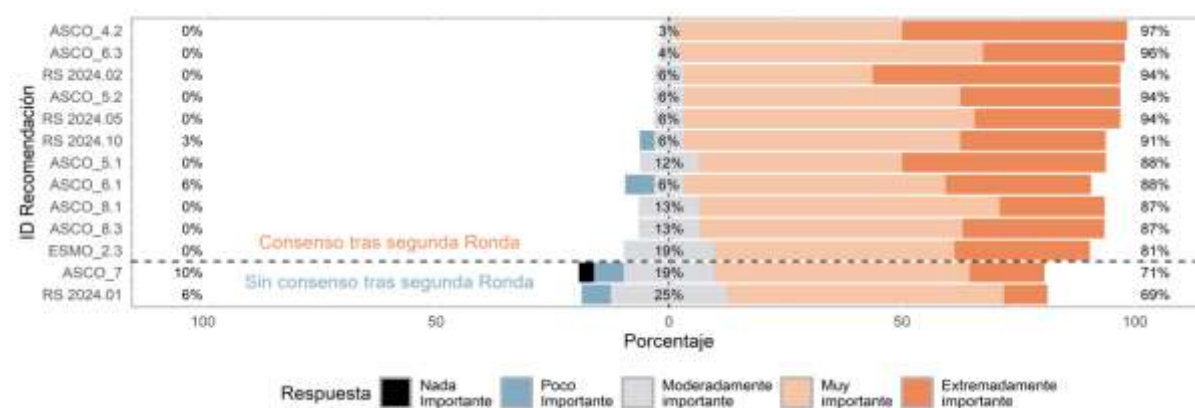
En esta ronda, se contactó a un total de 36 participantes (incluyendo una persona adicional que no participó en la primera ronda). De ellos, 32 completaron el cuestionario, lo que representa una tasa de participación del 88.9 % (ver Tabla 8). De los 32 participantes, 24 provenían de la primera ronda y 8 se incorporaron en esta fase. Los estadísticos descriptivos de esta ronda se presentan en el Anexo 8.

En términos de consenso, los/as participantes lograron acuerdos superiores al 75% en la mayoría de las recomendaciones revisadas. De las 11 recomendaciones que no alcanzaron consenso en la primera ronda, solo 2 permanecieron por debajo del umbral, con porcentajes del 71% y 69%, respectivamente.

Además, 14 participantes aportaron nuevas sugerencias y 30 participantes respondieron a las preguntas cualitativas sobre habilidades cualitativas, barreras y facilitadores en la atención oncológica. Finalmente, 31 de los 36 participantes dieron su consentimiento para formar parte del estudio cualitativo complementario para el desarrollo de las guías de comunicación en oncología.

El Anexo 10 presenta una tabla detallada con los estadísticos descriptivos de la segunda ronda. En la Figura 5, se muestran las recomendaciones incluidas en esta fase, correspondientes a aquellas que no alcanzaron consenso en la primera ronda. Estas se presentan ordenadas según el porcentaje de acuerdo alcanzado entre los/as participantes respecto a su importancia en entornos clínicos.

Figura 5. Resultados priorización de recomendaciones en segunda ronda



La Tabla 8 muestra las recomendaciones ordenadas según el porcentaje de acuerdo alcanzado entre los/as participantes en la segunda ronda, en función de su importancia en la práctica clínica.

Tabla 8. Resultados de la valoración de recomendaciones en la segunda ronda del Delphi (porcentaje y consenso)					
ID	Ronda 2				
	Número de Respuestas	Nada Importante o Poco Importante (%)	Moderadamente Importante (%)	Muy importante o Extremadamente Importante (%)	Consenso Segunda Ronda
ASCO_8.3	23	0	13	87	Importante
ASCO_5.2	32	0	6.2	93.8	Importante
RS 2024_05	32	0	6.2	93.8	Importante
ASCO_4.2	31	0	3.2	96.8	Importante
ASCO_5.1	32	0	12.5	87.5	Importante
RS 2024_02	32	0	6.2	93.8	Importante
RS 2024_10	32	3.1	6.2	90.6	Importante
ASCO_6.1	32	6.2	6.2	87.5	Importante
ASCO_6.3	23	0	4.3	95.7	Importante
ASCO_8.1	31	0	12.9	87.1	Importante
ESMO_2.3	31	0	19.4	80.6	Importante
ASCO_7	31	9.7	19.4	71	Sin consenso
RS 2024_01	32	6.2	25	68.8	Sin consenso

ASCO: American Society of Clinical Oncology; ESMO: European Society for Medical Oncology; RS: Nueva Recomendación de la Revisión Sistemática.

En el Anexo 11 se presentan detalladamente las aportaciones y comentarios obtenidos a la pregunta abierta: "¿Considera que existe alguna otra recomendación sobre la práctica comunicativa en oncología que no haya sido recogida previamente o algún otro aspecto que le gustaría comentar?", obtenidos de la segunda ronda.

Adicionalmente, en la segunda ronda, se formularon dos preguntas exploratorias de carácter cualitativo con el propósito de complementar los resultados de Delphi y evaluar el interés de los/as participantes en formar parte de un estudio cualitativo posterior, previsto a desarrollarse una vez finalizada la fase de elaboración de las Guías de Comunicación en Oncología. Los resultados de ese sondeo pueden verse en el Anexo 12.

A continuación, la Tabla 9 presenta las recomendaciones incluidas en las Guías de Comunicación en Oncología, organizadas según el nivel de acuerdo alcanzado sobre su importancia en la práctica clínica, a partir de ambas rondas del estudio Delphi.

Tabla 9. Recomendaciones según el orden de importancia en el estudio Delphi de dos rondas	
ID recomendación	Contenido de la Recomendación
ASCO_6.2	Para las personas con cáncer que tienen una baja alfabetización en salud, es importante priorizar los aspectos clave, usar un lenguaje claro y accesible, y comprobar regularmente su comprensión.
ASCO_3.2	Al analizar las opciones de tratamiento con las personas con cáncer, el personal clínico debe ofrecer información clara sobre los posibles beneficios y riesgos de cada alternativa, asegurando un equilibrio en la toma de decisiones. Además, es fundamental verificar que la persona con cáncer comprenda adecuadamente estos aspectos para facilitar una elección informada.
ASCO_2.1	Es importante que el personal clínico ofrezca información diagnóstica y pronóstica adaptada a las necesidades de la persona con cáncer, transmitiendo esperanza y seguridad sin generar falsas expectativas.
ASCO_3.1	Antes de abordar las opciones de tratamiento con la persona diagnosticada de cáncer, el personal clínico debe clarificar los objetivos del tratamiento (curación vs. prolongación de la supervivencia vs. mejora de la calidad de vida). Esto permitirá que la persona con cáncer comprenda los resultados esperados y pueda alinear los objetivos del tratamiento con sus metas de cuidado.
ASCO_1.4	El personal clínico debe brindar información, adaptándola a las preocupaciones y preferencias de la persona con cáncer. Tras proporcionar dicha información, es fundamental verificar su comprensión y documentar las discusiones relevantes en la historia clínica para garantizar un adecuado seguimiento.
ASCO_1.2	Al inicio de las conversaciones con la persona con cáncer, el personal clínico debe explorar su nivel de comprensión sobre la enfermedad y, establecer una agenda en conjunto. Para ello es importante preguntar a la persona con cáncer y su familia, qué aspectos desean abordar para que, junto con el personal clínico, se pueda buscar un acuerdo de los temas a tratar.
ESMO_1.1	El personal clínico debe comprender los factores psicológicos y culturales que influyen en la dependencia de las personas con cáncer hacia el equipo de salud. Es fundamental adaptar la comunicación según el estado emocional del paciente y estar atento a situaciones de negación o vulnerabilidad extrema, brindando el apoyo necesario de manera empática y respetuosa.
ASCO_4.2	El personal clínico debe abordar tempranamente las preferencias de fin de vida con las personas con cáncer que enfrentan una enfermedad incurable. Además, es fundamental revisar y reafirmar estas decisiones de manera periódica, tomando en cuenta la evolución clínica y las preferencias cambiantes de la persona con cáncer.
ESMO_3.3	Las instituciones de salud deben garantizar una atención continua para las personas con cáncer, asegurando que siempre cuenten con un profesional de referencia dentro del equipo clínico y con un equipo de atención bien coordinado que les brinde apoyo de manera consistente.
ESMO_4.3	El personal clínico debe guiarlas en la reflexión sobre sus opciones y garantizar que las decisiones tomadas estén alineadas con sus valores, prioridades y preferencias personales.

Tabla 9. Recomendaciones según el orden de importancia en el estudio Delphi de dos rondas	
ID recomendación	Contenido de la Recomendación
RS 2024_09	El personal clínico debe recibir formación en habilidades comunicativas específicas según su área de atención dentro del contexto oncológico, como en pediatría oncológica, radioterapia u otras especialidades. Esto garantizará una comunicación efectiva y empática, adaptada a las necesidades particulares de cada paciente y su entorno.
ASCO_1.5	Cuando las personas con cáncer expresen emociones, ya sea de manera verbal o no verbal, el personal clínico debe responder con empatía, demostrando comprensión y apoyo para fortalecer la relación terapéutica y brindar un cuidado centrado en la persona con cáncer.
ASCO_1.1	Antes de cada conversación, el personal clínico debe revisar el historial clínico de la persona con cáncer, definir los objetivos de la conversación y anticipar sus posibles necesidades, preocupaciones y respuestas, así como las de su familia. Esta preparación facilita una comunicación más efectiva, centrada en la persona y sus circunstancias.
ESMO_4.2	Cada miembro del equipo de atención oncológica debe tener una comprensión clara de su rol en el cuidado de la persona y en la comunicación de sus necesidades. Esto ayuda a evitar confusiones o solapamientos, optimiza la coordinación del equipo y mejora la calidad de la atención brindada.
ASCO_6.3	Para las personas con cáncer y especialmente aquellas con baja alfabetización en salud, se recomienda el uso de pictogramas u otras ayudas visuales cuando estén disponibles. Además, es preferible describir el riesgo en términos absolutos en lugar de relativos, facilitando así una comprensión más clara y efectiva de la información médica.
ASCO_9.3	Las personas que forman en habilidades de comunicación deben contar con la preparación y experiencia necesarias para enseñar de manera efectiva las competencias comunicativas deseadas. Además, deben estar capacitados para facilitar ejercicios de aprendizaje experiencial que permitan al personal clínico mejorar sus habilidades en entornos clínicos.
ESMO_1.3	El personal clínico debe proporcionar información de manera cuidadosa, observando atentamente a las personas con cáncer para evaluar su disposición a recibir y procesar la información. Adaptar el enfoque según su estado emocional y nivel de comprensión es fundamental para brindar un apoyo adecuado y fomentar una comunicación efectiva.
ASCO_9.2	Para que la formación en habilidades de comunicación sea más efectiva, se debe promover la autoconciencia en quienes la practican, así como el desarrollo de una conciencia situacional sobre las emociones, actitudes y creencias subyacentes que pueden influir en la comunicación. Además, es fundamental reconocer y abordar los sesgos implícitos que pueden afectar la toma de decisiones, garantizando así una interacción más equitativa y centrada en la persona.
ASCO_5.2	Evaluar la necesidad de una reunión familiar formal en el hospital o en un entorno ambulatorio durante momentos clave del cuidado. Cuando sea pertinente, garantizar la presencia de la persona con cáncer, su familia (si el paciente lo estima conveniente) y los miembros del equipo clínico relevantes, facilitando así una comunicación efectiva y una toma de decisiones alineada con las necesidades de la persona.
RS 2024_05	Integrar herramientas de apoyo a la comunicación tanto para las personas con cáncer como para el personal clínico. Estas estrategias facilitan una mejor comprensión, participación y toma de decisiones informada y compartida.

Tabla 9. Recomendaciones según el orden de importancia en el estudio Delphi de dos rondas	
ID recomendación	Contenido de la Recomendación
RS 2024_02	Explorar de forma activa la fatiga relacionada con el cáncer y la sexualidad como parte de una evaluación integral del bienestar de la persona con cáncer.
RS 2024_03	Ajustar el nivel y el tono de la comunicación según la edad, el desarrollo cognitivo y la capacidad de comprensión de los menores con cáncer pediátrico. Utilizar un lenguaje claro, accesible y adecuado a su nivel de madurez, facilitando su comprensión y brindando apoyo emocional durante el proceso de atención.
ESMO_3.2	Las instituciones deben promover la formación continua en habilidades de comunicación, garantizando que el personal clínico comprenda tanto las limitaciones institucionales, como la manera que sus propias emociones pueden influir en su desempeño. Esta capacitación podría mejorar la calidad de la interacción con las personas con cáncer y sus familias, con el fin de optimizar la toma de decisiones en la atención oncológica.
ESMO_3.1	Las instituciones deben proporcionar al personal clínico tiempo y espacios adecuados para reflexionar y compartir experiencias. Además, es fundamental facilitar supervisión con profesionales de psicooncología con experiencia, permitiéndoles abordar los desafíos emocionales que surgen en la atención oncológica y fortalecer su bienestar emocional y profesional.
ESMO_4.1	El equipo clínico debe garantizar un intercambio de información continuo y eficaz entre sus miembros, promoviendo la realización de reuniones multidisciplinarias que integren a todas las especialidades relevantes. Esto mejora la coordinación del cuidado, optimiza la toma de decisiones y asegura una atención integral y centrada en la persona con cáncer.
ASCO_1.3	Durante las consultas, el personal clínico debe adoptar prácticas que promuevan activamente la confidencialidad, refuercen la confianza de la persona con cáncer y fomenten una colaboración efectiva. Crear un ambiente seguro y respetuoso es esencial para facilitar una comunicación abierta y una toma de decisiones compartida.
ASCO_2.4	Al comunicar malas noticias, el personal clínico debe adoptar medidas adicionales para atender las necesidades emocionales y las reacciones de las personas con cáncer. Esto implica brindar información con sensibilidad, ofrecer apoyo emocional, permitir tiempo para la asimilación y facilitar un espacio seguro para expresar dudas y preocupaciones.
ASCO_2.2	El personal clínico debe revisar periódicamente las metas, prioridades y el deseo de información de la persona con cáncer, especialmente ante cambios significativos en su plan de cuidado. Esta reevaluación garantiza que la atención siga alineada con sus valores, necesidades y expectativas a lo largo del proceso.
ESMO_1.4	El personal clínico debe abordar la atención de las personas con cáncer de manera integral, explorando no solo los síntomas físicos, sino también los aspectos psicosociales que afectan su bienestar. Además, debe respetar y valorar la espiritualidad de la persona, evitando la imposición de creencias personales y garantizando un acompañamiento basado en la empatía y el respeto a sus valores.
ASCO_4.4	Es importante que el personal clínico reconozca y responda con empatía al duelo y la pérdida que experimentan las personas con cáncer y sus familias. Asimismo, cuando sea necesario, debe derivarlos a miembros del equipo psicosocial (e.i., profesionales del ámbito del trabajo social, psicología clínica, orientación, religioso), para brindarles el apoyo emocional y espiritual adecuado a sus necesidades.

Tabla 9. Recomendaciones según el orden de importancia en el estudio Delphi de dos rondas	
ID recomendación	Contenido de la Recomendación
RS 2024_10	El personal clínico debe proporcionar información clara y comprensible, integrando una perspectiva de género y una sensibilidad cultural (adaptando la comunicación al contexto sociocultural de cada persona con cáncer), para un cuidado equitativo y centrado en la persona.
RS 2024_11	Es fundamental que el personal clínico evite el uso de eufemismos y la sobreprotección excesiva al comunicarse con las personas con cáncer. Es fundamental gestionar el equilibrio entre el silencio y la honestidad, proporcionando información de manera clara, respetuosa y sensible, para fomentar la confianza y la toma de decisiones informada.
ASCO_5.1	Es necesario que el personal clínico promueva la participación de la familia o de la persona cuidadora en las discusiones sobre el cuidado, siempre con el consentimiento de la persona con cáncer. Es recomendable abordar este aspecto desde el inicio de la enfermedad para brindar apoyo, facilitar la toma de decisiones y asegurar que los objetivos del tratamiento estén alineados con las necesidades y valores de la persona con cáncer.
ASCO_6.1	Cuando las familias no comparten un idioma común con el personal clínico, es necesario utilizar un mediador sociocultural en lugar de un intérprete familiar. Esto garantiza una comunicación precisa, minimiza malentendidos y respeta la privacidad y autonomía de la persona con cáncer en la toma de decisiones sobre su cuidado.
ASCO_8.1	Es necesario que el personal clínico aborde cada encuentro con una actitud de curiosidad y apertura, reconociendo que las personas con cáncer y sus familias, independientemente de su origen, pueden tener creencias, experiencias, conocimientos y expectativas distintas. Adoptar una perspectiva respetuosa y libre de prejuicios permite brindar una atención más personalizada, empática y culturalmente sensible.
ASCO_8.3	El personal clínico debe reconocer que las personas en situación de vulnerabilidad y exclusión social tienen una mayor probabilidad de haber experimentado interacciones negativas previas con el sistema de salud, como sentirse irrespetadas, alienadas o inseguras. Es fundamental adoptar un enfoque empático, equitativo y culturalmente sensible para reconstruir la confianza y garantizar una atención inclusiva y digna.
ESMO_2.2	El personal clínico debe realizar un seguimiento continuo de la persona con cáncer, prestando especial atención a los cambios en sus redes de apoyo y en su estado psicológico. Identificar de manera temprana los casos que requieran derivación a una atención especializada permite brindar intervenciones oportunas y mejorar la calidad del cuidado.
ASCO_3.3	Es necesario que el personal clínico presente las opciones de tratamiento de manera que preserve la esperanza de la persona con cáncer, fomente su autonomía y facilite una comprensión clara de las alternativas disponibles. Un enfoque transparente y empático contribuye a una toma de decisiones informada y alineada con los valores y deseos de la persona con cáncer.
ASCO_4.1	Se espera que el personal clínico emplee un marco organizado para facilitar una comunicación bidireccional efectiva con las personas con cáncer y sus familias sobre el cuidado al final de la vida. Esto garantiza un diálogo claro, respetuoso y alineado con las necesidades, valores y preferencias de la persona.

Tabla 9. Recomendaciones según el orden de importancia en el estudio Delphi de dos rondas	
ID recomendación	Contenido de la Recomendación
RS 2024_07	El personal clínico debe informar de manera clara y accesible sobre los posibles efectos secundarios de cada tratamiento, siempre que estos existan. Garantizar que la persona con cáncer comprenda estos efectos permite una toma de decisiones informada y una mejor preparación para el manejo de síntomas y ajustes en su calidad de vida.
RS 2024_08	Es importante que el personal clínico emplee declaraciones reflexivas y empáticas para validar las emociones de la persona con cáncer. Reconocer y responder con sensibilidad a sus sentimientos fortalece la relación terapéutica, fomenta la confianza y brinda un apoyo emocional adecuado durante el proceso de atención.
ASCO_2.3	El personal clínico debe proporcionar información de manera clara, directa y comprensible, evitando tecnicismos innecesarios. Adaptar el lenguaje a las necesidades de la persona con cáncer, lo cual facilita la comprensión, promueve la toma de decisiones informada y reduce la incertidumbre en el proceso de atención.
ASCO_9.1	Es necesario que el entrenamiento en habilidades de comunicación se fundamente en principios educativos sólidos e incorporar estrategias que prioricen la práctica activa y el aprendizaje experiencial. Esto incluye el uso de escenarios de juego de roles, la observación directa de encuentros con personas con cáncer y otras técnicas validadas que permitan desarrollar competencias comunicativas efectivas y empáticas en contextos clínicos reales.
ASCO_8.2	El personal clínico debe evitar hacer suposiciones sobre la orientación sexual y la identidad de género de las personas con cáncer. Es fundamental emplear un lenguaje inclusivo y no valorativo al tratar temas relacionados con la sexualidad y el comportamiento sexual, creando un espacio de comunicación seguro y respetuoso que acoja la diversidad de experiencias y realidades.
ASCO_4.5	El personal clínico debe identificar y recomendar recursos locales que brinden apoyo adecuado a las personas con cáncer, sus familias y seres queridos durante la transición al cuidado al final de la vida. Facilitar el acceso a estos servicios garantiza un acompañamiento integral, respetuoso y alineado con las necesidades de la persona y su entorno.
ESMO_1.2	El personal clínico debe desarrollar autoconciencia sobre sus propias motivaciones, creencias y actitudes hacia la muerte, así como reflexionar sobre cómo estas pueden influir en su relación con las personas con cáncer. Reconocer y gestionar estos factores de manera adecuada permite brindar un cuidado más empático, profesional y centrado en las necesidades de la persona.
ASCO_3.4	El personal clínico debe proporcionar a las personas con cáncer información clara y completa sobre todas las opciones de tratamiento, incluyendo ensayos clínicos y la posibilidad de un enfoque exclusivamente paliativo. Cuando sea apropiado, se debe discutir la integración de los cuidados paliativos junto con otros tratamientos. En caso de que existan ensayos clínicos disponibles, la conversación debe iniciarse con las opciones de tratamiento estándar y, posteriormente, explorar la posibilidad de participación en ensayos clínicos, siempre respetando el interés y la autonomía de la persona con cáncer.
ESMO_2.3	Durante las reuniones con familiares, el personal clínico debe abordar las dinámicas familiares que puedan afectar la adaptación de la persona con cáncer a la enfermedad y al tratamiento. Identificar y manejar estos factores de manera adecuada contribuye a mejorar el apoyo emocional, la toma de decisiones y la calidad del cuidado.

Tabla 9. Recomendaciones según el orden de importancia en el estudio Delphi de dos rondas	
ID recomendación	Contenido de la Recomendación
RS 2024_06	Resulta fundamental que el personal clínico identifique y maneje las barreras emocionales y contextuales que puedan influir en su desempeño profesional y en la relación con las personas con cáncer. Desarrollar estrategias de autoconocimiento y regulación emocional permite brindar una atención más empática, efectiva y centrada en las necesidades de la persona con cáncer.
ESMO_2.1	Cada miembro del equipo clínico debe proporcionar apoyo emocional a las personas con cáncer, ajustándose a sus necesidades individuales. Si bien los niveles de apoyo pueden variar según el rol de cada profesional, es fundamental garantizar un entorno de cuidado empático y contenedor a lo largo del proceso de la enfermedad.
ASCO_4.3	Es necesario que el personal clínico explore cómo la cultura, religión o sistema de creencias espirituales de las personas con cáncer influyen en su toma de decisiones y en sus preferencias de cuidado al final de la vida. Comprender estos aspectos permite ofrecer un acompañamiento respetuoso, personalizado y alineado con los valores del paciente.
RS 2024_12	Cuando aplica, el personal clínico debe iniciar conversaciones sobre los riesgos de infertilidad asociados con el tratamiento oncológico desde el momento del diagnóstico. Informar tempranamente a las personas con cáncer sobre sus opciones de preservación de la fertilidad permite una toma de decisiones informada y la posibilidad de acceder a intervenciones oportunas según sus deseos y planes futuros.
RS 2024_04	Previo consentimiento de la persona con cáncer, y cuando las circunstancias lo requieran, el personal clínico puede promover el desarrollo de habilidades de comunicación en familiares y personas cuidadoras, facilitando su participación activa en el proceso de cuidado. Asimismo, si la persona con cáncer lo desea, se puede facilitar la participación de otros miembros de la familia y agentes comunitarios de apoyo en las conversaciones clínicas, promoviendo así un entorno colaborativo y centrado en sus necesidades.

ASCO: American Society of Clinical Oncology; RS: Revisión Sistemática; ESMO: European Society for Medical Oncology.

5.2.4. Síntesis final del estudio Delphi de dos rondas

5.2.4.1. Síntesis narrativa de los resultados

A continuación, se presenta una síntesis de los hallazgos sobre la valoración de las recomendaciones dirigidas a mejorar la comunicación del personal clínico involucrado en el cuidado oncológico. Las recomendaciones priorizadas abordan aspectos fundamentales de la interacción clínica, desde la preparación previa a la primera consulta sobre el diagnóstico hasta el acompañamiento en la etapa final de la vida. Entre las recomendaciones consideradas más relevantes, se identifican áreas clave que requieren especial atención para optimizar la relación entre el personal clínico y las personas con cáncer. Uno de los aspectos más destacados es la preparación previa del personal clínico antes de la primera consulta, lo que implica recopilar información clínica y personal de la persona con cáncer para facilitar una comunicación empática y eficaz. Se enfatiza la importancia de transmitir información de manera clara y comprensible, adaptándola al nivel de alfabetización sanitaria de estas personas y sus familias, evitando tecnicismos innecesarios que puedan generar confusión o ansiedad. Además, el personal clínico debe ajustar la comunicación sobre el diagnóstico, el pronóstico y las opciones terapéuticas a las necesidades, valores y preferencias de cada persona, promoviendo así la confianza y la comprensión mediante un lenguaje claro, directo y accesible. También se subraya la necesidad de verificar constantemente la comprensión de la persona con cáncer, ya que esto es fundamental para la toma de decisiones informadas.

Asimismo, la capacidad de responder empáticamente a las emociones de la persona con cáncer, tanto verbal como no verbal, fue valorada como un elemento esencial para fortalecer la relación terapéutica y abordar situaciones de vulnerabilidad o negación. Se destacó la importancia de considerar los factores psicológicos y culturales que influyen en la percepción de la persona con cáncer, lo que permite una comunicación más personalizada. En este sentido, la formación en comunicación de malas noticias, inteligencia emocional y el manejo de las emociones propias y ajenas se identifican como pilares clave para mejorar la interacción con las personas con cáncer.

En cuanto al proceso de toma de decisiones compartida, se resalta la necesidad de integrar los valores y preferencias de las personas con cáncer en la planificación de su tratamiento. Esto implica promover conversaciones tempranas sobre cuidados al final de la vida, considerando cómo sus creencias culturales, religiosas y espirituales pueden influir en dichas decisiones. La incorporación de herramientas de apoyo para la toma de decisiones y materiales informativos pueden facilitar estos diálogos, promoviendo una reflexión conjunta que priorice la calidad de vida y reduzca el sufrimiento emocional. Este enfoque no sólo preserva la esperanza de la persona con cáncer, sino que también refuerza su sentido de control sobre la gestión de la enfermedad.

Otro aspecto clave identificado, es la integración de la familia en las discusiones clínicas. Sin embargo, esta inclusión debe realizarse con cautela, respetando las preferencias de la persona con cáncer y garantizando la confidencialidad. Paralelamente, se considera esencial el trabajo interdisciplinario entre el personal clínico para coordinar roles y esfuerzos, evitando duplicidades y asegurando una atención más efectiva y alineada con las necesidades de la persona con cáncer.

Por último, las recomendaciones resaltan la importancia del apoyo institucional en la mejora de la comunicación clínica. Se señala la necesidad de que los servicios de salud proporcionen al personal clínico claridad en la distribución de roles dentro del equipo, así como el tiempo y los recursos adecuados para reflexionar sobre sus experiencias y los desafíos emocionales de su práctica. Se sugiere la implementación de estrategias como la supervisión y apoyo del personal clínico en psico-oncología, la creación de espacios de intercambio entre diferentes profesionales que participan del cuidado oncológico y la formación continua en habilidades comunicativas, incluyendo el manejo de malas noticias, conversaciones emocionalmente complejas y el uso de herramientas de ayuda para mejorar la comunicación, así como el uso de simulaciones experienciales como recurso educativo para los/as

profesionales. Se destaca que esta formación continua, no solo podría mejorar la calidad de la interacción clínica, sino también prevenir el desgaste emocional del personal clínico.

5.3. Fase 3. Desarrollo de Guías de Comunicación Oncológica

5.3.1. Diseño y desarrollo

Las Guías de Comunicación en Oncología para el personal clínico fueron elaboradas mediante un proceso iterativo que combinó el análisis de modelos internacionales con un enfoque colaborativo adaptado al contexto local. En una primera fase, se generaron varios borradores preliminares basados en guías conversacionales utilizadas en otros países. A partir de estos, se identificaron y seleccionaron los elementos clave de cada modelo, lo que permitió consolidar un primer prototipo. Este fue posteriormente refinado y ampliado a través de múltiples ciclos de revisión en colaboración con el grupo de trabajo, hasta llegar a la versión final.

La maquetación de las guías se realizó utilizando la plataforma en línea Canva.com. Como paso inicial, se llevó a cabo un análisis detallado de tipografías y paletas cromáticas, procurando su alineación con la identidad visual de Guía Salud, con el fin de garantizar coherencia estética. Este documento inicia con una infografía inicial que resume sus secciones principales, y en el Anexo II del documento: Guía de comunicación en oncología (Página 64-65), se incorporan dos infografías complementarias relacionadas con temas específicos: una sobre la comunicación en pediatría (34,52,54) y otra sobre comunicación no verbal (25,55).

Se adoptó un enfoque gráfico que combina tablas e ilustraciones con un estilo tipo lápiz, desarrolladas por el equipo de ilustración. Estas imágenes se distribuyeron a lo largo del documento con el objetivo de reforzar su atractivo visual y mejorar la comprensión del contenido.

En cuanto a la organización temática, las recomendaciones se estructuran en dos grandes áreas. La primera, denominada **Aspectos Transversales**, reúne principios fundamentales aplicables a todas las fases del proceso de cuidado. Entre ellas se encuentran:

- **Información clara, empática y personalizada**, que asegura el derecho de las personas con cáncer a comprender su situación y las opciones terapéuticas disponibles.
- **Gestión emocional y empatía**, centrada en la sensibilidad y el apoyo emocional durante la interacción clínica.
- **Apoyo familiar y comunitario**, que destaca la importancia del entorno cercano en el proceso de atención.
- **Coordinación del equipo multidisciplinar**, que promueve la integración efectiva y coordinada de los distintos profesionales implicados en el cuidado oncológico.
- **Apoyo institucional**, orientado a garantizar recursos y formación continua para fortalecer las competencias comunicativas del personal clínico.

Estos componentes se articulan sobre un eje conceptual que los fundamenta y da coherencia: **la atención centrada en la persona y la toma de decisiones compartida**.

La segunda área temática, titulada **Durante el cuidado**, aborda las diferentes fases del proceso de cuidado en oncología e incluye cuatro categorías clave:

- **Inicio del cuidado**, que comprende los primeros contactos de la persona con cáncer con el sistema de salud.
- **Diagnóstico**, etapa en la que se destaca la importancia de transmitir información con claridad y sensibilidad.
- **Tratamiento**, etapa que requiere un acompañamiento continuo y una comunicación efectiva sobre las opciones terapéuticas.
- **Etapas avanzadas**, donde se enfatiza un enfoque centrado en el bienestar integral, incluyendo los cuidados paliativos y la calidad de vida.

Para cada estrategia presentada en las guías, se han incorporado algunos ejemplos de conversaciones, así como sugerencias de herramientas y materiales de apoyo, con la idea que, la guía sea no solo comprensible desde una perspectiva conceptual, sino también de utilidad práctica en el entorno clínico real.

Adicionalmente, se ha desarrollado un material complementario llamado: Guías de comunicación en oncología: Modelo de conversaciones, el cual propone ejemplos detallados que se corresponden a las distintas fases del proceso de cuidado, con el propósito de facilitar su aplicación por parte de los/as profesionales involucrados en el cuidado oncológico.

5.3.2. Revisión externa

Para garantizar la validez, relevancia y aplicabilidad de las Guías de Comunicación en Oncología, se llevó a cabo un proceso de revisión externa y refinamiento, en el que participaron tanto el grupo de trabajo como colaboradores/as externos, incluyendo expertos/as con experiencia en oncología en España. Este proceso tuvo como objetivo obtener perspectivas complementarias y asegurar que las guías respondieran de manera efectiva a las necesidades del personal clínico, así como a las de las personas con cáncer y sus familias.

5.3.2.1. Participantes en la revisión externa

En esta fase, se contó con la participación de dos grupos principales:

- **Equipo de trabajo:** Grupo formado por metodólogos/as y personal clínico. Este grupo asumió el proceso de evaluación del contenido y formato de la guía para revisar la claridad, coherencia y aplicabilidad de su contenido.
- **Colaboradores/as externos:** Un grupo diverso de colaboradores/as externos que incluyó representantes de sociedades científicas relevantes en el ámbito de la oncología, así como miembros de federaciones, asociaciones de personas con cáncer con experiencia en procesos oncológicos. Estos/as colaboradores/as externos fueron seleccionados por su experiencia y conocimientos en comunicación en oncología, así como por su conexión directa con las experiencias de las personas con cáncer.

5.3.3. Proceso de revisión y refinamiento

El proceso de revisión y refinamiento se desarrolló en varias etapas:

- **Presentación de las guías:** Se compartió la versión más reciente de las guías con los/as revisores/as (ver apartado "Participantes en la revisión externa"), junto con una explicación detallada sobre sus objetivos, estructura y contenido.
- **Recopilación de retroalimentación:** Se solicitó a los/as participantes que aportaran opiniones y sugerencias sobre la claridad, facilidad de uso y relevancia de las guías en diferentes entornos clínicos. También se les pidió que identificaran oportunidades de mejora en el formato y diseño.
- **Síntesis de la retroalimentación:** Se analizó la información recibida para identificar puntos críticos de mejora, lo que permitió determinar los ajustes necesarios para optimizar las guías.
- **Ajuste de las guías:** Con base en el análisis de la retroalimentación, el equipo de trabajo realizó modificaciones iterativas, priorizando aquellas que mejoraran su usabilidad y uso en la práctica clínica. Un ejemplo de los ajustes realizados fue el desarrollo del documento con los modelos de conversaciones entre el personal clínico y personas con cáncer, que ofrece ejemplos de preguntas frecuentes en el contexto oncológico según la fase de la enfermedad. Estos diálogos fueron redactados a partir de la evidencia disponible en la literatura, tanto en adultos como en menores de edad, con distintos tipos de cáncer.

5.3.4. Validación final:

Una vez implementadas las mejoras, se presentó la versión final de las guías a un grupo de colaboradores/as para validar que las modificaciones realizadas respondieran adecuadamente a las necesidades identificadas durante la fase de retroalimentación.

En el Anexo 13 se presenta una tabla de correspondencia que establece la relación entre el presente documento metodológico y las Guías de Comunicación en Oncología. El documento metodológico detalla exhaustivamente el proceso seguido en la elaboración de las Guías, desde su solicitud por parte del Ministerio de Sanidad y GuíaSalud, incluyendo el desarrollo participativo y las fases finales de diseño y montaje.

Figura 6. Proceso iterativo del desarrollo de las Guías de Comunicación Oncológica



A continuación, en la Figura 7, se presentan algunos ejemplos de contenido visual extraído de las guías, en los que se observa la estructura y disposición de la información.

Figura 7. Capturas de pantalla de las Guías de Comunicación Oncológica: Aspectos Transversales y Durante el Cuidado



DURANTE EL CUIDADO:



1. Inicio del cuidado

1

Antes de cada conversación, el personal clínico debe revisar el historial clínico de la persona con cáncer, definir los objetivos de la conversación y anticipar sus posibles necesidades, preocupaciones y respuestas, así como las de su familia.

Esta preparación facilita una comunicación más efectiva, centrada en la persona y sus circunstancias.⁴⁷

Estrategias

- Disponer de un lugar adecuado para la conversación y suficiente tiempo para ofrecer la información y responder a preguntas.
- Tener toda la información relevante (personal, familiar, laboral y clínica) que sea necesaria para llevar a cabo un encuentro efectivo.
- Seber quién debe estar presente en la conversación.
- Tener en mente de uno a tres objetivos o mensajes clave para la conversación.
- Anticipar las respuestas emocionales de las personas con cáncer y sus familiares.
- Anticipar preguntas que podrían surgir.
- Al inicio de la primera consulta, es fundamental que el personal clínico se presente. A continuación, se recomienda explorar cuáles son los objetivos que la persona con cáncer tiene para la consulta, así como indagar sobre las dudas, inquietudes o preocupaciones que pueda estar experimentando.

47. Recomendación U. Collipark et al., 2017 (5).

49

(continúa) Estrategias:

h. Preguntar si hay familiares que no pueden asistir a las reuniones en persona y explorar si están informados sobre las conversaciones entre el personal clínico y la persona con cáncer. Considerar ofrecer una vía alternativa de comunicación como teleconferencia.

i. Explorar si existen limitaciones financieras (para cubrir todas las fases del tratamiento o algún aspecto de la organización familiar).

(continúa) EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

“¿Está cómodo aquí? Tenemos todo el tiempo que necesitamos para hablar sobre su tratamiento y responder cualquier duda que tenga. ¿Le gustaría que dedicáramos más tiempo a alguno de los temas?”

“¿Hay algún miembro de su familia a ser querido que le gustaría que estuviera presente hoy para hablar sobre su tratamiento o hacer preguntas? Si no puede acompañarlo, podemos organizar una llamada telefónica o videollamada.”

“Si su pareja o algún otro familiar cercano no puede estar aquí hoy, ¿le gustaría recibir un resumen detallado de lo que discutimos? ¿Preferirían concertar una videollamada para hablar sobre el tratamiento en detalle?”

“¿Se que la carga de la enfermedad puede ser una preocupación? ¿Hay alguna dificultad financiera que debamos considerar para asegurarnos de que pueda acceder al tratamiento y al apoyo necesario? Podemos explorar opciones de asistencia si lo desea.”



50

(continúa) Estrategias:

- Evitar el uso de jerga (por ejemplo, “tasa de respuesta” o “resultado positivo de la prueba”) y explicar con un lenguaje sencillo siempre que se utilice terminología médica.
- Proporcionar información que sea relevante para lo que la persona con cáncer quiere saber y que esté alineada con sus objetivos.
- Evitar la sobrecarga de información, proporcionándola de forma gradual, según el ritmo y las necesidades de la persona con cáncer, y deteniéndose para verificar su comprensión.
- Verificar la comprensión utilizando el método de retroalimentación “teach back”⁴⁸ o contestar “talk back”⁴⁹.
- Asegurar a la persona con cáncer que estará disponible para responder preguntas en el futuro.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

“Tengo los resultados de las tomografías que le hicieran ayer y quería revisar los resultados con usted, si le parece bien.”

“Por favor, dígame lo que entiende (o lo que le han dicho) sobre por qué está en el hospital y lo que estamos haciendo para ayudarlo a mejorar.”

“¿Cuáles son las cosas que quiere asegurarse de que discutamos hoy?”

“En sus propias palabras, ¿qué significa esto para usted?”

“¿Qué le gustaría compartir con su familia sobre lo que hablamos?”



48-49 El método Teach Back es una estrategia de confirmación utilizada por los profesionales de salud para probar la comprensión del paciente, pidiéndole que repita la información proporcionada con sus propias palabras, con el fin de verificar el aprendizaje y corregir errores de comprensión. (McDermott et al., 2006) (5).

11

4. Información sobre diagnóstico y personalización para personas con cáncer

4

El personal clínico debe revisar periódicamente las metas, prioridades y el deseo de información de la persona con cáncer, especialmente ante cambios significativos en su plan de cuidado.

Esta reevaluación garantiza que la atención siga alineada con sus valores, necesidades y expectativas a lo largo del proceso.⁵⁰

Estrategias

- Los desencadenantes para dicha discusión incluyen el diagnóstico inicial, recada o progresión, cambio en el enfoque del tratamiento, cambio en las metas del cuidado y a solicitud de la persona con cáncer o su familia.
- Establecer un punto de partida para la conversación, pidiendo a la persona con cáncer que explique lo que entiende sobre su enfermedad, incluyendo su estado y el plan de tratamiento.
- Después de proporcionar a las personas con cáncer los resultados de las pruebas, el personal clínico puede considerar útil preguntarles “¿Le gustaría hablar sobre lo que esto significa?”

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

“Dado que hemos llegado a un momento importante en el tratamiento, me gustaría revisar conjuntamente los logros y prioridades. ¿Cómo se siente respecto a este cambio?”

“¿Hay algo que le gustaría que ajustáramos en su plan de tratamiento?”

“Antes de seguir adelante, me gustaría saber cómo está percibiendo este momento. ¿Qué sabe y qué piensa sobre su situación actual y el plan que estamos siguiendo?”

“Acabamos de recibir los resultados de las pruebas, y me gustaría saber si tiene preguntas o si hay algo que le gustaría discutir más a fondo. ¿Le gustaría hablar sobre lo que esto significa para su tratamiento y cómo puede afectar su vida?”

50. Recomendación U. Collipark et al., 2017 (5).

12

6. COMENTARIOS FINALES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

Los resultados obtenidos a partir de la revisión sistemática y del estudio Delphi han permitido identificar un conjunto de recomendaciones clave para fortalecer las habilidades comunicativas del personal clínico que participa del cuidado oncológico. Estas propuestas, consensuadas como prioritarias, tienen implicaciones significativas para la práctica clínica, al contribuir tanto a la mejora de la calidad asistencial como a la humanización de la atención a las personas con cáncer.

En primer lugar, adaptar la comunicación a las necesidades y preferencias de las personas con cáncer implica avanzar hacia un enfoque más personalizado. Este cambio requiere no solo mayor dedicación de dedicar más tiempo y formación al personal clínico, sino también una reconfiguración de los procesos asistenciales que favorezca consultas más profundas (a lo largo de varias consultas) y menos fragmentadas. Estrategias como la exploración de expectativas y conocimientos previos de las personas con cáncer o el establecimiento de una agenda compartida pueden facilitar un diálogo más orientado a los objetivos de ambas partes. Esta transformación plantea desafíos en la gestión del tiempo en consulta, lo que podría requerir ajustes en la carga asistencial y en la estructura organizativa para priorizar interacciones más significativas.

Asimismo, la necesidad de programas de formación en habilidades comunicativas refuerza la importancia de un aprendizaje continuo en el ámbito de la oncología. Fomentar una mayor sensibilidad hacia aspectos emocionales y culturales no solo a la persona con cáncer, sino que también protege el bienestar del personal clínico, dotándolo de herramientas para afrontar situaciones emocionalmente complejas y reducir el impacto del estrés en su desempeño. Sin embargo, la implementación efectiva de estos programas depende de una inversión sostenida en recursos y en la capacitación de formadores/as especializados/as, lo que representa un desafío institucional importante.

Desde una perspectiva ética y organizativa, las recomendaciones también revisten gran relevancia. Asegurar una documentación clara de las discusiones clínicas contribuye a la continuidad del cuidado, fortalece la responsabilidad ética y legal del equipo asistencial, y permite a las personas con cáncer realizar un seguimiento más informado de su proceso de cuidado. De igual manera, una asignación precisa de roles dentro del equipo asistencial previene solapamientos y garantiza que las personas con cáncer cuenten con un referente claro, fortaleciendo la confianza en el sistema sanitario.

Por último, el énfasis en la empatía y en una respuesta adecuada a las emociones de la persona con cáncer plantea un reto constante: encontrar el equilibrio entre la humanización del cuidado y la necesidad de mantener una perspectiva clínica objetiva. En este sentido, el respaldo institucional al personal clínico resulta crucial, no solo mediante la oferta de formación continua en comunicación clínica, sino también creando entornos laborales que prevengan el riesgo de agotamiento emocional y fomenten una cultura de autocuidado.

Limitaciones y fortalezas metodológicas

Una de las principales limitaciones metodológicas de este estudio radica en el criterio específico para el apartado del diseño, centrado en la inclusión de revisiones sistemáticas, otro tipo de revisiones (narrativas, de alcance, revisiones de revisiones), guías de práctica clínica y documentos de consenso. Este criterio de selección, aunque orientado a garantizar un elevado nivel de evidencia en las recomendaciones, implicó la exclusión de numerosos estudios primarios (observacionales y cualitativos) que aportaban información relevante para el análisis, especialmente en un ámbito influido por factores contextuales como es la comunicación en el cuidado oncológico.

Para mitigar esta limitación, en algunas recomendaciones se integraron, de forma complementaria, referencias a estudios con diseños distintos no incluidos en la revisión sistemática,

cuya contribución permitió enriquecer el análisis y aportar una visión más completa y aplicada de las buenas prácticas comunicativas en este ámbito.

Adicionalmente, dado que no se pudo incluir ningún estudio realizado en España, se decidió que todas las recomendaciones y estrategias propuestas fueran revisadas por un grupo de trabajo multidisciplinar compuesto por profesionales sanitarios y expertos pertenecientes a diversas sociedades científicas y asociaciones de pacientes. Esta revisión garantizó la adecuación al contexto clínico español y la pertinencia de las recomendaciones, estrategias y ejemplos incluidos, lo que constituye una de las principales fortalezas de este estudio.

7. CONCLUSIONES

Las áreas temáticas abordadas en las recomendaciones priorizadas evidencian la necesidad de promover una comunicación en oncología que sea clara, empática y personalizada, integrando activamente las perspectivas de las personas con cáncer, sus familias y el equipo interdisciplinario. Estas recomendaciones resaltan la importancia de equilibrar la transmisión de información técnica con el apoyo emocional, promoviendo así un enfoque de atención verdaderamente centrado en la persona.

Para su implementación efectiva, resulta esencial fomentar iniciativas de formación continua, desarrollar recursos de apoyo específicos y establecer protocolos que formalicen estas prácticas como estándares entre el personal clínico de todas las áreas implicadas en el cuidado oncológico. Solo mediante un esfuerzo coordinado y sostenido será posible optimizar la calidad de la comunicación en este ámbito, fortaleciendo la relación terapéutica y mejorando la experiencia asistencial de las personas con cáncer.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rosa WE, Levoy K, Doyon K, McDarby M, Ferrell BR, Parker PA, et al. Integrating evidence-based communication principles into routine cancer care. *Support Care Cancer*. octubre de 2023;31(10):566.
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. mayo de 2021;71(3):209-49.
3. Rodin G, Mackay JA, Zimmermann C, Mayer C, Howell D, Katz M, et al. Clinician-patient communication: a systematic review. *Support Care Cancer*. junio de 2009;17(6):627-44.
4. Graetz DE, Caceres-Serrano A, Radhakrishnan V, Salaverria CE, Kambugu JB, Sisk BA. A proposed global framework for pediatric cancer communication research. *Cancer*. 15 de mayo de 2022;128(10):1888-93.
5. Sisk BA, Mack JW, Ashworth R, DuBois J. Communication in pediatric oncology: State of the field and research agenda. *Pediatr Blood Cancer*. enero de 2018;65(1):e26727.
6. Kissane DW, Bultz BD, Butow PN, Bylund CL, Noble S, Wilkinson S. *Oxford Textbook of Communication in Oncology and Palliative Care*. New York, NY; 2017. 456 p.
7. Brown O, Ham-Baloyi W ten, van Rooyen DR, Aldous C, Marais LC. Culturally competent patient-provider communication in the management of cancer: An integrative literature review. *Glob Health Action*. 30 de noviembre de 2016;9:10.3402/gha.v9.33208.
8. Lundebj T, Finset A, Kaasa S, Wester TE, Hjermsstad MJ, Dajani O, et al. A complex communication skills training program for physicians providing advanced cancer care - content development and barriers and solutions for implementation. *J Commun Healthc*. marzo de 2023;16(1):46-57.
9. Svarovsky T. Having Difficult Conversations: The Advanced Practitioner's Role. *J Adv Pract Oncol*. 2013;4(1):47-52.
10. Baxter R, Fromme EK, Sandgren A. Patient Identification for Serious Illness Conversations: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 31 de marzo de 2022;19(7):4162.
11. Pene CTH, Kissane D. Communication in cancer: its impact on the experience of cancer care: communicating with the angry patient and the patient in denial. *Curr Opin Support Palliat Care*. marzo de 2019;13(1):46.
12. Lafata JE, Shay LA, Winship JM. Understanding the influences and impact of patient-clinician communication in cancer care. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. diciembre de 2017;20(6):1385-92.
13. Stiefel F, Barth J, Bensing J, Fallowfield L, Jost L, Razavi D, et al. Communication skills training in oncology: a position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*. febrero de 2010;21(2):204-7.

14. Instituto Nacional del Cáncer (NIH). Comunicación en la atención del cáncer (PDQ®) [Internet]. 2009 [citado 22 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/sobrellevar/adaptacion-al-cancer/comunicacion-pro-pdq>
15. ARIADNE LABS. Serious Illness Conversation Guide [Internet]. 2024. Disponible en: <https://www.ariadnelabs.org/serious-illness-care/>
16. Mary Tinetti, Aanand Naik, Lilian Dindo. Conversation Guide and Manual Identifying Patients' Health Priorities, la Serious Illness Conversation Guide. 2019.
17. Stacey D, Volk RJ, for the IPDAS Evidence Update Leads (Hilary Bekker, Karina Dahl Steffensen, Tammy C. Hoffmann, Kirsten McCaffery, Rachel Thompson, Richard Thomson, Lyndal Trevena, Trudy van der Weijden, and Holly Witteman). The International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration: Evidence Update 2.0. Med Decis Making. octubre de 2021;41(7):729-33.
18. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. Patient Educ Couns. marzo de 2009;74(3):295-301.
19. 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. The Oncologist. 1 de agosto de 2000;5(4):302-11.
20. Comskil: Communication Skills Training Program & Research Laboratory | Memorial Sloan Kettering Cancer Center [Internet]. [citado 13 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.mskcc.org/hcp-education-training/communication-skills-research>
21. Bloom JR, Marshall DC, Rodriguez-Russo C, Martin EJ, Jones JA, Dharmarajan KV. Prognostic disclosure: A scoping review on communication guidelines and their application in oncology. J Clin Oncol. 20 de mayo de 2021;39(15_suppl):e24107-e24107.
22. Bloom JR, Marshall DC, Rodriguez-Russo C, Martin E, Jones JA, Dharmarajan KV. Prognostic disclosure in oncology - current communication models: a scoping review. BMJ Support Palliat Care. junio de 2022;12(2):167-77.
23. Høeg BL, Sevillano PB, Enesco I, Wakefield CE, Larsen HB, Bidstrup PE. Child-centered communication interventions in pediatric oncology: A scoping review and proposed new communication model. Pediatr Blood Cancer. septiembre de 2023;70(9):e30533.
24. Sisk BA, Mack JW, DuBois J. Knowing versus doing: The value of behavioral change models for emotional communication in oncology. Patient Educ Couns. diciembre de 2019;102(12):2344-8.
25. Gilligan T, Coyle N, Frankel RM, Berry DL, Bohlke K, Epstein RM, et al. Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline. J Clin Oncol. noviembre de 2017;35(31):3618-32.
26. Stiefel F, Bourquin C, Salmon P, Achtari Jeanneret L, Dauchy S, Ernstmann N, et al. Communication and support of patients and caregivers in chronic cancer care: ESMO Clinical Practice Guideline. ESMO Open. julio de 2024;9(7):103496.

27. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol.* septiembre de 2021;74(9):790-9.
28. Elwyn G. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. *BMJ.* 26 de agosto de 2006;333(7565):417-0.
29. Ward MK, Meade AW. Dealing with Careless Responding in Survey Data: Prevention, Identification, and Recommended Best Practices. *Annu Rev Psychol.* 18 de enero de 2023;74(1):577-96.
30. R: The R Project for Statistical Computing [Internet]. [citado 13 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.r-project.org/>
31. Feraco AM, Brand SR, Mack JW, Kesselheim JC, Block SD, Wolfe J. Communication Skills Training in Pediatric Oncology: Moving Beyond Role Modeling. *Pediatr Blood Cancer.* junio de 2016;63(6):966-72.
32. Hong YA, Hossain MM, Chou WS. Digital interventions to facilitate patient-provider communication in cancer care: A systematic review. *Psychooncology.* abril de 2020;29(4):591-603.
33. Kaye EC, Cannone D, Snaman JM, Baker JN, Spraker-Perlman H. The state of the science for communication training in pediatric oncology: A systematic review. *Pediatr Blood Cancer.* octubre de 2020;67(10):e28607.
34. Kaye EC, Snaman JM, Johnson L, Levine D, Powell B, Love A, et al. Communication with Children with Cancer and Their Families Throughout the Illness Journey and at the End of Life. En: Wolfe J, Jones BL, Kreicbergs U, Jankovic M, editores. *Palliative Care in Pediatric Oncology* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2018 [citado 16 de enero de 2025]. p. 55-93. Disponible en: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-61391-8_4
35. Martin EJ, Rich SE, Jones JA, Dharmarajan KV. Communication skill frameworks: applications in radiation oncology. *Ann Palliat Med.* julio de 2019;8(3):293-304.
36. Roy M, Ramchandran K. Symptom relief and palliative care in gynecologic oncology. *Curr Opin Obstet Gynecol.* febrero de 2020;32(1):65-75.
37. Saeed H, Wallner PE, Bates JE, Chundury A, Freedman LM, Mitin T, et al. ACR–ARS Practice Parameter for Communication: Radiation Oncology. *Am J Clin Oncol.* mayo de 2024;47(5):210-6.
38. Winner M, Wilson A, Ronnekleiv-Kelly S, Smith TJ, Pawlik TM. A Singular Hope: How the Discussion Around Cancer Surgery Sometimes Fails. *Ann Surg Oncol.* enero de 2017;24(1):31-7.
39. Chittem M, Maya S, Chawak S. Nondisclosure of a cancer diagnosis and prognosis: Recommendations for future research and practice. *Indian J Cancer.* 2021;58(2):158.
40. Alves CGB, Treister NS, Ribeiro ACP, Brandão TB, Tonaki JO, Lopes MA, et al. Strategies for communicating oral and oropharyngeal cancer diagnosis: why talk about it? *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* abril de 2020;129(4):347-56.
41. Stiefel F, Kiss A, Salmon P, Peters S, Razavi D, Cervantes A, et al. Training in communication of oncology clinicians: a position paper based on the third consensus meeting among European experts in 2018. *Ann Oncol.* octubre de 2018;29(10):2033-6.

42. Stiefel F, De Vries M, Bourquin C. Core components of Communication Skills Training in oncology: A synthesis of the literature contrasted with consensual recommendations. *Eur J Cancer Care (Engl)*. julio de 2018;27(4):e12859.
43. De Vries AMM, De Roten Y, Meystre C, Passchier J, Despland J -N., Stiefel F. Clinician characteristics, communication, and patient outcome in oncology: a systematic review. *Psychooncology*. abril de 2014;23(4):375-81.
44. Mulder RL, Font-Gonzalez A, Van Dulmen-den Broeder E, Quinn GP, Ginsberg JP, Loeffen EAH, et al. Communication and ethical considerations for fertility preservation for patients with childhood, adolescent, and young adult cancer: recommendations from the PanCareLIFE Consortium and the International Late Effects of Childhood Cancer Guideline Harmonization Group. *Lancet Oncol*. febrero de 2021;22(2):e68-80.
45. Skovlund PC, Ravn S, Seibaek L, Thaysen HV, Lomborg K, Nielsen BK. The development of PROmunication: a training-tool for clinicians using patient-reported outcomes to promote patient-centred communication in clinical cancer settings. *J Patient-Rep Outcomes*. diciembre de 2020;4(1):10.
46. Van Beusekom MM, Cameron J, Bedi C, Banks E, Humphris G. Communication skills training for the radiotherapy team to manage cancer patients' emotional concerns: a systematic review. *BMJ Open*. abril de 2019;9(4):e025420.
47. Berg MN, Ngune I, Schofield P, Grech L, Juraskova I, Strasser M, et al. Effectiveness of online communication skills training for cancer and palliative care health professionals: A systematic review. *Psychooncology*. septiembre de 2021;30(9):1405-19.
48. Licqurish SM, Cook OY, Pattuwage LP, Saunders C, Jefford M, Koczwara B, et al. Tools to facilitate communication during physician-patient consultations in cancer care: An overview of systematic reviews. *CA Cancer J Clin*. noviembre de 2019;69(6):497-520.
49. Primeau C, Chau M, Turner MR, Paterson C. Patient Experiences of Patient–Clinician Communication Among Cancer Multidisciplinary Healthcare Professionals During “Breaking Bad News”: A Qualitative Systematic Review. *Semin Oncol Nurs*. agosto de 2024;40(4):151680.
50. Lim RBL. End-of-life care in patients with advanced lung cancer. *Ther Adv Respir Dis*. octubre de 2016;10(5):455-67.
51. Hong SJ. Uncertainty in the Process of Communicating Cancer-related Genetic Risk Information with Patients: A Scoping Review. *J Health Commun*. 3 de marzo de 2020;25(3):251-70.
52. Graetz DE, Garza M, Rodriguez-Galindo C, Mack JW. Pediatric cancer communication in low- and middle-income countries: A scoping review. *Cancer*. diciembre de 2020;126(23):5030-9.
53. Rodenbach RA, Rodenbach KE, Tejani MA, Epstein RM. Relationships between personal attitudes about death and communication with terminally ill patients: How oncology clinicians grapple with mortality. *Patient Educ Couns*. marzo de 2016;99(3):356-63.
54. Dobrozi S, Trowbridge A, Mack JW, Rosenberg AR. Effective Communication for Newly Diagnosed Pediatric Patients With Cancer: Considerations for the Patients, Family Members, Providers, and Multidisciplinary Team. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. mayo de 2019;(39):573-81.

55. Guetterman TC, Sakakibara R, Baireddy S, Babchuk WA. Incorporating verbal and nonverbal aspects to enhance a model of patient communication in cancer care: A grounded theory study. *Cancer Med.* julio de 2024;13(14):e70010.

9. ANEXOS

Anexo 1. Formulario de declaración de intereses y compromisos de confidencialidad

Para garantizar la independencia y la transparencia, los destinatarios de los documentos e informes elaborados por las agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias deben conocer las relaciones que los autores/as y otras personas que intervienen en los equipos de desarrollo de un proyecto mantienen con la industria sanitaria¹ y con sociedades e instituciones científicas.

Se entiende por conflicto de interés el hecho de que un/a profesional, o la institución/instituciones que desarrollan su actividad, tengan relaciones personales, familiares o financieras que condicionen su colaboración. El grado de conflicto de interés es variable y, por tanto, es importante la declaración de cualquier interacción que pueda influir en la objetividad de su trabajo.

A continuación, se presenta el formulario de declaración de intereses y el documento de aceptación y compromiso de confidencialidad. Con esta declaración se pretende hacer explícito el conflicto de interés.

Introduzca sus datos personales, así como su implicación en el producto:

Nombre del producto:
Guías comunicacionales: Habilidades de comunicación de los profesionales sanitarios que atienden a personas con cáncer y el proceso de información al paciente
Nombre y apellidos de la persona declarante:
NIF:
Dirección:
Teléfono de contacto:
Empresa/Organización/Sociedad:
Por favor, marque cuál será su implicación en el producto:
☐ Autor/a
☐ Asesor/a
☐ Revisor/a
☐ Peticionario/a
☐ Panelista
☐ Colaborador/a en la priorización de variables
☐ Otras: Especificar:

¹ Se entiende por industria sanitaria: compañías, sociedades o particulares que están implicados en la fabricación, venta o suministro de las tecnologías médicas, entendiendo por éstas tanto los equipos, aparatos médicos y fármacos, como cualquier tipo de intervención sanitaria ya sea diagnóstica, terapéutica, paliativa, rehabilitadora u organizativa, o asociaciones que representan a las compañías implicadas en estos productos.

Tipo de interés

Intereses mayores: los intereses mayores son los conflictos de interés considerados de importancia relevante que pueden influir en la objetividad de su participación. Por este motivo, en caso de que usted declare uno o más de los siguientes su participación será declinada:

- a. Usted es el/la investigador/a principal, o ha contribuido significativamente en el diseño de un estudio patrocinado por la industria sanitaria¹, cuyo objetivo sea evaluar la seguridad, eficacia, efectividad o utilidad de la tecnología objeto de estudio, o bien de un comparador, o de una tecnología relacionada (por ejemplo, dirigida a la misma indicación) en desarrollo.
- b. Usted realiza tareas de consultoría o asesoramiento relacionadas con la tecnología objeto de estudio, un comparador o una tecnología relacionada en fase de desarrollo.
- c. Usted es empleado/a en una empresa que produce, da asesoramiento o consultoría, lleva a cabo ensayos clínicos, o pertenece a un grupo de presión (lobby group) relevante, en relación con la tecnología objeto de estudio, un comparador o una tecnología relacionada en fase de desarrollo.
- d. Usted es actualmente miembro de una asociación / organización financiada principalmente por la industria (> 40% de la financiación).
- e. Usted recibe financiación por parte de la industria o grupos de presión (lobby groups) para investigación relacionada con la tecnología objeto de estudio, un comparador o una tecnología relacionada en fase de desarrollo.
- f. Usted tiene actualmente un interés financiero (acciones o similares) en relación con la industria que produce la tecnología objeto de estudio, un comparador, una tecnología relacionada en fase de desarrollo, o en las industrias del sector.
- g. Usted se beneficia o se ha beneficiado en los últimos 3 años, en dos o más ocasiones y por parte de la misma compañía, de ayudas económicas para viajes, inscripciones en congresos, o bien honorarios para la realización de presentaciones relacionadas con la tecnología objeto de estudio, un comparador, o una tecnología relacionada en desarrollo, o para asistir a congresos o reuniones patrocinadas únicamente por una compañía relacionada con la tecnología a estudiar, un comparador, o una tecnología relacionada en fase de desarrollo.
- h. Usted es un/a participante activo/a en un comité científico, comité de diálogos tempranos, o similar relacionados con la tecnología a estudiar para la misma indicación que se aborda en el informe de evaluación a elaborar.

1- ¿Declara usted que tiene uno o más conflictos de interés mayores?		
Sí		
No		
2- En caso afirmativo, por favor indique cuál de los conflictos de interés listados anteriormente presenta:		
a.		
b.		
c.		
d.		
e.		
f.		
g.		
h.		
3- Intereses menores:		
Los intereses menores son los conflictos no clasificados en ninguno de los grupos anteriores (conflictos mayores) y que, por tanto, su influencia en la objetividad es baja. Sin embargo, estos deben ser evaluados. Por favor, en caso de que usted considere que presenta un conflicto de interés menor declárelo a continuación:		
Detalle/s del/los conflicto/s de interés	Institución	Año
4- En caso de que haya contestado afirmativamente a la pregunta anterior sobre los conflictos de interés menores, piensa que estos intereses condicionan su participación en este documento / informe?		
Sí		
No		
5- En caso de que haya contestado negativamente a la pregunta anterior (4), indique por favor los motivos por los que así lo considera.		
6- Está de acuerdo en colaborar en el desarrollo de este informe / documento? (en caso de participar como revisor/a, no responder esta pregunta)		
Sí		
No		

Guías conversacionales en oncología

Todos/as los/las profesionales implicados/as en el documento deben proporcionar una declaración formal de intereses² antes de su participación en el trabajo de carácter obligatorio. Se consignarán las situaciones de conflicto generadas en el momento de la revisión y los últimos 3 años anterior a la fecha de la declaración. Esta declaración será vigente durante el periodo temporal en el que se desarrolle la actividad acordada previamente o durante un periodo máximo de 3 años. Cualquier cambio que contradiga o pueda modificar esta declaración deberá notificarse.

Los conflictos de interés especificados en este documento podrán ser divulgados de manera resumida en un anexo del informe / producto para favorecer la transparencia del mismo. Si no puede o no quiere revelar los detalles de un interés, se entenderá que presenta un conflicto mayor y por este motivo su participación será declinada.

La elaboración de este informe estará regida por el rigor en la evaluación del conocimiento disponible, la participación de todos los agentes interesados y la neutralidad y transparencia del proceso de participación; asegurando el tratamiento confidencial de la información que así lo requiera. Las posibles discrepancias quedarán reflejadas en el documento final, asumiéndose que cualquier tipo de

Mediante la firma del presente documento, entiendo, acepto y declaro que:

Me comprometo a mantener y tratar toda la información y documentación que reciba, así como los resultados del proceso de colaboración y / o revisión, de manera confidencial.

Es mi responsabilidad ética y legal respetar y mantener la confidencialidad de todas las discusiones y deliberaciones del grupo de trabajo y de cualquier otra información generada en relación con el proceso de colaboración y / o revisión del informe / producto de evaluación de tecnologías.

He leído y he entendido la información anterior y expreso mi acuerdo para el cumplimiento de los términos anteriores y confirmo que he proporcionado todos los detalles requeridos de manera veraz.

Firma: Fecha:

Por favor, devuelva el documento firmado y escaneado, o firmado digitalmente
Muchas gracias por su colaboración.

Servicio de Evaluación y Planificación. Dirección del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Web: www.sescs.es

² Información básica de protección de datos

Información básica sobre protección de datos Identificación del tratamiento: Formulario de declaración de intereses y compromiso de confidencialidad.

Responsable del tratamiento: Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud, SESCO. Camino Candelaria s/n Nº 44, 1ª planta. 38109 - El Rosario, Santa Cruz de Tenerife.

Finalidad: valorar la existencia de conflicto de intereses.

Legitimación: La base jurídica del tratamiento es la ejecución de un contrato en que el interesado es parte y, específicamente valorar la existencia de conflicto de intereses. Los datos se conservarán durante los plazos de conservación y de prescripción de responsabilidades legalmente previstas.

Destinatarios: El SESCO publicará la declaración de conflicto de interés de los participantes. Sin embargo, el SESCO podrá compartir información con las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias.

Derechos de las personas interesadas: Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación del tratamiento, oposición o portabilidad de datos, dirigiéndose a: dpd.scs@gobiernodecanarias.org En todo caso, puede ejercer su derecho a presentar una reclamación ante la Delegación de protección de datos de la Secretaría General del Servicio Canario de la Salud.

Anexo 2 Recomendaciones de estrategias de ASCO

Pregunta clínica	Recomendación	Estrategias
1 - ¿Qué habilidades y tareas de comunicación esenciales se aplican en cada visita, a lo largo del continuo de la atención del cáncer?	Recomendación 1.1 Antes de cada conversación, el personal clínico debe revisar el historial clínico de la persona con cáncer, definir los objetivos de la conversación y anticipar sus posibles necesidades, preocupaciones y respuestas, así como las de su familia. Esta preparación facilita una comunicación más efectiva, centrada en la persona y sus circunstancias.	a. Disponer de un lugar adecuado para la conversación y suficiente tiempo para ofrecer la información y responder a preguntas. b. Tener toda la información relevante (personal, familiar, laboral y clínica) que sea necesaria para llevar a cabo un encuentro efectivo. c. Saber quién debe estar presente en la conversación. d. Tener en mente de uno a tres objetivos o mensajes clave para la conversación. e. Anticipar las respuestas emocionales de las personas con cáncer y sus familiares. f. Anticipar preguntas que podrían surgir. g. Al inicio de la primera consulta, es fundamental que el personal clínico se presente. A continuación, se recomienda explorar cuáles son los objetivos que la persona con cáncer tiene para la consulta, así como indagar sobre las dudas, inquietudes o preocupaciones que pueda estar experimentando. h. Preguntar si hay familiares que no pueden asistir a las reuniones en persona y explorar si están informados/as sobre las conversaciones entre el personal clínico y la persona con cáncer. Considerar ofrecer una vía alternativa de comunicación como teleconferencia. i. Explorar si existen necesidades sociales que puedan afectar al tratamiento o a la organización familiar, incluyendo aspectos laborales, económicos y de apoyo en el entorno familiar.

Pregunta clínica	Recomendación	Estrategias
	Recomendación 1.2 Al inicio de las conversaciones con la persona con cáncer, el personal clínico debe explorar su nivel de comprensión sobre la enfermedad y establecer una agenda en conjunto. Para ello es importante preguntar a la persona con cáncer y su familia, qué aspectos desean abordar para que, junto con el personal clínico, se pueda buscar un acuerdo sobre los temas a tratar.	a. Utilizar preguntas abiertas para alentar a las personas con cáncer a compartir lo que es importante para ellas y explorar su conocimiento y percepciones sobre la enfermedad o el tratamiento. b. Valorar el uso de herramientas previas a la consulta, como: cuestionarios de resultados informados por las personas con cáncer (patient reported outcomes), intervenciones de preparación previa (previsit coaching) y listas de preguntas sugeridas (question prompt lists).
	Recomendación 1.3 Durante las consultas, el personal clínico debe adoptar prácticas que promuevan activamente la confidencialidad, refuercen la confianza de la persona con cáncer y fomenten una colaboración efectiva. Crear un ambiente seguro y respetuoso es esencial para facilitarle una comunicación abierta y una toma de decisiones compartida.	a*. Se debe asegurar que el espacio en el que se proporciona la información cumpla con las condiciones necesarias de privacidad y confort. Esto implica garantizar la privacidad acústica y visual, evitando interrupciones, ruidos u otros elementos que puedan distraer, incomodar o dificultar la conversación. b. El profesional debe presentarse a sí mismo/a y su papel en el cuidado de la persona con cáncer. c. Sentarse. d. Ser amable pero no excesivamente informal. e. Participar en la escucha reflexiva. f. Buscar el contacto visual. g. Mantener una actitud calmada. h. Mostrar interés en conocer a la persona con cáncer y explorar, en función de su receptividad, cómo era su vida antes del diagnóstico de cáncer y cómo el cáncer ha cambiado su vida. i. Preguntar a la persona con cáncer y a su familia cómo están afrontando la situación y explorar su estado emocional. j. Debe ser una persona honesta, genuina y respetuosa. k. Evitar la sensación de no disponer de tiempo; evitar dar la sensación de tener prisa.

Pregunta clínica	Recomendación	Estrategias
		* Nota: Esta sugerencia ha sido añadida por el equipo redactor de la guía española y no forma parte de las recomendaciones originales de la Guía de ASCO, Gilligan et al., 2017.
	Recomendación 1.4 El personal clínico debe brindar información, adaptándola a las preocupaciones y preferencias de la persona con cáncer. Tras proporcionar dicha información, es fundamental verificar su comprensión y documentar las discusiones relevantes en la historia clínica para garantizar un adecuado seguimiento.	a. Evitar retrasos innecesarios en la provisión de información. b. Comunicarse con diferentes profesionales del equipo oncológico y otros involucrados en el cuidado de la persona con cáncer para que reciba recomendaciones e información coherentes. El personal clínico puede tener desacuerdos legítimos entre sí, pero las diferencias de opinión deben explicarse y se debe ayudar activamente a las personas con cáncer a procesar e interpretar las recomendaciones divergentes. c. Priorizar la comunicación de información sobre su enfermedad de forma presencial con la persona con cáncer. Consensuar otros medios de comunicación con la persona con cáncer. d. Orientar a la persona con cáncer, si es necesario, para asegurarse de que entienda lo que se va a discutir y por qué. e. Informarse sobre el nivel de comprensión y las preocupaciones de la persona con cáncer, preguntándole qué sabe sobre su situación y qué quiere saber. f. Usar un lenguaje claro adaptado al nivel educativo de la persona con cáncer. La persona puede tener un alto nivel educativo, pero aun así tener baja alfabetización en salud. g. Evitar el uso de jerga (por ejemplo, "tasa de respuesta" o "resultado positivo de la prueba") y explicar con un lenguaje sencillo siempre que se utilice terminología médica. h. Proporcionar información que sea relevante para lo que la persona con cáncer quiere saber y que esté alineada con sus objetivos.

Pregunta clínica	Recomendación	Estrategias
		i. Evitar la sobrecarga de información, proporcionándola de forma gradual, según el ritmo y las necesidades de la persona con cáncer, y deteniéndose para verificar su comprensión. j. Verificar la comprensión utilizando el método de retroalimentación "teach back" o contestar "talk back". k. Asegurar a la persona con cáncer que estará disponible para responder preguntas en el futuro.
	Recomendación 1.5 Cuando las personas con cáncer expresen emociones, ya sea de manera verbal o no verbal, el personal clínico debe responder con empatía, demostrando comprensión y apoyo para fortalecer la relación terapéutica y brindar un cuidado centrado en la persona con cáncer.	a. Reconocer y nombrar las emociones. b. Usar afirmaciones de apoyo y de colaboración. c. Tener cuidado al proporcionar información cuando las personas con cáncer están en una situación de mayor vulnerabilidad emocional. Cuando experimentan una alta intensidad emocional, a menudo tienen dificultad para absorber y procesar información. d. Preguntar a las personas con cáncer sobre qué cuestiones le preocupan más y explorar qué puede estar en la base de sus emociones.
2 - ¿Qué habilidades y tareas de comunicación pueden usar el personal clínico al discutir los objetivos del cuidado y el pronóstico?	Recomendación 2.1 Es importante que el personal clínico ofrezca información diagnóstica y pronóstica adaptada a las necesidades de la persona con cáncer, transmitiendo esperanza y seguridad sin generar falsas expectativas.	a. Al discutir el estado de la enfermedad y la historia del tratamiento, evaluar la comprensión de la persona con cáncer sobre su estado de enfermedad, pronóstico y los efectos de cualquier tratamiento hasta la fecha; las metas del cuidado y sus preferencias de tratamiento; y cómo los objetivos del cuidado se relacionan con los objetivos de vida, actividades de la vida diaria y calidad de vida. b. Determinar si la persona con cáncer está preparada para recibir información explícita, si tiene dudas o no desea recibir información. Para las personas con cáncer que tienen dudas, es útil hablar sobre los beneficios de estar bien informados/as. Para quienes prefieren no hablar sobre el estado de la enfermedad y el plan de tratamiento, se puede

Pregunta clínica	Recomendación	Estrategias
		acordar (con su consentimiento) hablar del tema más adelante o tratarlo con sus familiares. c. Es importante identificar si los familiares están involucrados/as en el cuidado de la persona con cáncer, si están de acuerdo con las decisiones tomadas respecto al tratamiento y si pueden constituirse en una fuente de apoyo. d. Un ejemplo de proporcionar esperanza podría ser asegurar a la persona con cáncer que, como su personal clínico, harás todo lo posible para ayudarla a obtener el mejor resultado posible. Los comportamientos de comunicación que facilitan la esperanza incluyen replantear y no abandono.
	Recomendación 2.2 El personal clínico debe revisar periódicamente las metas, prioridades y el deseo de información de la persona con cáncer, especialmente ante cambios significativos en su plan de cuidado. Esta reevaluación garantiza que la atención siga alineada con sus valores, necesidades y expectativas a lo largo del proceso.	a. Los desencadenantes para dicha discusión incluyen el diagnóstico inicial, recaída o progresión, cambio en el enfoque del tratamiento, cambio en las metas del cuidado y a solicitud de la persona con cáncer o su familia. b. Establecer un punto de partida para la conversación, pidiendo a la persona con cáncer que explique lo que entiende sobre su enfermedad, incluyendo su estado y el plan de tratamiento. c. Después de proporcionar a las personas con cáncer los resultados de las pruebas, el personal clínico puede considerar útil preguntarles "¿Le gustaría hablar sobre lo que esto significa?"
	Recomendación 2.3 El personal clínico debe proporcionar información de manera clara, directa y comprensible, evitando tecnicismos innecesarios. Adaptar el lenguaje a las necesidades de la persona con cáncer, lo cual facilita la comprensión, promueve una toma de decisiones informada y reduce la incertidumbre en el proceso de atención.	a. Usar un encuadre mixto (por ejemplo, posibilidad de cura y posibilidad de recaída, o el resultado mejor/peor/más probable). b. Proporcionar información en múltiples formatos (palabras, números, rangos). c. Proporcionar información en bloques (pequeñas unidades discretas) y verificar regularmente la comprensión.

Pregunta clínica	Recomendación	Estrategias
	Recomendación 2.4 Al comunicar malas noticias, el personal clínico debe adoptar medidas adicionales para atender las necesidades emocionales y las reacciones de las personas con cáncer. Esto implica brindar información con sensibilidad, ofrecer apoyo emocional, permitir tiempo para la asimilación y facilitar un espacio seguro para expresar dudas y preocupaciones.	a. Asegurar que el momento y el lugar sean lo más adecuados y privados posibles. b. Transmitir compasión y empatía. c. Dar las malas noticias de manera clara y concisa en un lenguaje simple y no técnico. d. Hacer una pausa después de dar las malas noticias para que la persona con cáncer asimile lo que se ha dicho (silencio de apoyo). e. Esperar a que la persona con cáncer responda antes de decir algo más. Si no dice nada, el personal clínico puede hacer preguntas o responder empáticamente. f. Responder empáticamente a la emoción de la persona con cáncer. g. Evitar minimizar las malas noticias o desviar la conversación como forma de intentar reducir la angustia de la persona con cáncer. h. Dosificar la cantidad de información según el estado emocional de la persona con cáncer. i. Alentar a la persona con cáncer a hacer preguntas y usar el silencio para crear espacio para que expresen sus preocupaciones. j. Discutir el significado de los resultados y los siguientes pasos antes de finalizar la conversación. k. Afirmar el compromiso de apoyar a la persona con cáncer.
3 - ¿Qué habilidades y tareas de comunicación puede usar el personal clínico al discutir opciones de tratamiento (incluyendo el mejor cuidado de apoyo) y ensayos clínicos?	Recomendación 3.1 Antes de abordar las opciones de tratamiento con la persona diagnosticada de cáncer, el personal clínico debe clarificar los objetivos del tratamiento (curación vs. prolongación de la supervivencia vs. mejora de la calidad de vida). Esto permitirá que la persona con cáncer comprenda los resultados esperados y pueda alinear los objetivos del tratamiento con sus metas de cuidado.	a. Retomar conversaciones previas sobre valores, metas y preferencias de la persona con cáncer antes de iniciar el tratamiento, asegurando que reflejan sus prioridades actuales. b. Incluir a la familia o persona cuidadora cuando sea posible y aceptable para la persona con cáncer. c*. Procurar que la persona con cáncer sienta una relación de complicidad y alianza terapéutica.

Pregunta clínica	Recomendación	Estrategias
		* Esta estrategia ha sido formulada durante el estudio de consenso con expertos en oncología de España, realizado en el marco del desarrollo de esta guía comunicacional, y no forma parte del documento original de Gilligan et al., 2017.
	Recomendación 3.2 Al analizar las opciones de tratamiento con las personas con cáncer, el personal clínico debe ofrecer información clara sobre los posibles beneficios y riesgos de cada alternativa, asegurando un equilibrio en la toma de decisiones.	a. Incluir una discusión sobre la frecuencia y naturaleza de las visitas a la clínica y/o estancias en el hospital. b. Proporcionar información detallada sobre el tratamiento, las indicaciones específicas. Incluyendo el tipo, las vías de administración, la frecuencia y las dosis. c. Enmarcar las opciones de tratamiento en el contexto de las metas y preferencias de la persona con cáncer. d. Si es apropiado dado las metas de cuidado y preferencias de tratamiento, incluir la opción de enfocarse en cuidados paliativos, incluso la opción de ingresar a un centro, cuando la situación clínica, familiar o social así lo requiera.
	Recomendación 3.3 Es necesario que el personal clínico presente las opciones de tratamiento de manera que preserve la esperanza de la persona con cáncer, fomente su autonomía y facilite una comprensión clara de las alternativas disponibles. Un enfoque transparente y empático contribuye a una toma de decisiones informada y alineada con los valores y deseos del paciente.	a. Centrarse en lo que sí se puede hacer. b. Transmitir a la persona que no será abandonado, cualquiera que sea su decisión sobre el tratamiento. c. Reconocer la existencia de incertidumbre en determinadas situaciones clínicas. d. Normalizar las solicitudes de una segunda opinión por parte de las personas con cáncer. e. Ofrecer la información en partes pequeñas y verificar regularmente la comprensión. f. Cuando sea posible, utilizar herramientas para la toma de decisiones compartidas, con el fin de preparar a la persona con cáncer y favorecer la comunicación y la toma de decisiones durante las consultas. g. Incorporar al personal de enfermería en las conversaciones siempre que sea posible. h. Dejar constancia de las conversaciones en la historia clínica.

Pregunta clínica	Recomendación	Estrategias
	Recomendación 3.4 El personal clínico debe proporcionar a las personas con cáncer información clara y completa sobre todas las opciones de tratamiento, incluyendo ensayos clínicos y la posibilidad de un enfoque exclusivamente paliativo. Cuando sea apropiado, se debe discutir la integración de los cuidados paliativos junto con otros tratamientos. En caso de que existan ensayos clínicos disponibles, la conversación debe iniciarse con las opciones de tratamiento estándar y, posteriormente, explorar la posibilidad de participación en ensayos clínicos, siempre respetando el interés y la autonomía de la persona con cáncer.	a. Explicar qué son los ensayos clínicos y por qué se realizan. b. Delinear claramente las opciones de tratamiento, incluyendo los tratamientos estándar disponibles y los tratamientos de investigación. c. Explicar lo que se sabe sobre los datos de seguridad y eficacia del tratamiento en estudio. d.* Es importante afirmar que la participación en un ensayo clínico es completamente voluntaria y que la persona con cáncer puede decidir no participar o abandonar en cualquier momento, sin que afecte de ningún modo la calidad de la atención que recibe. e. Dar tiempo a la persona con cáncer para que exprese su reacción a los ensayos clínicos en general y al ensayo clínico presentado. f. Incluir la discusión del cuidado dirigido a síntomas o calidad de vida, como cuidados paliativos o ingreso en centros, junto con, o como una alternativa al tratamiento contra el cáncer, si es consistente con las metas de la persona con cáncer o con el escenario clínico. * Es importante tener en consideración que en el contexto de ensayos clínicos se requiere un mayor seguimiento y pruebas que pueden afectar a la logística familiar.

Pregunta clínica	Recomendación	Estrategias
4 - ¿Qué habilidades y tareas de comunicación puede usar el personal clínico al discutir el cuidado al final de la vida?	Recomendación 4.1 Se espera que el personal clínico emplee un marco organizado para facilitar una comunicación bidireccional efectiva con las personas con cáncer y sus familias sobre el cuidado al final de la vida. Esto garantiza un diálogo claro, respetuoso y alineado con las necesidades, valores y preferencias de la persona.	a. Marcos publicados incluyen: SPIKES, PREPARED y la Guía de Conversación de Enfermedades Graves. b. Pasos importantes a considerar: - Preparación psicológica: Prepararse para las discusiones anticipando las emociones de las personas con cáncer y de los miembros de la familia, así como preguntas sobre temas como el pronóstico. - Revisar el historial médico para la documentación de discusiones previas sobre el final de la vida. - Proporcionar información a la persona con cáncer y, con su permiso, a las familias sobre discusiones previas del final de la vida. - Desarrollar una buena relación con la persona con cáncer y su familia o personas cuidadoras. - Preferencias de información: Preguntar a las personas con cáncer y familias sobre sus preferencias para compartir información. - Evaluar la comprensión: Preguntar a las personas con cáncer y familias qué entienden sobre su situación médica. - Antes de compartir nueva información médica, incluyendo noticias difíciles, información pronóstica o cambios significativos en el plan de tratamiento, pidiendo permiso. - Proporcionar información de forma gradual, utilizando un lenguaje adecuado al nivel educativo y de alfabetización en salud de las personas con cáncer, y verificar la comprensión con frecuencia. - Reconocer y afrontar las emociones a lo largo de la conversación. - Pedir a las personas con cáncer y familias que definan sus objetivos teniendo en cuenta la situación médica.

Pregunta clínica	Recomendación	Estrategias
		xi. Alinear los objetivos, valores y preferencias de cuidado de las personas con cáncer con los tratamientos y servicios ofrecidos. xii. Preguntar si todos los miembros apropiados de la familia están al tanto de los objetivos de la persona con cáncer. xiii. Resumir la conversación y establecer un plan para el futuro. xiv. Documentar las conversaciones sobre el final de la vida en el historial médico. xv. Considerar dividir la conversación en dos o más visitas.
	Recomendación 4.2 El personal clínico debe abordar tempranamente las preferencias de fin de vida con las personas con cáncer que enfrentan una enfermedad incurable. Además, es fundamental revisar y reafirmar estas decisiones de manera periódica, tomando en cuenta la evolución clínica y las preferencias cambiantes de la persona con cáncer.	a. Al inicio de una enfermedad de pronóstico desfavorable, dentro del mes del diagnóstico de cáncer terminal: i. Discutir el pronóstico y la planificación anticipada de cuidados. ii. Decidir sobre una persona cuidadora que le apoye en la toma de decisiones y animar a las personas con cáncer a considerar este escenario de manera anticipada en el curso de la enfermedad, ya que muchas personas con cáncer avanzado experimentan un estado mental alterado durante el curso de su cáncer que puede limitar su capacidad para designar representantes o tomar decisiones de salud. iii. Explicar por qué es importante la planificación anticipada de cuidados y por qué las personas con cáncer deben discutir sus objetivos, valores y preferencias de cuidado con su persona cuidadora o representante de salud designado. iv. Explorar los objetivos, valores y preferencias de la persona con cáncer, reconociendo que estos pueden cambiar a lo largo del tiempo en respuesta a la evolución de la enfermedad, los efectos del tratamiento y los cambios físicos o emocionales.

Pregunta clínica	Recomendación	Estrategias
		b. Reconocer desencadenantes o eventos importantes que pueden impulsar conversaciones sobre el cuidado al final de la vida de las personas con cáncer en el contexto de una enfermedad avanzada, incluyendo: i. Solicitud de las personas con cáncer o sus familias para una conversación sobre la planificación de cuidado al final de la vida. ii. Progresión del cáncer. iii. Declive en el estado funcional. iv. Aumento del uso de atención médica de alta intensidad, incluyendo múltiples visitas a urgencias, hospitalizaciones, estancias en la unidad de cuidados intensivos o transición a un servicio de enfermería si previamente eran independientes. v. Consideración de un nuevo tipo de terapias dirigidas al cáncer en el contexto de progresión o mala tolerancia de tratamientos anteriores. vi. Consideración de intervenciones médicas o quirúrgicas de alto riesgo o alta carga (por ejemplo, hemodiálisis, cirugía paliativa, colocación de sonda de alimentación).
	Recomendación 4.3 Es necesario que el personal clínico explore cómo la cultura, religión o sistema de creencias espirituales de las personas con cáncer influyen en su toma de decisiones y en sus preferencias de cuidado al final de la vida. Comprender estos aspectos permite ofrecer un acompañamiento respetuoso, personalizado y alineado con los valores de la persona con cáncer.	a. Evitar suposiciones sobre las preferencias de cuidado al final de la vida de las personas con cáncer basadas en estereotipos relacionados con su etnia, cultura, religión o creencias espirituales. b. Hacer preguntas abiertas sobre el impacto de la cultura y espiritualidad de la persona con cáncer en su toma de decisiones médicas. c. Considerar el uso de una herramienta estandarizada como FICA (Fe y Creencias, Importancia, Comunidad, Dirección en el Cuidado) para evaluar las creencias espirituales o religiosas de las personas con cáncer.

Pregunta clínica	Recomendación	Estrategias
		d. Cuando se identifique angustia relacionada con el ámbito espiritual, ofrecer apoyo espiritual de un consejero/a o asesor/a espiritual o religioso capacitado médicamente.
	Recomendación 4.4 Es importante que el personal clínico reconozca y responda con empatía al duelo y la pérdida que experimentan las personas con cáncer y sus familias. Asimismo, cuando sea necesario, debe derivarlos a miembros del equipo psicosocial (i.e., profesionales del ámbito del trabajo social, psicología clínica, orientación, religioso), para brindarles el apoyo emocional y espiritual adecuado a sus necesidades.	a. Reconocer diferentes presentaciones del duelo entre las personas con cáncer y sus familiares. b. En respuesta al duelo anticipatorio, el personal clínico debe explorar las preocupaciones de las personas con cáncer y referir para el apoyo psicosocial apropiado. c. En respuesta a las preocupaciones sobre la pérdida de las personas con cáncer (por ejemplo, pérdida de rol, ingresos, identidad, etc.), es importante explorar el significado de estas pérdidas con ellas, reconocerlas a través de la empatía y referirse al apoyo psicosocial apropiado. d. Derivar a los miembros de la familia que estén en duelo para que reciban el asesoramiento que necesiten; identificar asociaciones de paciente locales, programas y centros que proporcionan este servicio.
	Recomendación 4.5 El personal clínico debe identificar y recomendar recursos locales que brinden apoyo adecuado a las personas con cáncer, sus familias y seres queridos durante la transición al cuidado al final de la vida. Facilitar el acceso a estos servicios garantiza un acompañamiento integral, respetuoso y alineado con las necesidades de la persona y su entorno.	a. Introducir y describir los servicios de cuidados paliativos, incluyendo cuidados paliativos simultáneos, oncológicos y cuidados en centros, en las fases tempranas en el curso de una enfermedad terminal. b. Cuando las personas con cáncer están en transición a cuidados al final de la vida o cuidados en centros, explorar sus metas y necesidades de servicios. Introducir al centro correspondiente alineando las metas y necesidades de servicio con los servicios que pueda proporcionar el centro. c. Ser consciente de las señales de que la persona con cáncer podría o no estar listo/a para dicha discusión. d. Abordar a los familiares, cuya apertura al ingreso a una residencia o centro puede diferir de la persona con cáncer.

Pregunta clínica	Recomendación	Estrategias
		e. Cuando sea posible y con el permiso de la persona con cáncer, incluir a los familiares claves por teléfono si no pueden estar presentes.
5 - ¿Qué habilidades y tareas de comunicación puede usar el personal clínico para facilitar la participación de la familia en el cuidado?	Recomendación 5.1 Es necesario que el personal clínico promueva la participación de la familia o de la persona cuidadora en las discusiones sobre el cuidado, siempre con el consentimiento de la persona con cáncer. Es recomendable abordar este aspecto desde el inicio de la enfermedad para brindar apoyo, facilitar la toma de decisiones y asegurar que los objetivos del tratamiento estén alineados con las necesidades y valores de la persona con cáncer.	a. Establecer una buena relación y líneas de comunicación dentro de la familia. Identificar un/a portavoz si es apropiado. b. Si la persona con cáncer carece de capacidad de decisión, recordar a la persona elegida, que su responsabilidad es representar los deseos de la persona con cáncer. c. Desarrollar competencias en la realización de reuniones familiares. d. Documentar los objetivos del cuidado en el historial médico.
	Recomendación 5.2 Evaluar la necesidad de una reunión familiar formal en el hospital o en un entorno ambulatorio durante momentos clave del cuidado. Cuando sea pertinente, garantizar la presencia de la persona con cáncer, su familia (si el paciente lo estima conveniente) y los miembros del equipo clínico relevantes, facilitando así una comunicación efectiva y una toma de decisiones alineada con las necesidades de la persona.	a. Antes de la reunión, designar a un miembro del personal clínico para facilitar la reunión. b. Revisar el historial médico para las discusiones previas sobre los objetivos del cuidado y las directivas de fin de vida. c. Presentar a todos los presentes. d. Explorar la agenda de la familia para una reunión familiar y la agenda del personal clínico para crear un marco para la discusión y asegurar que las preguntas de la persona y su familia sean respondidas directamente. e. Compartir información y/o documentación de discusiones previas sobre los objetivos del cuidado y las instrucciones para el fin de la vida. f. Obtener perspectivas de todos los asistentes a la reunión. g. Identificar claramente los problemas clave, desacuerdos y perspectivas antes de resolver problemas. h. Es importante anticipar que, en situaciones no urgentes, la resolución del asunto puede requerir más de una reunión y no alcanzar acuerdos en el mismo encuentro.

Pregunta clínica	Recomendación	Estrategias
		i. Prestar atención a las interacciones (por ejemplo, quién habla y quién es visto como el/la tomador/a de decisiones en la familia). j. Establecer un plan para el seguimiento. k. Ofrecer telecomunicaciones para incluir a los miembros de la familia ausentes, si es apropiado.
6 - ¿Qué habilidades y tareas de comunicación puede usar el personal clínico cuando hay barreras para la comunicación, como diferencias de idioma y/o baja alfabetización?	Recomendación 6.1 Cuando las familias no comparten un idioma común con el personal clínico, es necesario utilizar un mediador sociocultural en lugar de un intérprete familiar. Esto garantiza una comunicación precisa, minimiza malentendidos y respeta la privacidad y autonomía de la persona con cáncer en la toma de decisiones sobre su cuidado.	a. Preguntar al/la intérprete si tiene alguna preocupación sobre interpretar y traducir una conversación sobre la gestión de la enfermedad de una persona con cáncer. b. Utilizar oraciones simples y claras, haciendo pausas frecuentes para permitir la interpretación y traducción. c. Pedir a la persona con cáncer que exprese su comprensión después de haberle explicado algo. d. Ser consciente de las diferencias culturales, no solo de las diferencias de idioma.
	Recomendación 6.2 Para las personas con cáncer que tienen una baja alfabetización en salud, es importante priorizar los aspectos clave, usar un lenguaje claro y accesible, y comprobar regularmente su comprensión.	a. El personal clínico debe permitir que la persona con cáncer y/o su familia graben las discusiones en audio, o bien alentarlos a tomar notas.
	Recomendación 6.3 Para las personas con cáncer y especialmente aquellas con baja alfabetización en salud, se recomienda el uso de pictogramas u otras ayudas visuales cuando estén disponibles. Además, es preferible describir el riesgo en términos absolutos en lugar de relativos, facilitando así una comprensión más clara y efectiva de la información médica.	-
7 - ¿Debería el personal clínico discutir el costo del cuidado con las personas con cáncer?	Recomendación 7 El personal clínico debería explorar si los gastos asociados al cuidado son una preocupación para las personas con cáncer.	a. Para las personas con cáncer que están preocupadas por el costo del cuidado, el personal clínico debe aclarar las preocupaciones específicas y abordarlas directamente o remitir a la persona con cáncer y a su familia a un/a

Pregunta clínica	Recomendación	Estrategias
		trabajador/a social o cualquier otro profesional que pueda ofrecer información y asesoría sobre aspectos económicos.
8 - ¿Qué habilidades y tareas de comunicación puede usar el personal clínico para ayudar a satisfacer las necesidades de las poblaciones desatendidas, personas con cáncer de minorías raciales y étnicas, y otras de grupos que han experimentado discriminación en algún momento de su vida?	Recomendación 8.1 Es necesario que el personal clínico aborde cada encuentro con una actitud de curiosidad y apertura, reconociendo que las personas con cáncer y sus familias, independientemente de su origen, pueden tener creencias, experiencias, conocimientos y expectativas distintas. Adoptar una perspectiva respetuosa y libre de prejuicios permite brindar una atención más personalizada, empática y culturalmente sensible.	a. La formación específica en antirracismo y diversidad, junto con el desarrollo de la autoconciencia sobre las propias experiencias y sesgos, es fundamental para brindar una atención equitativa y centrada en la persona. b. Enfocarse en escuchar y observar al comienzo del encuentro.
	Recomendación 8.2 El personal clínico debe evitar hacer suposiciones sobre la orientación sexual y la identidad de género de las personas con cáncer. Es fundamental emplear un lenguaje inclusivo y no valorativo al tratar temas relacionados con la sexualidad y el comportamiento sexual, creando un espacio de comunicación seguro y respetuoso que acoja la diversidad de experiencias y realidades.	a. Realizar una anamnesis sexual completa y con sensibilidad en pacientes con enfermedades potencialmente limitantes para la vida, como el cáncer, evitando asumir que la enfermedad ha reducido su deseo o interés por la sexualidad.
	Recomendación 8.3 El personal clínico debe reconocer que las personas en situación de vulnerabilidad y exclusión social tienen una mayor probabilidad de haber experimentado interacciones negativas previas con el sistema de salud, como sentirse irrespetadas, alienadas o inseguras. Es fundamental adoptar un enfoque empático, equitativo y culturalmente sensible para reconstruir la confianza y garantizar una atención inclusiva y digna.	a. Invitar a las personas con cáncer a compartir, si así lo desean, aspectos de sus experiencias previas con el sistema de salud y el personal clínico, reconociendo que estas pueden influir en su atención actual.

Pregunta clínica	Recomendación	Estrategias
9 - ¿Cuáles son las formas más efectivas para que el personal clínico adquiriera habilidades de comunicación?	Recomendación 9.1 Es necesario que el entrenamiento en habilidades de comunicación se fundamente en principios educativos sólidos e incorporar estrategias que prioricen la práctica activa y el aprendizaje experiencial. Esto incluye el uso de escenarios de juego de roles, la observación directa de encuentros con personas con cáncer y otras técnicas validadas que permitan desarrollar competencias comunicativas efectivas y empáticas en contextos clínicos reales.	a. Los seminarios, conferencias (que aborden cuestiones teóricas, éticas y culturales), los ejercicios de introspección sobre la propia práctica y la concienciación, pueden ser un método eficaz de entrenamiento en habilidades de comunicación y pueden verse complementados con ejercicios prácticos supervisados. b. Los ejercicios de práctica de habilidades pueden incluir cualquiera de los siguientes: i. Sesiones de juego de roles conducidas por formador/es. ii. Entrevistas observadas directamente o grabadas en video con personas con cáncer reales o simulados. c. Los ejercicios prácticos de habilidades deben incluir retroalimentación estructurada para que el personal clínico pueda aprender cuáles de sus comportamientos son efectivos y qué oportunidades existen para mejorar el desempeño futuro. d. Los ejercicios prácticos de habilidades se benefician de técnicas que mejoran la empatía hacia la persona con cáncer y la familia, como puede ser la inversión de roles.
	Recomendación 9.2 Para que la formación en habilidades de comunicación sea más efectiva, se debe promover la autoconciencia en quienes la practican, así como el desarrollo de una conciencia situacional sobre las emociones, actitudes y creencias subyacentes que pueden influir en la comunicación. Además, es fundamental reconocer y abordar los sesgos implícitos que pueden afectar la toma de decisiones, garantizando así una interacción más equitativa y centrada en la persona.	a. Los ejercicios para aumentar la autoconciencia y la conciencia situacional del/la practicante pueden incluir: i. Reflexión sobre los tipos de encuentros con personas con cáncer que el personal clínico encuentra difíciles, desafiantes o desagradables. ii. Reflexión sobre los elementos del cuidado de la persona con cáncer que brindan al personal clínico satisfacción o un sentido de significado. Preguntar al personal clínico por qué eligieron trabajar en el cuidado de la salud y qué encuentran significativo y gratificante en su trabajo, podría ser un ejemplo. iii. Reflexión sobre experiencias personales con el sistema de salud como persona con cáncer, persona cuidadora o

Pregunta clínica	Recomendación	Estrategias
		familiar puede aumentar tanto la autoconciencia como la conciencia situacional. ii. Asumir el papel de la persona con cáncer o familiar en ejercicios de juego de roles para apreciar su perspectiva y reacciones emocionales y obtener una visión de las respuestas de comunicación efectivas. v. Prácticas de mindfulness breves durante el día laboral pueden ayudar con la autoconciencia, la reactividad y la ecuanimidad frente al sufrimiento.
	Recomendación 9.3 Las personas que forman en habilidades de comunicación deben contar con la preparación y experiencia necesarias para enseñar de manera efectiva las competencias comunicativas deseadas. Además, deben estar capacitados para facilitar ejercicios de aprendizaje experiencial que permitan al personal clínico mejorar sus habilidades en entornos clínicos.	a. Los formadores deben estar familiarizados/as con las diversas modalidades que mejoran las habilidades de comunicación del/la practicante. b. Los formadores deben estar capacitados/as para realizar sesiones de aprendizaje basadas en habilidades para que los/as practicantes: i. Aprendan. ii. No se sientan humillados/as. iii. Estén adecuadamente preparados/as para demostrar las habilidades deseadas. iv. Reciban retroalimentación con el objetivo de mejorar el desempeño futuro.

Anexo 3 Recomendaciones de estrategias de ESMO

	Recomendación	Estrategias
1 - Responsabilidades del clínico: Empatía y conciencia emocional. Consideraciones sobre la psicología del profesional y de las personas con cáncer	<u>Recomendación 1.1.</u> El personal clínico debe desarrollar autoconciencia sobre sus propias motivaciones, creencias y actitudes hacia la muerte, así como reflexionar sobre cómo estas pueden influir en su relación con las personas con cáncer. Reconocer y gestionar estos factores de manera adecuada permite brindar un cuidado más empático, profesional y centrado en las necesidades de la persona.	a. El personal clínico debe ser consciente de que la evaluación que hacen las personas con cáncer sobre los beneficios y desventajas de los tratamientos puede diferir de la suya propia. Debe respetar y comprender estas evaluaciones y estar preparado/a para abordarlas cuando sea clínicamente apropiado. b. El personal clínico debe ser consciente de las razones psicológicas y culturales por las cuales las personas con cáncer pueden no expresar fácilmente sus propias preferencias. c. El personal clínico debe reconocer que apoyar la esperanza implica un proceso colaborativo de comunicación, en el que las personas con cáncer necesitan poder confiar en el cuidado de su personal clínico. d. Las instituciones deben proporcionar tiempo y espacio para que el personal clínico reflexione sobre estos desafíos a través de supervisión regular.

	Recomendación	Estrategias
	<u>Recomendación 1.2.</u> El personal clínico debe desarrollar autoconciencia sobre sus propias motivaciones, creencias y actitudes hacia la muerte, así como reflexionar sobre cómo estas pueden influir en su relación con las personas con cáncer. Reconocer y gestionar estos factores de manera adecuada permite brindar un cuidado más empático, profesional y centrado en las necesidades de la persona.	a. El personal clínico debe ser consciente de que la evaluación que hacen las personas con cáncer sobre los beneficios y desventajas de los tratamientos puede diferir de la suya propia, deben respetar y comprender estas evaluaciones y estar preparado para abordarlas cuando sea clínicamente apropiado. b. El personal clínico debe ser consciente de las razones psicológicas y culturales por las cuales las personas con cáncer pueden no expresar fácilmente sus propias preferencias. c. El personal clínico debe reconocer que apoyar la esperanza implica un proceso colaborativo de comunicación, en el que las personas con cáncer necesitan poder confiar en el cuidado de sus clínicos. d. El personal clínico debe reflexionar sobre sus motivaciones, actitudes hacia la muerte y cómo las situaciones de incertidumbre influyen en su comunicación.
	<u>Recomendación 1.3.</u> El personal clínico debe proporcionar información de manera cuidadosa, observando atentamente a las personas con cáncer para evaluar su disposición a recibir y procesar la información. Adaptar el enfoque según su estado emocional y nivel de comprensión es fundamental para brindar un apoyo adecuado y fomentar una comunicación efectiva.	a. El personal clínico debe manejar cuidadosamente la información que ofrece, observando de cerca a las personas con cáncer para evaluar qué están listos/as para escuchar y cómo procesan la información. b. Pausas regulares en el diálogo permiten percibir el impacto psicológico y brindan a las personas con cáncer la oportunidad de reaccionar, expresar emociones y hacer preguntas. c. El personal clínico debe aprender a reconocer y gestionar sus propias emociones y las de las personas con cáncer que atiende. Responder a sus emociones requiere saber cuál puede ser la respuesta más adecuada (empatía, transmitir esperanza, etc.).

	Recomendación	Estrategias
	<u>Recomendación 1.4.</u> El personal clínico debe abordar la atención de las personas con cáncer de manera integral, explorando no solo los síntomas físicos, sino también los aspectos psicosociales que afectan su bienestar. Además, debe respetar y valorar la espiritualidad de la persona, evitando la imposición de creencias personales y garantizando un acompañamiento basado en la empatía y el respeto a sus valores.	a. El personal clínico debe estar atento a los síntomas físicos y emocionales de las personas con cáncer, entendiendo que la experiencia de los síntomas puede transmitir más que sólo información médica. b. El personal clínico debe explorar las funciones fisiológicas básicas de las personas con cáncer, sus roles sociales y los cambios en pensamientos, emociones y comportamientos para identificar un inadecuado afrontamiento emocional de la enfermedad, y para identificar necesidades que requieren intervención especializada. c. Respetar la espiritualidad de la persona con cáncer y evitar imponer la propia.
2 - Responsabilidades del equipo de oncología	<u>Recomendación 2.1.</u> Cada miembro del equipo clínico debe proporcionar apoyo emocional a las personas con cáncer, ajustándose a sus necesidades individuales. Si bien los niveles de apoyo pueden variar según el rol de cada profesional, es fundamental garantizar un entorno de cuidado empático y contenedor a lo largo del proceso de la enfermedad.	a. Todos los miembros del equipo deben estar disponibles para brindar apoyo emocional, aunque varíe el grado de participación en el cuidado. b. Establecer una agenda inicial, incluyendo el acuerdo sobre los temas a tratar, y una estructura coherente para la entrevista que incluya resúmenes regulares y pausas para preguntas, pueden ayudar al personal clínico a manejar la consulta y mejorar la retención de información por parte de las personas con cáncer.
	<u>Recomendación 2.2.</u> El personal clínico debe realizar un seguimiento continuo de la persona con cáncer, prestando especial atención a los cambios en sus redes de apoyo y en su estado psicológico. Identificar de manera temprana los casos que requieran derivación a una atención especializada permite brindar intervenciones oportunas y mejorar la calidad del cuidado.	a. El equipo de oncología debe estar atento a los cambios en la red de apoyo de la persona con cáncer para identificar necesidades de intervención. b. En la fase de supervivencia, los equipos de oncología deben asegurar planes de cuidado claros, con procedimientos de comunicación efectivos y responsables de monitorizar las necesidades emocionales e informativas.
	<u>Recomendación 2.3.</u> Durante las reuniones con familiares, el personal clínico debe abordar las dinámicas familiares que puedan afectar la adaptación de la persona con cáncer a la enfermedad y al tratamiento. Identificar y manejar estos factores de manera adecuada contribuye a	a. Las reuniones con familiares deben ser realizadas por al menos dos miembros del personal, buscando abordar las dinámicas familiares que afecten a la persona con cáncer o su tratamiento.

	Recomendación	Estrategias
	mejorar el apoyo emocional, la toma de decisiones y la calidad del cuidado.	
3 - Responsabilidades de la institución de salud	<u>Recomendación 3.1.</u> Las instituciones deben proporcionar al personal clínico tiempo y espacios adecuados para reflexionar y compartir experiencias. Además, es fundamental facilitar supervisión con profesionales de psicooncología con experiencia, permitiéndoles abordar los desafíos emocionales que surgen en la atención oncológica y fortalecer su bienestar emocional y profesional. <u>Recomendación 3.2.</u> Las instituciones deben promover la formación continua en habilidades de comunicación, garantizando que el personal clínico comprenda tanto las limitaciones institucionales, como la manera que sus propias emociones pueden influir en su desempeño. Esta capacitación podría mejorar la calidad de la interacción con las personas con cáncer y sus familias, con el fin de optimizar la toma de decisiones en la atención oncológica. <u>Recomendación 3.3.</u> Las instituciones de salud deben garantizar una atención continua para las personas con cáncer, asegurando que siempre cuenten con un profesional de referencia dentro del equipo clínico y con un equipo de atención bien coordinado que les brinde apoyo de manera consistente.	a. Las instituciones deben ofrecer supervisión regular al personal clínico, permitiendo el intercambio de experiencias y emociones en entornos que fomenten la reflexión. b. Asegurar un entorno adecuado para los encuentros clínicos, en términos de espacio y tiempo, para facilitar la comunicación. c. El personal clínico que use el formato de teleconsulta debe familiarizarse con las guías existentes para su uso. a. Las instituciones deben promover la formación en comunicación que aborde tanto los factores internos (emociones, experiencias) como los externos (limitaciones institucionales) que afectan la comunicación. b. Fomentar un entorno laboral que reduzca el riesgo de atención despersonalizada. a. Garantizar la continuidad de la atención, con equipos bien organizados y asegurando que las personas con cáncer puedan identificar un personal clínico de referencia como responsable del proceso de cuidado.
4 - Comunicación interprofesional	<u>Recomendación 4.1.</u> El equipo clínico debe garantizar un intercambio de información continuo y eficaz entre sus miembros, promoviendo la realización de reuniones multidisciplinarias que integren a todas las especialidades relevantes. Esto mejora la coordinación del cuidado, optimiza la toma de decisiones y asegura una atención integral y centrada en la persona con cáncer.	a. El personal clínico debe asegurar un intercambio de información oportuno y preciso entre el personal involucrado, especialmente en reuniones de equipo multidisciplinario.

	Recomendación	Estrategias
	<u>Recomendación 4.2.</u> Cada miembro del equipo de atención oncológica debe tener una comprensión clara de su rol en el cuidado de la persona y en la comunicación de sus necesidades. Esto ayuda a evitar confusiones o solapamientos, optimiza la coordinación del equipo y mejora la calidad de la atención brindada.	a. Es crucial que todos los miembros del equipo tengan claridad sobre sus roles y responsabilidades en la atención de la persona con cáncer.
	<u>Recomendación 4.3.</u> Es esencial que las personas con cáncer tengan acceso a información clara y completa para tomar decisiones informadas sobre su tratamiento. El personal clínico debe guiarlas en la reflexión sobre sus opciones y garantizar que las decisiones tomadas estén alineadas con sus valores, prioridades y preferencias personales.	a. El personal clínico debe proporcionar la información necesaria sobre las opciones disponibles y sus consecuencias. Las decisiones deben alinearse con los valores y preferencias de la persona con cáncer, involucrando al equipo médico cuando sea necesario.

Anexo 4. Estrategia de búsqueda

Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to August 12, 2024>		
1	exp Professional-Patient Relations/	149814
2	("bedside psychology" or "doctor patient contact" or "doctor patient relation" or "doctor patient relationship" or "hospital patient relationship" or "hospital-patient relations" or "patient doctor relation" or "patient doctor relationship" or "patient physician relation" or "patient physician relationship" or "patient staff relation" or "patient therapist relation" or "patient therapist relationship" or "physician patient relation" or "physician patient relationship" or "physician-patient relations" or "psychology, bedside" or "relation, doctor patient" or "therapeutic relation" or "therapist patient relation" or "therapist patient relationship").ti,sh.	79171
3	((doctor patient* or hospital patient* or patient doctor* or patient physician* or patient staff or therapist patient*) adj2 (contact or relationship* or communicat* or conversa* or underst*)).ti,kw.	2395
4	1 or 2 or 3	151846
5	verbal communication/ or communication*.ti,ab,kw. or conversation/ or conversation*.ti,ab,kw.	385723
6	((communicat* or discuss* or speak* or talk* or conversa*) adj3 (patient* or disease* or cancer* or care or practice* or ill or illness or prognosis or life expectanc* or death* or dying or end of life or terminal* or palliat* or hospice or hospices or catastroph* or hospice or hospices or end of life or medical complexit* or complex medical condition* or complex chronic condition* or multiple complex chronic or medical fragility or life threatening or life limiting or long term hospitalization or pre loss or deathbed or death bed or bad news* or oncolog* or tumor* or tumour* or neoplasia* or neoplasm* or neoplastic* or tumoral* or tumorou* or tumoural* or cancer* or cancerous* or malignanc* or recover* or improve* or improving or improvement or return* or conscious*)).ti,kw.	21078
7	exp decision making/ or decision making.ti,ab,kw. or decisionmaking.ti,ab,kw. or share information*.ti,ab,kw.	406868
8	empathy/ or empath*.ti,ab,kw. or humanity.ti,ab,kw. or humanist*.ti,ab,kw.	49388
9	compassion/ or compassion*.ti,ab,kw. or understood.ti,ab,kw. or understanding.ti,ab,kw. or comprehension.ti,ab,kw.	1676474
10	5 or 6 or 7 or 8 or 9	2379260
11	(oncolog* or tumor* or tumour* or neoplasia* or neoplasm* or neoplastic* or tumoral* or tumorou* or tumoural* or cancer* or cancerous* or malignanc*).ti.	2062577
12	4 and 10 and 11	3735
13	((oncolog* or professional* or clinician* or doctor* or physician* or specialist* or medical practitioner* or nurs* or caregiver* or patient clinician*) adj30 (communicati* or conversation*)).ti.	8415
14	12 and 13	600
15	12 or 14	3735
16	exp clinical pathway/	8082
17	exp clinical protocol/	195576
18	exp consensus/	23422
19	exp consensus development conference/	12787
20	exp consensus development conferences as topic/	3011
21	critical pathways/	8082
22	exp guideline/	39007
23	guidelines as topic/	42271
24	exp practice guideline/	31968
25	practice guidelines as topic/	129320
26	health planning guidelines/	4165

27	(guideline or practice guideline or consensus development conference or consensus development conference, NIH).pt.	48991
28	(position statement* or policy statement* or practice parameter* or best practice*).ti,ab,kf,kw.	51477
29	(standards or guideline or guidelines).ti,kf,kw.	145193
30	((practice or treatment* or clinical) adj guideline*).ab.	58243
31	(CPG or CPGs).ti.	6638
32	consensus*.ti,kf,kw.	38552
33	consensus*.ab. /freq=2	38073
34	((critical or clinical or practice) adj2 (path or paths or pathway or pathways or protocol*)).ti,ab,kf,kw.	29265
35	recommendat*.ti,kf,kw.	58149
36	(care adj2 (standard or path or paths or pathway or pathways or map or maps or plan or plans)).ti,ab,kf,kw.	93870
37	(algorithm* adj2 (screening or examination or test or tested or testing or assessment* or diagnosis or diagnoses or diagnosed or diagnosing)).ti,ab,kf,kw.	11323
38	(algorithm* adj2 (pharmacotherap* or chemotherap* or chemotreatment* or therap* or treatment* or intervention*)).ti,ab,kf,kw.	14061
39	16 or 17 or 18 or 19 or 20 or 21 or 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 or 35 or 36 or 37 or 38	792185
40	systematic\$ review\$.ti,ab.	348147
41	meta-analysis as topic/	24475
42	meta-analytic\$.ti,ab.	10643
43	meta-analysis.ti,ab,pt.	300294
44	metanalysis.ti,ab.	698
45	metaanalysis.ti,ab.	1916
46	meta analysis.ti,ab.	269120
47	meta-synthesis.ti,ab.	1803
48	metasynthesis.ti,ab.	485
49	meta synthesis.ti,ab.	1803
50	meta-regression.ti,ab.	14980
51	metaregression.ti,ab.	1006
52	meta regression.ti,ab.	14980
53	(synthes\$ adj3 literature).ti,ab.	6890
54	(synthes\$ adj3 evidence).ti,ab.	20335
55	integrative review.ti,ab.	5405
56	data synthesis.ti,ab.	15422
57	(research synthesis or narrative synthesis).ti,ab.	8575
58	(systematic study or systematic studies).ti,ab.	16063
59	(systematic comparison\$ or systematic overview\$).ti,ab.	5039
60	evidence based review.ti,ab.	2509
61	comprehensive review.ti,ab.	32924
62	critical review.ti,ab.	20716
63	quantitative review.ti,ab.	883
64	structured review.ti,ab.	1080
65	realist review.ti,ab.	717
66	realist synthesis.ti,ab.	409
67	40 or 41 or 42 or 43 or 44 or 45 or 46 or 47 or 48 or 49 or 50 or 51 or 52 or 53 or 54 or 55 or 56 or 57 or 58 or 59 or 60 or 61 or 62 or 63 or 64 or 65 or 66	598229
68	review.pt.	3367254
69	medline.ab.	182370
70	pubmed.ab.	246357
71	cochrane.ab.	154648
72	embase.ab.	179210

73	cinahl.ab.	51721
74	psyc?lit.ab.	919
75	psyc?info.ab.	66860
76	(literature adj3 search\$).ab.	104115
77	(database\$ adj3 search\$).ab.	110951
78	(bibliographic adj3 search\$).ab.	4148
79	(electronic adj3 search\$).ab.	37215
80	(electronic adj3 database\$).ab.	53506
81	(computeri?ed adj3 search\$).ab.	4113
82	(internet adj3 search\$).ab.	4599
83	included studies.ab.	52678
84	(inclusion adj3 studies).ab.	28753
85	inclusion criteria.ab.	146647
86	selection criteria.ab.	38304
87	predefined criteria.ab.	2789
88	predetermined criteria.ab.	1405
89	(assess\$ adj3 (quality or validity)).ab.	127198
90	(select\$ adj3 (study or studies)).ab.	100283
91	(data adj3 extract\$).ab.	111740
92	extracted data.ab.	23185
93	(data adj2 abstracted).ab.	6878
94	(data adj3 abstraction).ab.	2485
95	published intervention\$.ab.	267
96	((study or studies) adj2 evaluat\$).ab.	271692
97	(intervention\$ adj2 evaluat\$).ab.	17064
98	confidence interval\$.ab.	610170
99	heterogeneity.ab.	259459
100	pooled.ab.	140959
101	pooling.ab.	17986
102	odds ratio\$.ab.	398038
103	(Jadad or coding).ab.	247416
104	or/69-103	2192664
105	68 and 104	387231
106	review.ti.	778254
107	104 and 106	315524
108	(review\$ adj4 (papers or trials or studies or evidence or intervention\$ or evaluation\$)).ti,ab.	280842
109	67 or 105 or 107 or 108	936455
110	letter.pt.	1266807
111	editorial.pt.	701881
112	comment.pt.	1039898
113	110 or 111 or 112	2270780
114	109 not 113	915808
115	exp animals/ not humans/	5248379
116	114 not 115	895419
117	15 and 39	300
118	15 and 116	205
119	117 or 118	481
120	limit 119 to (humans and yr="2014 -Current")	263

EMBASE		
No.	Query	Results
1	'doctor patient relationship'/exp	128719
2	'bedside psychology':ti,de OR 'doctor patient contact':ti,de OR 'doctor patient relation':ti,de OR 'doctor patient relationship':ti,de OR 'hospital patient relationship':ti,de OR 'hospital-patient relations':ti,de OR 'patient doctor relation':ti,de OR 'patient doctor relationship':ti,de OR 'patient physician relation':ti,de OR 'patient physician relationship':ti,de OR 'patient staff relation':ti,de OR 'patient therapist relation':ti,de OR 'patient therapist relationship':ti,de OR 'physician patient relation':ti,de OR 'physician patient relationship':ti,de OR 'physician-patient relations':ti,de OR 'psychology, bedside':ti,de OR 'relation, doctor patient':ti,de OR 'therapeutic relation':ti,de OR 'therapist patient relation':ti,de OR 'therapist patient relationship':ti,de	128986
3	((('doctor patient*' OR 'hopital patient*' OR 'patient doctor*' OR 'patient physician*' OR 'patient staff' OR 'therapist patient*') NEAR/2 (contact OR relationship* OR communicat* OR conversa* OR underst*)):ti,kw	5192
4	#1 OR #2 OR #3	130191
5	'verbal communication'/mj OR 'communication*':ti,ab,kw OR 'conversation'/mj OR 'conversation*':ti,ab,kw	510655
6	((communicat* OR discuss* OR speak* OR talk* OR conversa*) NEAR/3 (patient* OR disease* OR cancer* OR care OR practice* OR ill OR illness OR prognosis OR 'life expectanc*' OR death* OR dying OR 'end of life' OR terminal* OR palliat* OR hospice OR hospices OR catastroph* OR hospice OR hospices OR 'end of life' OR 'medical complexit*' OR 'complex medical condition*' OR 'complex chronic condition*' OR 'multiple complex chronic' OR 'medical fragility' OR 'life threatening' OR 'life limiting' OR 'long term hospitalization' OR 'pre loss' OR deathbed OR 'death bed' OR 'bad news*' OR oncolog* OR 'tumor*' OR 'tumour*' OR 'neoplasia*' OR 'neoplasm*' OR 'neoplastic*' OR 'tumoral*' OR 'tumorou*' OR 'tumoural*' OR cancer* OR cancerous* OR malignanc* OR recover* OR improve* OR improving OR improvement OR return* OR conscious*)):ti,kw	24929
7	'decision-making'/exp OR 'decision making':ti,ab,kw OR 'decisionmaking':ti,ab,kw OR 'share information*':ti,ab,kw	574740
8	'empathy'/de OR empath*:ti,ab,kw OR humanity:ti,ab,kw OR humanist*:ti,ab,kw	60012
9	'compassion'/de OR compassion*:ti,ab,kw OR understood:ti,ab,kw OR understanding:ti,ab,kw OR 'comprehension':ti,ab,kw	1893750
10	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9	2416128
11	oncolog*:ti OR 'tumor*':ti OR 'tumour*':ti OR 'neoplasia*':ti OR 'neoplasm*':ti OR 'neoplastic*':ti OR 'tumoral*':ti OR 'tumorou*':ti OR 'tumoural*':ti OR cancer*:ti OR cancerous*:ti OR malignanc*:ti	2823166
12	#4 AND #10 AND #11	4553
13	((oncolog* OR professional* OR clinician* OR doctor* OR physician* OR specialist* OR 'medical practitioner*' OR nurs* OR caregiver* OR 'patient clinician*') NEAR/30 (communicati* OR conversation*)):ti	10239
14	#11 AND #13	1689
15	#12 OR #14	5709
16	'clinical pathway'/exp	7195
17	'clinical protocol'/exp	79232
18	consensus	584
19	'consensus development conferences'	62
20	'guideline'/exp	143
21	'practice guideline'/exp OR 'treatment guideline'	395539
22	practice guideline':de OR 'consensus development conference':de OR 'consensus development conference nih':de	589162
23	'position statement*':ti,ab,de OR 'policy statement*':ti,ab,de OR 'practice parameter*':ti,ab,de OR 'best practice*':ti,ab,de	30428

24	standards:ti,de OR guideline:ti,de OR guidelines:ti,de	365728
25	((practice OR treatment* OR clinical) NEAR/1 guideline*):ab	41876
26	cpg:ti OR cpgs:ti	5885
27	consensus*:ti,de	88223
28	((critical OR clinical OR practice) NEAR/2 (path OR paths OR pathway OR pathways OR protocol*)):ti,ab,de	101393
29	recommendat*:ti,de	38715
30	(care NEAR/2 (standard OR path OR paths OR pathway OR pathways OR map OR maps OR plan OR plans)):ti,ab,de	73112
31	(algorithm* NEAR/2 (screening OR examination OR test OR tested OR testing OR assessment* OR diagnosis OR diagnoses OR diagnosed OR diagnosing)):ti,ab,de	8795
32	(algorithm* NEAR/2 (pharmacotherap* OR chemotherap* OR chemotreatment* OR therap* OR treatment* OR intervention*)):ti,ab,de	11129
33	#16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32	1338258
34	'systematic review':ti,ab	366957
35	'systematic* literature review*':ti,ab	28609
36	'systematic review'	589182
37	'systematic review (topic)'	35166
38	'meta analysis'	453892
39	'meta analysis (topic)'	56308
40	'meta analytic*':ti,ab	12281
41	'meta analysis':ti,ab	333244
42	metanalysis:ti,ab	1556
43	metaanalysis:ti,ab	334197
44	'meta analysis':ti,ab	333244
45	'meta synthesis':ti,ab	1905
46	metasynthesis:ti,ab	2380
47	'meta synthesis':ti,ab	1905
48	'meta regression':ti,ab	17835
49	metaregression:ti,ab	18778
50	'meta regression':ti,ab	17835
51	(synthes* NEAR/3 literature):ti,ab	7559
52	(synthes* NEAR/3 evidence):ti,ab	22202
53	(synthes* NEAR/2 qualitative):ti,ab	7565
54	'integrative review':ti,ab	5427
55	'data synthesis':ti,ab	17466
56	'research synthesis':ti,ab OR 'narrative synthesis':ti,ab	9285
57	'systematic study':ti,ab OR 'systematic studies':ti,ab	17297
58	'systematic comparison*':ti,ab OR 'systematic overview*':ti,ab	5551
59	(systematic NEAR/2 search*):ti,ab	62550
60	'systematic* literature research*':ti,ab	542
61	(review NEAR/3 'scientific literature'):ti,ab	2898
62	('literature review' NEAR/2 'side effect*'):ti,ab	26
63	('literature review' NEAR/2 'adverse effect*'):ti,ab	10
64	('literature review' NEAR/2 'adverse event'):ti,ab	3
65	('evidence-based' NEAR/2 'review'):ti,ab	4945
66	'comprehensive review':ti,ab	34071
67	'critical review':ti,ab	22991
68	'critical analisys':ti,ab OR 'critical analysis':ti,ab	11211
69	'quantitative review':ti,ab	1001
70	'structured review':ti,ab	1447
71	'realist review':ti,ab	760
72	'realist synthesis':ti,ab	404

73	(pooled NEAR/2 analysis):ti,ab	33483
74	('pooled data' NEAR/6 (studies OR trials)):ti,ab	4327
75	medline:ti,ab AND (inclusion NEAR/3 criteria):ti,ab	41797
76	(search NEAR/1 (strateg* OR term*)):ti,ab	60321
77	#34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38 OR #39 OR #40 OR #41 OR #42 OR #43 OR #44 OR #45 OR #46 OR #47 OR #48 OR #49 OR #50 OR #51 OR #52 OR #53 OR #54 OR #55 OR #56 OR #57 OR #58 OR #59 OR #60 OR #61 OR #62 OR #63 OR #64 OR #65 OR #66 OR #67 OR #68 OR #69 OR #70 OR #71 OR #72 OR #73 OR #74 OR #75 OR #76	938635
78	medline:ab	222499
79	pubmed:ab	297362
80	cochrane:ab	191381
81	embase:ab	217490
82	cinahl:ab	58517
83	psyc*lit:ab	1016
84	psyc*info:ab	62577
85	'lilacs':ab	12489
86	(literature NEAR/3 search*):ab	128552
87	(database* NEAR/3 search*):ab	133938
88	(bibliographic NEAR/3 search*):ab	4955
89	(electronic NEAR/3 search*):ab	43966
90	(electronic NEAR/3 database*):ab	68208
91	(computeri*ed NEAR/3 search*):ab	5024
92	('internet' NEAR/3 search*):ab	6084
93	'included studies':ab	62225
94	(inclusion NEAR/3 studies):ab	34909
95	'inclusion criteria':ab	244140
96	'selection criteria':ab	47226
97	'predefined criteria':ab	3707
98	'predetermined criteria':ab	1717
99	(assess* NEAR/3 (quality OR validity)):ab	163307
100	(select* NEAR/3 (study OR studies)):ab	128866
101	(data NEAR/3 extract*):ab	148478
102	'extracted data':ab	29986
103	(data NEAR/2 abstracted):ab	12206
104	(data NEAR/3 abstraction):ab	3721
105	'published intervention*':ab	333
106	((study OR studies) NEAR/2 evaluat*):ab	383780
107	(intervention* NEAR/2 evaluat*):ab	23257
108	'confidence interval*':ab	739855
109	heterogeneity:ab	332223
110	pooled:ab	194963
111	pooling:ab	23684
112	'odds ratio*':ab	498178
113	jadad:ab OR coding:ab	289817
114	'evidence based':ti,ab	213272
115	#78 OR #79 OR #80 OR #81 OR #82 OR #83 OR #84 OR #85 OR #86 OR #87 OR #88 OR #89 OR #90 OR #91 OR #92 OR #93 OR #94 OR #95 OR #96 OR #97 OR #98 OR #99 OR #100 OR #101 OR #102 OR #103 OR #104 OR #105 OR #106 OR #107 OR #108 OR #109 OR #110 OR #111 OR #112 OR #113 OR #114	3027855
116	review:it	3274324
117	#115 AND #116	416343
118	review:ti	891928
119	#115 AND #118	370154

120	(review* NEAR/10 (papers OR trials OR 'trial data' OR studies OR evidence OR intervention* OR evaluation* OR outcome* OR findings)):ti,ab	827610
121	(retriev* NEAR/10 (papers OR trials OR 'trial data' OR studies OR evidence OR intervention* OR evaluation* OR outcome* OR findings)):ti,ab	46687
122	#77 OR #117 OR #119 OR #120 OR #121	1601699
123	#15 AND #33	817
124	#15 AND #122	497
125	#123 OR #124	1190
126	('animal'/exp OR 'nonhuman'/exp) NOT 'human'/de	8160082
127	'animal cell'/de OR 'animal model'/de OR 'animal experiment'/de OR 'animal tissue'/de OR 'human experiment'/de OR 'human tissue'/de OR 'in vitro study'/de OR 'in vivo study'/de OR 'cancer cell'/de OR 'biosynthesis'/de OR 'biological marker'/de OR 'nature communications':ti OR 'short communication*':ti OR (((cell* OR intracell* OR exom*) NEAR/25 communication*):ti)	8768668
128	'case study'/de OR 'case report':ti,ab OR 'abstract report'/de	780281
129	'conference abstract'/it OR 'conference proceeding':de OR 'conference review':de OR abstracts:ti	5243957
130	'note'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it	3116771
131	#126 OR #127 OR #128 OR #129 OR #130	18651086
132	#125 NOT #131	739
133	#125 NOT #131 AND [2014-2024]/py	435

CDSR		
ID	Búsqueda	Resultados
1	[mh "Professional-Patient Relations"]	3549
2	("bedside psychology":ti OR "doctor patient contact":ti OR "doctor patient relation":ti OR "doctor patient relationship":ti OR "hospital patient relationship":ti OR "hospital-patient relations":ti OR "patient doctor relation":ti OR "patient doctor relationship":ti OR "patient physician relation":ti OR "patient physician relationship":ti OR "patient staff relation":ti OR "patient therapist relation":ti OR "patient therapist relationship":ti OR "physician patient relation":ti OR "physician patient relationship":ti OR "physician-patient relations":ti OR "psychology, bedside":ti OR "relation, doctor patient":ti OR "therapeutic relation":ti OR "therapist patient relation":ti OR "therapist patient relationship":ti)	29
3	((("doctor" NEXT patient*):ti OR ("hospital" NEXT patient*):ti OR ("patient" NEXT doctor*):ti OR ("patient" NEXT physician*):ti OR "patient staff":ti OR ("therapist" NEXT patient*):ti) NEAR/2 (contact:ti OR relationship*:ti OR communicat*:ti OR conversa*:ti OR underst*:ti))	85
4	#1 OR #2 OR #3	3602
5	[mh ^"verbal communication"] OR communication*:ti,ab,kw OR [mh ^conversation] OR conversation*ti,ab,kw	28623
6	((communicat*:ti OR discuss*:ti OR speak*:ti OR talk*:ti OR conversa*:ti) NEAR/3 (patient*:ti OR disease*:ti OR cancer*:ti OR care:ti OR practice*:ti OR ill:ti OR illness:ti OR prognosis:ti OR ("life" NEXT expectanc*):ti OR death*:ti OR dying:ti OR "end of life":ti OR terminal*:ti OR palliat*:ti OR hospice:ti OR hospices:ti OR catastroph*:ti OR hospice:ti OR hospices:ti OR "end of life":ti OR ("medical" NEXT complexit*):ti OR ("complex medical" NEXT condition*):ti OR ("complex chronic" NEXT condition*):ti OR "multiple complex chronic":ti OR "medical fragility":ti OR "life threatening":ti OR "life limiting":ti OR "long term hospitalization":ti OR "pre loss":ti OR deathbed:ti OR "death bed":ti OR ("bad" NEXT news*):ti OR oncolog*:ti OR tumor*:ti OR tumour*:ti OR neoplasia*:ti OR neoplasm*:ti OR neoplastic*:ti OR tumoral*:ti OR tumorou*:ti OR tumoural*:ti OR cancer*:ti OR cancerous*:ti OR malignanc*:ti OR recover*:ti OR improve*:ti OR improving:ti OR improvement:ti OR return*:ti OR conscious*:ti))	1593

7	[mh "decision making"] OR "decision making":ti,ab OR decisionmaking:ti,ab OR ("share" NEXT information*):ti,ab	18597
8	[mh ^empathy] OR empath*:ti,ab OR humanity:ti,ab OR humanist*:ti,ab	3308
9	[mh ^compassion] OR compassion*:ti,ab OR understood:ti,ab OR understanding:ti,ab OR comprehension:ti,ab	44849
10	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9	87127
11	(oncolog*:ti OR tumor*:ti OR tumour*:ti OR neoplasia*:ti OR neoplasm*:ti OR neoplastic*:ti OR tumoral*:ti OR tumorou*:ti OR tumoural*:ti OR cancer*:ti OR cancerous*:ti OR malignanc*:ti)	149832
12	#4 AND #10 AND #11	290
13	((oncolog*:ti OR professional*:ti OR clinician*:ti OR doctor*:ti OR physician*:ti OR specialist*:ti OR ("medical" NEXT practitioner*):ti OR nurs*:ti OR caregiver*:ti OR ("patient" NEXT clinician*):ti) NEAR/30 (communicati*:ti OR conversation*:ti))	828
14	#12 AND #13	74
15	#12 OR #14	290

Anexo 5. Tabla de estudios complementarios a la revisión sistemática

#	Autor, año y país	Objetivo	Diseño	Población	Limitaciones metodológicas	Conflicto de interés
1	Epstein et al. 2021. Estados Unidos	Explorar las perspectivas del personal clínico y familiares de personas con cáncer sobre la utilidad de una intervención, Oncolo-GIST, diseñada para mejorar las habilidades del personal clínico de oncología para comunicar de manera clara y efectiva el pronóstico en personas con cáncer con tumores sólidos avanzados y esperanza de vida limitada	Estudio descriptivo de desarrollo y validación de una intervención (OncoloGIST)	Personal clínico de oncología: 9	Muestra pequeña de oncólogos y cuidadores	Sí: Andrew Epstein recibe regalías de Up-To-Date. Dr. Saxena ha colaborado con AstraZeneca, Blueprint Medicines y Medtronic
2	Jones et al. 202. Canada	Explorar las experiencias y opiniones de personas con cáncer, personal clínico y personal de apoyo comunitario sobre las guías para el manejo de la fatiga relacionada con el cáncer y los factores que pueden contribuir a la brecha en la implementación de estas guías	EC	Personas con cáncer: 16	Tamaño de muestra reducido	NI
3	Limbacher et al. 2022. Estados Unidos	Examinar las interacciones de comunicación entre mujeres con cáncer de mama en tratamiento con quimioterapia y el personal clínico, sobre la experiencia y manejo de los síntomas menopáusicos para identificar barreras en la empatía, sensibilidad y estrategias de abordaje durante las consultas médicas	EC	Mujeres con cáncer de mama y personal clínico: 37	Limitada generalizabilidad de sus hallazgos debido a la naturaleza cualitativa del estudio y a la especificidad de la muestra	NI
4	Maya et al. 2021. India	Analizar las experiencias del personal clínico de oncología en la India al comunicar el pronóstico del cáncer con personas con cáncer y sus cuidadores, identificando barreras y facilitadores clave para mejorar estas conversaciones	Cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas	Personal clínico de oncología y de cuidado paliativo: 30	Sesgo cultural en un único país	NI

#	Autor, año y país	Objetivo	Diseño	Población	Limitaciones metodológicas	Conflicto de interés
6	Miranda et al. 2024. Chile	Describir las prácticas de comunicación utilizadas por el personal clínico en relación con la salud sexual en el cuidado de personas con cáncer, así como identificar las barreras que enfrentan al abordar este tema durante el cuidado del cáncer	Estudio exploratorio, descriptivo, transversal	Personal clínico de oncología (N=NI)	Estudio exploratorio en un único contexto	NI
7	Paladino et al. 2020. Estados Unidos	Evaluar la experiencia de personas y clínicos en una conversación en oncología utilizando la Guía de Conversación sobre Enfermedades Graves (en inglés: <i>Serious Illness Conversation Guide</i> -SICG y su impacto en aspectos como la ansiedad, la esperanza, el control sobre las decisiones médicas y la relación con el clínico	Análisis descriptivo	Personal clínico: 54	Análisis descriptivo sin aleatorización y con escasa posibilidad de generalización	Sí: Dr. Block recibe compensación como editor de cuidados paliativos en UpToDate
9	Van der Velden et al. 2024. Países Bajos	Examinar cómo distintas estrategias de comunicación del pronóstico (divulgación, incertidumbre o no divulgación) influyen en su percepción, la toma de decisiones sobre el tratamiento y la anticipación del cuidado al final de la vida en personas con cáncer avanzado	Experimental	Personas sin cáncer, que actuaron como "representantes" de personas reales con cáncer (N=NI)	Inclusión de personas con cáncer simulado	No conflicto

EC: Estudio cualitativo; NI: No Informado.

Anexo 6. Tabla de estudios excluidos

Diseño (n=13)	
2024	Krieger, T.; Dittmer, K.; Reinert, D.; Hömberg, M.; Tepe, A.; Hamm, I.; Vitinius, F.
2020	Krystallidou, D.; Vaes, L.; Devisch, I.; Wens, J.; Pype, P.
2020	Fujimori, M.; Sato, A.; Jinno, S.; Okusaka, T.; Yamaguchi, T.; Ikeda, M.; Ueno, M.; Ozaka, M.; Takayama, Y.; Miyaji, T.; Majima, Y.; Uchitomi, Y.
2019	Stiefel, F.; Bourquin, C.
2021	*Epstein AS, Kakarala SE, Reyna VF, Saxena A, Maciejewski PK, Shah MA, et al.
2021	*Jones G, Gollish M, Trudel G, Rutkowski N, Brunet J, Lebel S.
2022	*Limbacher SA, Mazanec SR, Frame JM, Connolly MC, Park S, Rosenzweig MQ
2021	*Maya S, Banerjee SC, Chawak S, Parker PA, Kandikattu S, Chittem M.
2024	*Paz Rojas Miranda D, Micolich V C, Goset K, Salas SP.
2020	*Paladino J, Koritsanszky L, Nisotel L, Neville BA, Miller K, Sanders J, et al.
2024	*Van Der Velden NCA, Smets EMA, Van Vliet LM, Brom L, Van Laarhoven HWM, Henselmans I.
2016	*Rodenbach RA, Rodenbach KE, Tejani MA, Epstein RM. R
2017	*McMullen S, Szabo S, Halbert R, Lai C, Parikh A, Bunce M, et al.

*: estos estudios se consideran excluidos, pero contribuyeron a reforzar el contenido de algunas de las recomendaciones nuevas. Estos han sido descritos en el Anexo 5

Intervención (n=8)	
2020	Back, A. L.
2021	Nortjé, N.; Stepan, K.
2024	Abu-Odah, H.; Chan, E. A.; Molassiotis, A.
2023	García Abejas, A.; Serra Trullás, A.; Sobral, M. A.; Canelas, D.; Leite Costa, F.; Salvador Verges, À
2021	Frederick, N. N.; Bingen, K.; Bober, S. L.; Cherven, B.; Xu, X.; Quinn, G. P.; Ji, L.; Freyer, D. R.
2024	Wang, S.-J.; Hu, W.-Y.; Chang, Y.-C.
2023	Pozzar, R. A.; Berry, D. L.
2023	Gage, Lindsay; Teply, Melissa

Objetivo (n=77)	
2019	Sisk, B. A.; Schulz, G. L.; Mack, J. W.; Yaeger, L.; DuBois, J.
2018	Friesen-Storms, J. H.; Bours, G. J.; Snijders, I. C.; van der Weijden, T.; Jie, K.-S. G.; Beurskens, A. J.
2024	Rabben, J.; Vivat, B.; Fossum, M.; Rohde, G. E.
2024	Black, G.; Moreland, J.-A.
2024	Lawson McLean, A.; Lawson McLean, A. C.
2024	Kachimanga, C.; McGlashan, J.; Cunningham, N.; Hoyle, L.
2023	Grauman, Å; Ancillotti, M.; Veldwijk, J.; Mascalzoni, D.
2023	Crothers, K.; Shahrir, S.; Kross, E. K.; Kava, C. M.; Cole, A.; Wenger, D.; Triplette, M.
2023	Ihrig, A.; Richter, J.; Bugaj, T. J.; Friederich, H.-C.; Maatouk, I.
2023	Derevianko, A.; Pizzoli, S. F. M.; Pesapane, F.; Rotili, A.; Monzani, D.; Grasso, R.; Cassano, E.; Pravettoni, G.
2023	Nahata, L.; Anazodo, A.; Cherven, B.; Logan, S.; Meacham, L. R.; Meade, C. D.; Zarnegar-Lumley, S.; Quinn, G. P.
2023	Lelorain, Sophie; Gehenne, Lucie; Christophe, Veronique; Duprez, Christelle
2022	Yi, J.; Kim, M. A.; Choi, K. H.; Bradbury, L.
2022	SF Gallups
2022	Hrdličková, L.
2022	Parikh, R. B.; Manz, C. R.; Nelson, M. N.; Ferrell, W.; Belardo, Z.; Temel, J. S.; Patel, M. S.; Shea, J. A.

2022	Guimond, E.; Getachew, B.; Nolan, T. S.; Miles Sheffield-Abdullah, K.; Conklin, J. L.; Hirschey, R.
2022	Shukla, U. C.; Jimenez, R. B.; Jagsi, R.; Rosenberg, A. R.; Marron, J. M.; Carfang, L. J.; Lawton, C. A.; Dizon, D. S.; Katz, M. S.
2022	Ribi, K.; Kalbermatten, N.; Eicher, M.; Strasser, F.
2022	Blazin, L. J.; Cuvillo, A.; Spraker-Perlman, H.; Kaye, E. C.
2022	Sisk, B. A.; Harvey, K.; Friedrich, A. B.; Antes, A. L.; Yaeger, L. H.; Mack, J. W.; DuBois, J. M.
2022	Dunlop, E.; Ferguson, A.; Mueller, T.; Baillie, K.; Clarke, J.; Laskey, J.; Kurdi, A.; Wu, O.; Jones, R.; Glen, H.; Bennie, M.
2022	Walker, Louise; Sivell, Stephanie
2022	Schulte-Vieting, Tamara; Siegle, Anja; Jung, Corinna; Villalobos, Matthias; Thomas, Michael
2021	Banerjee, S. C.; Haque, N.; Schofield, E. A.; Williamson, T. J.; Martin, C. M.; Bylund, C. L.; Shen, M. J.; Rigney, M.; Hamann, H. A.; Parker, P. A.; McFarland, D. C.; Park, B. J.; Molena, D.; Moreno, A.; Ostroff, J. S.
2021	Terrasson, J.; Brédart, A.; El Mellah, L.; Doz, F.; Seigneur, É; Dolbeault, S.
2021	Palmer Kelly, E.; McGee, J.; Obeng-Gyasi, S.; Herbert, C.; Azap, R.; Abbas, A.; Pawlik, T. M.
2021	Zeng, K.; Wang, N.; Wang, M.; Hu, L.; Deng, G.; Stephenson, M.; Zhang, L.
2021	Wedding, U.
2021	Collyar, D. E.; Gautier, L. J.
2021	Lawler, M.; Oliver, K.; Gijssels, S.; Aapro, M.; Abolina, A.; Albrecht, T.; Erdem, S.; Geissler, J.; Jassem, J.; Karjalainen, S.; La Vecchia, C.; Lievens, Y.; Meunier, F.; Morrissey, M.; Naredi, P.; Oberst, S.; Poortmans, P.; Price, R.; Sullivan, R.; Velikova, G.; Vrdoljak, E.; Wilking, N.; Yared, W.; Selby, P.
2021	Zavaroni, M.; Oudé-Engberink, A.; Antoine, V.
2021	Toh, S. W.; Hollen, V. T.; Ang, E.; Lee, Y. M.; Devi, M. K.
2021	Chawak, Shweta; Chittem, Mahati; Maya, Sravanthi; Dhillon, Haryana M.; Butow, Phyllis N.
2020	Schechter, N. R.; Brown, D. W.; Bovi, J. A.; Dominello, M. M.; Liu, A. K.; Mattes, M. D.; Michalski, J. M.; Shih, H. A.; Strom, E.; Wilkinson, J. B.; Rosenthal, S. A.; Hartford, A. USA
2020	Starkings, R.; Shilling, V.; Jenkins, V.; Fallowfield, L.
2020	Loupakis, F.; Antonuzzo, L.; Bachet, J.-B.; Kuan, F.-C.; Macarulla, T.; Pietrantonio, F.; Xu, R.-H.; Taniguchi, H.; Winder, T.; Yuki, S.; Zeng, S.; Bekaii-Saab, T.
2020	Wittenberg, E.; Goldsmith, J.; Parnell, T. A.
2017	Lim, Y. K.; Jackson, C.; Dauway, E. L.; Richter, K. K.
2017	Bowser, D.; Marqusee, H.; El Koussa, M.; Atun, R.
2017	Katz, S. J.; Janz, N. K.; Abrahamse, P.; Wallner, L. P.; Hawley, S. T.; An, L. C.; Ward, K. C.; Hamilton, A. S.; Morrow, M.; Jagsi, R.
2017	Schoenborn, N. L.; Lee, K.; Pollack, C. E.; Armacost, K.; Dy, S. M.; Bridges, J. F. P.; Xue, Q.-L.; Wolff, A. C.; Boyd, C.
2017	Peabody, J. W.; Demaria, L. M.; Tamondong-Lachica, D.; Florentino, J.; Czarina Acelajado, M.; Ouenes, O.; Richie, J. P.; Burgon, T.
2017	Agarwal, R.; Epstein, A. S.
2017	Arai, R. J.; Longo, E. S.; Sponton, M. H.; Diz, M. D. P. E.
2015	Fustino, N. J.; Kochanski, J. J.
2015	Otis-Green, Shirley; Jones, Barbara; Zebrack, Brad; Kilburn, Lisa; Altilio, Terry A.; Ferrell, Betty
2015	Errasti-Ibarrondo, Begona; Perez, Mercedes; Carrasco, Jose Miguel; Lama, Marcos; Zaragoza, Amparo; Arantzamendi, Maria
2014	Li, Q.; Loke, A. Y.
2014	Laiyemo, Adeyinka O.; Adebogun, Akeem O.; Doubeni, Chyke A.; Ricks-Santi, Luisel; McDonald-Pinkett, Shelly; Young, Patrick E.; Cash, Brooks D.; Klabunde, Carrie N.
2014	Te Boveldt, Nienke; Vernooij-Dassen, Myrra; Leppink, Irene; Samwel, Han; Vissers, Kris; Engels, Yvonne
2023	Høeg, B. L.; Sevillano, P. B.; Enesco, I.; Wakefield, C. E.; Larsen, H. B.; Bidstrup, P. E.
2019	Littell, R. D.; Kumar, A.; Einstein, M. H.; Karam, A.; Bevis, K.
2018	Moore, P. M.; Rivera, S.; Bravo-Soto, G. A.; Olivares, C.; Lawrie, T. A.

2021	Kaye, Erica C.; Woods, Cameka; Velrajan, Srilakshmi; Lemmon, Monica E.; Baker, Justin N.; Mack, Jennifer W.
2022	Bloom, J. R.; Marshall, D. C.; Rodriguez-Russo, C.; Martin, E.; Jones, J. A.; Dharmarajan, K. V.
2021	Agarwal, A.; Livingstone, A.; Karikios, D. J.; Stockler, M. R.; Beale, P. J.; Morton, R. L.
2017	Bumb, M.; Keefe, J.; Miller, L.; Overcash, J.
2015	Pang, Y.; Tang, L.; Zhang, Y.; Song, L.; Goelz, T.; Fritzsche, K.; Wuensch, A.
2024	Wang, Y.; Seplaki, C. L.; Norton, S. A.; Williams, A. M.; Kadambi, S.; Loh, K. P.
2023	Murray, A.; Francks, L.; Hassanein, Z. M.; Lee, R.; Wilson, E.
2021	Tarbi, E. C.; Gramling, R.; Bradway, C.; Meghani, S. H.
	Lin, B.; Gutman, T.; Hanson, C. S.; Ju, A.; Manera, K.; Butow, P.; Cohn, R. J.; Dalla-Pozza, L.; Greenzang, K. A.; Mack, J.; Wakefield, C. E.; Craig, J. C.; Tong, A.
2020	Hong, S. J.
2017	Finkelstein, A.; Carmel, S.; Bachner, Y. G.
2022	Harnischfeger, N.; Rath, H. M.; Oechsle, K.; Bergelt, C.
	Coyle, N.; Manna, R.; Shen, M.; Banerjee, S. C.; Penn, S.; Pehrson, C.; Krueger, C. A.; Maloney, E. K.; Zaider, T.; Bylund, C. L.
2015	Boeriu, E.; Borda, A.; Miclea, E.; Boeriu, A.-I.; Vulcanescu, D. D.; Bagiu, I. C.; Horhat, F. G.; Kovacs, A. F.; Avram, C. R.; Diaconu, M. M.; Vlaicu, L. F.; Sirb, O. D.; Arghirescu, S. T.
2023	Shaw, J.; Allison, K.; Cuddy, J.; Lindsay, T.; Grimison, P.; Shepherd, H.; Butow, P.; Shaw, T.; Baychek, K.; Kelly, B.
	Fischer, F.; Helmer, S.; Rogge, A.; Arraras, J. I.; Buchholz, A.; Hannawa, A.; Horneber, M.; Kiss, A.; Rose, M.; Söllner, W.; Stein, B.; Weis, J.; Schofield, P.; Witt, C. M.
2019	Hansen, D. G.; Trabjerg, T. B.; Sisler, J. J.; Søndergaard, J.; Jensen, L. H.
2019	Bos-van den Hoek, D. W.; Visser, L. N. C.; Brown, R. F.; Smets, E. M. A.; Henselmans, I.
2016	Koh, S. J.; Kim, S.; Kim, J.
2023	Sisk, B. A.; Newman, A. R.; Chen, D.; Mack, J. W.; Reeve, B. B.
2024	Nahm, S. H.; Subramaniam, S.; Stockler, M. R.; Kiely, B. E.
	Westendorp, J.; Geerse, O. P.; van der Lee, M. L.; Schoones, J. W.; van Vliet, M. H. M.; Wit, T.; Evers, A. W. M.; van Vliet, L. M.
2015	Bousquet, G.; Orri, M.; Winterman, S.; Brugière, C.; Verneui, L.; Revah-Levy, A.

Resultados (n=4)

2023	Barrett, T.; de Rooij, M.; Giganti, F.; Allen, C.; Barentsz, J. O.; Padhani, A. R.
2023	Ruble, K.; Paré-Blagoev, J.; Carey, L. B.; Milla, K.; Thornton, C. P.; Henegan, S.; Jacobson, L. A.
2021	Sisk, B. A.; Keenan, M. A.; Blazin, L. J.; Kaye, E.; Baker, J. N.; Mack, J. W.; DuBois, J. M.
2023	Mora, D. C.; Kristoffersen, A. E.; Jong, M. C.; Hervik, J. A.; Stub, T.

Población (n=1)

2023	Schmalz, C.; Rogge, A.; Dunst, J.; Krug, D.; Liethmann, K.
------	--

Anexo 7. Nuevas recomendaciones y estrategias extraídas de la revisión sistemática

#	Autor, año	Recomendación Nueva	Estrategias Relacionadas a la Recomendación Nueva	Ejemplos de comunicación
1	Roy M, 2020; Licqurish, 2019; Paladino J, 2020 * ¹	Uso de recordatorios o alertas para incluir temas importantes en las conversaciones en momentos críticos del cuidado	a. Implementar alertas automáticas en la historia clínica electrónica para recordar a los profesionales discutir temas clave, como cambios en el tratamiento o antes de consultas importantes. b. Utilizar herramientas tecnológicas que ayuden a planificar y organizar conversaciones esenciales en momentos clave del proceso de cuidado de la persona con cáncer.	NA
2	Roy M, 2020; Jones G, 2021 * ²	Explorar de forma activa la fatiga relacionada con el cáncer y la sexualidad como parte de una evaluación integral del bienestar de la persona con cáncer.	a. Establecer un protocolo que incluya preguntas específicas sobre síntomas psicosociales y físicos más allá de los aspectos médicos comunes, permitiendo una evaluación integral de la persona con cáncer. b. Crear un espacio durante las consultas para abordar específicamente la fatiga relacionada con el cáncer. Preguntar abiertamente si la persona con cáncer ha sentido una fatiga extrema y cómo esto afecta su vida diaria. c. Proporcionar estrategias de manejo de la fatiga, como ajustes en la actividad física, apoyo nutricional o intervenciones psicológicas, y asegurarse que la persona	<i>"Entiendo que la fatiga puede ser abrumadora, pero quiero que sepa que es un síntoma habitual que podemos tratar si es necesario. Podemos hablar para decidir conjuntamente cómo ajustar sus actividades y encontrar formas para que le afecte menos en su día a día.</i> <i>¿Le parece bien si empezamos por ahí?"</i> <i>"Recuerda que el cuidado del cáncer es un proceso integral, que requiere atención tanto a su salud física como a su bienestar emocional.</i> <i>Vamos a explorar conjuntamente cómo mantener ambos en equilibrio para alcanzar sus objetivos de recuperación".</i>

#	Autor, año	Recomendación Nueva	Estrategias Relacionadas a la Recomendación Nueva	Ejemplos de comunicación
			con cáncer comprenda que la fatiga es un síntoma habitual que se puede tratar. d. Reforzar el mensaje de que el bienestar físico y emocional es parte integral del cuidado del cáncer y no solo el tratamiento médico de la enfermedad.	
3	Graetz DE, 2020; Kaye EC, 2018.	Ajustar el nivel y el tono de la comunicación según la edad, el desarrollo cognitivo y la capacidad de comprensión de los menores con cáncer pediátrico. Utilizar un lenguaje claro, accesible y adecuado a su nivel de madurez, facilitando su comprensión y brindando apoyo emocional durante el proceso de atención.	a. Animar a los tutores legales a involucrar a las personas menores de edad con cáncer en las discusiones y garantizar que participen en el proceso de toma de decisiones sobre su tratamiento. b. Adaptar el lenguaje y el contenido de las conversaciones según la edad y el desarrollo cognitivo de la persona menor de edad con cáncer.	Ajustado a niños/as menores de 8 años: <i>"Tu cuerpo está formado por muchas células pequeñitas, como piezas de un rompecabezas. Algunas de esas células no están funcionando bien y necesitamos ayudar a que tu cuerpo las controle. Para eso, usaremos un tratamiento especial que nos ayudará a que te sientas mejor. A veces puede que te canses un poco o tengas preguntas, y cuando eso pase, dime, porque estamos aquí para cuidarte y explicarte todo."</i> <i>"Es normal sentirse nervioso/a. Puede que sientas una pequeña molestia, pero usaremos medicamentos para que sea lo más cómodo posible. No durará mucho, y si en algún momento te sientes incómodo/a, avísanos. Cada paso nos acerca a que te sientas mejor, y no estás solo/a en esto."</i>
4	Chittem M, 2021; Hong A, 2020.	Previo consentimiento de la persona con cáncer, y cuando las circunstancias lo requieran, el personal clínico puede promover el desarrollo de habilidades de comunicación en familiares y personas cuidadoras, facilitando su participación activa en el proceso de cuidado. Asimismo, si la persona con cáncer lo desea, se puede facilitar la participación de otros miembros de la familia y agentes comunitarios de apoyo en	a. Facilitar espacios para que los familiares puedan expresar sus dudas, temores y preocupaciones sobre la revelación del diagnóstico, para evitar malentendidos en las conversaciones con su familiar que padece cáncer.	<i>"Si sus familiares tienen dudas sobre cómo manejar, tener más información o sobre adaptarse a la nueva realidad que plantea esta enfermedad, podemos organizar una reunión para que expresen sus preocupaciones y asegurar que todos estemos en la misma página."</i> <i>"Si cree que otros miembros de su familia, como amigos/as cercanos o familiares extendidos, pueden ser de ayuda a la hora de valorar diferentes opciones en el</i>

#	Autor, año	Recomendación Nueva	Estrategias Relacionadas a la Recomendación Nueva	Ejemplos de comunicación
		las conversaciones clínicas, promoviendo así un entorno colaborativo y centrado en sus necesidades.		<i>proceso de gestión de la enfermedad, podemos invitarlos/as a alguna de las consultas que tendremos."</i>
5	Alves CGB, 2020; Licqurish SM, 2019; Saeed H, 2024; Skovlund PC, 2020; Winner M, 2017.	Integrar herramientas de apoyo a la comunicación tanto para las personas con cáncer como para el personal clínico. Estas estrategias facilitan una mejor comprensión, participación y toma de decisiones informada y compartida.	a. Utilizar plataformas de teleconsulta, herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartida (decision aids), listas de preguntas sugeridas, grabaciones de las consultas, materiales escritos sobre asimilación de malas noticias, videos y pequeñas tareas para hacer en casa, con el objetivo de mejorar la comprensión de las personas con cáncer, la concreción de sus preferencias de información y facilitar una toma de decisiones informadas. b. Asegurar que estas herramientas estén disponibles desde el diagnóstico, y antes de cada momento crítico de la enfermedad (i.e., antes de la cirugía u otra intervención), no sólo en fases avanzadas del tratamiento. c. Incorporar cuestionarios y herramientas que permitan a las personas con cáncer compartir sus resultados y preocupaciones de manera sistemática en las consultas, asegurando que la información sea utilizada para personalizar la comunicación y el proceso de cuidado. d. Revisar periódicamente los resultados informados por la persona con cáncer para	- Lista de preguntas sugeridas - Grabación de las consultas como recurso de análisis - Guías de apoyo sobre el impacto de malas noticias en salud - Guías y herramientas para personas con cáncer sobre toma de decisiones compartida - Teleconsulta - Herramienta de ayuda en formato digital

#	Autor, año	Recomendación Nueva	Estrategias Relacionadas a la Recomendación Nueva	Ejemplos de comunicación
			ajustar las estrategias de comunicación y el enfoque del cuidado.	
6	Stiefel F, 2018a; Stiefel F, 2018b; De Vries AMM, 2014.	Resulta fundamental que el personal clínico identifique y maneje las barreras emocionales y contextuales que puedan influir en su desempeño profesional y en la relación con las personas con cáncer. Desarrollar estrategias de autoconocimiento y regulación emocional permite brindar una atención más empática, efectiva y centrada en las necesidades de la persona con cáncer.	a. Promover el desarrollo individual del personal clínico para que mejore sus niveles de autorreflexión, adaptabilidad y capacidad para manejar las barreras emocionales (internas) y contextuales que pueden dificultar la comunicación. b. Facilitar espacios de reflexión y apoyo entre el personal clínico para identificar y abordar el estrés, fatiga o desgaste emocional y otros factores emocionales que puedan afectar su comunicación con las personas con cáncer. c. Favorecer la reflexión del personal clínico sobre sus propias ideas y sentimientos acerca de la muerte para poder comunicarse de manera más clara y empática con las personas con cáncer en fases avanzadas.	- Reconocer qué tipo de situaciones o personas con cáncer tienden a generar respuestas emocionales negativas. Una vez identificados, elaborar estrategias para manejar esas respuestas de forma constructiva, por ejemplo, tomando una pausa antes de responder. - Asistir activamente a sesiones de grupo con compañeros/as para compartir experiencias, discutir desafíos y ofrecer apoyo mutuo. Estas sesiones pueden ser un espacio seguro para expresar emociones y preocupaciones.

#	Autor, año	Recomendación Nueva	Estrategias Relacionadas a la Recomendación Nueva	Ejemplos de comunicación
7	Martin EJ, 2019; Mulder RL, 2021.	El personal clínico debe informar de manera clara y accesible sobre los posibles efectos secundarios de cada tratamiento, siempre que estos existan. Garantizar que la persona con cáncer comprenda estos efectos permite una toma de decisiones informada y una mejor preparación para el manejo de síntomas y ajustes en su calidad de vida.	a. Al discutir tratamientos que conllevan efectos secundarios explicar claramente las posibles complicaciones de una manera comprensible y sin tecnicismos. b. Reforzar la explicación con material visual o recursos escritos que ayuden a las personas con cáncer a comprender los efectos secundarios potenciales.	<i>"Este tratamiento puede afectar su energía y causar molestias temporales, pero hay formas de aliviar esos síntomas. ¿Quiere que le explique más sobre cómo manejarlos?"</i> <i>"Le daré un folleto que resume lo que hablamos, incluyendo consejos para manejar los efectos secundarios. Podemos revisarlo juntos ahora, si quiere."</i>
8	Lim RBL, 2016; Epstein AS, 2021 * ³ ; Van der Velden NCA, 2024 * ³ .	Es importante que el personal clínico emplee declaraciones reflexivas y empáticas para validar las emociones de la persona con cáncer. Reconocer y responder con sensibilidad a sus sentimientos fortalece la relación terapéutica, fomenta la confianza y brinda un apoyo emocional adecuado durante el proceso de atención.	a. Incorporar declaraciones reflexivas en la comunicación que demuestran que el personal clínico ha escuchado y comprendido las preocupaciones de la persona con cáncer, reforzando así la confianza. b. Practicar la escucha activa en todas las conversaciones, demostrando interés genuino en las preocupaciones emocionales de la persona con cáncer y de su familia. c. Reconocer de manera honesta las incertidumbres y los límites del conocimiento médico y el alcance de las posibilidades de tratamiento durante las conversaciones con las personas con cáncer. d. Utilizar pronombres inclusivos como "nosotros/as" y "nuestro equipo" en las conversaciones para crear un sentido de unidad y apoyo con la persona con cáncer.	Utilizar declaraciones reflexivas y empáticas para demostrar que escucha y comprende las preocupaciones de la persona con cáncer. Reconocer sus emociones y usar un lenguaje inclusivo como 'nosotros/as' refuerza la confianza y crea un ambiente de apoyo. <i>"Quiero que sepa que estoy aquí para escucharle y comprender sus preocupaciones. Estamos juntos/as en esto, y mi equipo y yo haremos todo lo posible para apoyarle en cada paso del camino."</i> <i>"Es estresante venir para estas tomografías y tener que preocuparse por si habrán malas noticias."</i>
9	Feraco AM, 2016; Kaye EC, 2020;	El personal clínico debe recibir formación en habilidades comunicativas específicas según su área de atención dentro del contexto oncológico, como en pediatría oncológica,	a. Implementar programas de formación continua en habilidades de comunicación específicas para áreas como la radioterapia, pediatría y/o otras áreas del cuidado del	- Participar y promover (con otro personal clínico y con las personas con cáncer y sus familias) talleres de simulación donde practiquen la comunicación en escenarios típicos de radioterapia (explicar el

#	Autor, año	Recomendación Nueva	Estrategias Relacionadas a la Recomendación Nueva	Ejemplos de comunicación
	Van Beusekom MM, 2019.	radioterapia u otras especialidades. Esto garantizará una comunicación efectiva y empática, adaptada a las necesidades particulares de cada paciente y su entorno.	cáncer, donde las interacciones pueden tener necesidad de ser más personalizadas como en el caso de las personas menores de edad, o ser más técnicas, y/o emocionalmente desafiantes. b. Evaluar las necesidades de cada área clínica para desarrollar entrenamientos en comunicación ajustados a las situaciones más comunes de cada una.	tratamiento, manejar efectos secundarios, abordar miedos). - Capacitación en el uso de apoyos para la mejora de la alfabetización sanitaria: Aprender a usar imágenes, diagramas y videos sencillos para explicar la terapia de forma visual. - Oncología pediátrica: Adaptar el lenguaje a la edad; utilizar un lenguaje sencillo y concreto con los/as más pequeños/as, emplear metáforas y analogías para explicar los procesos (p. e. la medicina es como un/a "superhéroe/superheroína").
10	Berg MN, 2021; Limbacher SA, 2022 * ⁴ ; Miranda DPR, 2024 * ⁴ .	El personal clínico debe proporcionar información clara y comprensible, integrando una perspectiva de género y una sensibilidad cultural (adaptando la comunicación al contexto sociocultural de cada persona con cáncer), para un cuidado equitativo y centrado en la persona.	a. Ofrecer una comunicación con perspectiva de género que respete la individualidad y las circunstancias de la persona con cáncer, facilitando una conversación abierta y no normativa sobre sexualidad, incluyendo las distintas expresiones y necesidades de afecto, intimidad y conexión emocional durante y después del tratamiento.	<i>“Durante el tratamiento, algunas personas experimentan cambios en su deseo sexual o en cómo se sienten con respecto a su cuerpo. Es importante hablar abiertamente sobre cualquier inquietud o necesidad que tenga, ya sea en términos de afecto, intimidad o conexión emocional. ¿Le gustaría hablar sobre cómo estos cambios podrían afectar su vida sexual o relaciones?”</i>
11	Primeau C, 2024; Maya S, 2021 * ⁵ .	Es fundamental que el personal clínico evite el uso de eufemismos y la sobreprotección excesiva al comunicarse con las personas con cáncer. Es fundamental gestionar el equilibrio entre el silencio y la honestidad, proporcionando información de manera clara, respetuosa y sensible, para fomentar la confianza y la toma de decisiones informada.	a. Evitar el uso de eufemismos en conversaciones difíciles, especialmente cuando se trata de temas delicados como el fin de la vida, para asegurar que la persona con cáncer entienda la gravedad de la situación. Se recomienda utilizar un enfoque claro y honesto, pero sensible, al abordar la gravedad de la enfermedad, ajustando la comunicación según las necesidades y el estado emocional de la persona.	<i>“Es difícil decir esto, pero creo que es importante ser honesto/a. La enfermedad está avanzando, y ahora debemos hablar sobre lo que es más importante para usted en este momento.” “Entiendo que esto es mucha información. Tomemos un momento y, cuando esté listo, podemos hablar sobre sus preguntas o inquietudes.”</i>

#	Autor, año	Recomendación Nueva	Estrategias Relacionadas a la Recomendación Nueva	Ejemplos de comunicación
			b. Permitir momentos de silencio durante las conversaciones emocionales, dándole espacio a la persona con cáncer para procesar la información sin interrumpir con explicaciones adicionales.	
12	Mulder RL, 2021.	El personal clínico debe iniciar conversaciones sobre los riesgos de infertilidad asociados con el tratamiento oncológico desde el momento del diagnóstico. Informar tempranamente a las personas con cáncer sobre sus opciones de preservación de la fertilidad permite una toma de decisiones informada y la posibilidad de acceder a intervenciones oportunas según sus deseos y planes futuros.	a. Proporcionar información clara sobre los riesgos de infertilidad asociados con el tratamiento desde el diagnóstico, y ofrecer opciones de preservación de la fertilidad. b. Ajustar la conversación sobre infertilidad según la edad, creencias culturales y situación familiar de la persona con cáncer.	<i>“Algunos tratamientos pueden afectar a la fertilidad. Sin embargo, podemos explorar opciones para preservar la fertilidad antes de comenzar el tratamiento. ¿Le gustaría conocer estas opciones? ¿Qué preocupaciones o dudas le surgen ante esta posibilidad?”</i> <i>“Quiero asegurarme de que respetamos sus valores y preferencias al discutir las opciones de preservación de la fertilidad. Si lo prefiere, podemos buscar una manera de manejar esta situación para que esté alineada con sus valores y preferencias.”</i>

NA: No aplica.

*1 Paladino et al, 2020. Aunque este estudio descriptivo no cumplía con los criterios de inclusión establecidos en cuanto al diseño, se considera una referencia complementaria relevante, ya que refuerza la importancia del uso de alertas y recordatorios en momentos críticos del proceso de cuidado.

*2 Jones et al, 2021. Aunque este estudio cualitativo no cumplía con los criterios de inclusión establecidos en cuanto al diseño, se considera una referencia complementaria de relevancia, ya que subraya la importancia de que, durante el proceso de exploración clínica, se contemplen otros síntomas más allá de los físicos. Cabe señalar que el estudio de Roy, 2020 se centra específicamente en el ámbito del cáncer ginecológico, lo que acota su aplicabilidad, pero aporta reflexiones valiosas que pueden extrapolarse a otros contextos oncológicos.

*3 Epstein et al, 2021; Van der Velden. Aunque estos estudios experimentales no cumplían con los criterios de inclusión establecidos en cuanto al diseño, se consideran una referencia complementaria de relevancia, ya que también apoyan el contenido de esta recomendación. En particular, el estudio de Lim et al, 2016, coincide con dichas recomendaciones, aunque centrado específicamente en el cuidado al final de la vida.

*4 Limbacher et al, 2022; Miranda et al, 2024. Aunque estos estudios cualitativos no cumplían con los criterios de inclusión establecidos en cuanto al diseño, se consideran referencias complementarias relevantes, ya que respaldan el contenido de esta recomendación. Aunque en dichos estudios las reflexiones sobre la perspectiva de género son implícitas y se hace mayor énfasis en las identidades sexuales, se ha decidido mantener explícitamente la incorporación de la perspectiva de género en la recomendación, al considerarse un aspecto crucial de la comunicación en oncología.

*5 Maya et al, 2021. Aunque este estudio cualitativo no cumplía con los criterios de inclusión establecidos en cuanto al diseño, se considera una referencia complementaria de relevancia, ya que apoya el contenido de esta recomendación y subraya la importancia de evitar el uso de eufemismos.

Anexo 8. Estadísticos descriptivos de la primera ronda del estudio Delphi

RONDA 1								
ID	Nada Importante N (%)	Poco importante N (%)	Moderadamente Importante N (%)	Muy importante N (%)	Extremadamente Importante N (%)	Rango	Media (DT)	Mediana (P25-P75)
ASCO_6.2	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (26.1%)	17 (73.9%)	1	4.7 (0.4)	5 (4.5-5)
ASCO_3.2	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (27.3%)	16 (72.7%)	1	4.7 (0.5)	5 (4.25-5)
ASCO_2.1	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (34.8%)	15 (65.2%)	1	4.7 (0.5)	5 (4-5)
ASCO_3.1	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (36.4%)	14 (63.6%)	1	4.6 (0.5)	5 (4-5)
ASCO_1.4	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (37.5%)	15 (62.5%)	1	4.6 (0.5)	5 (4-5)
ASCO_1.2	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (41.7%)	14 (58.3%)	1	4.6 (0.5)	5 (4-5)
ESMO_1.1	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	13 (59.1%)	9 (40.9%)	1	4.4 (0.5)	4 (4-5)
ESMO_3.3	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.2%)	7 (29.2%)	16 (66.7%)	2	4.6 (0.6)	5 (4-5)
ESMO_4.3	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.2%)	9 (37.5%)	14 (58.3%)	2	4.5 (0.6)	5 (4-5)
RS 2024_09	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.2%)	10 (41.7%)	13 (54.2%)	2	4.5 (0.6)	5 (4-5)
ASCO_1.5	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.2%)	11 (45.8%)	12 (50%)	2	4.5 (0.6)	4.5 (4-5)
ASCO_1.1	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.2%)	13 (54.2%)	10 (41.7%)	2	4.4 (0.6)	4 (4-5)
ESMO_4.2	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.2%)	13 (54.2%)	10 (41.7%)	2	4.4 (0.6)	4 (4-5)
ASCO_9.3	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.3%)	7 (30.4%)	15 (65.2%)	2	4.6 (0.6)	5 (4-5)
ESMO_1.3	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.5%)	10 (45.5%)	11 (50%)	2	4.5 (0.6)	4.5 (4-5)
ASCO_9.2	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.5%)	13 (59.1%)	8 (36.4%)	2	4.3 (0.6)	4 (4-5)

RONDA 1								
ID	Nada Importante N (%)	Poco importante N (%)	Moderadamente Importante N (%)	Muy importante N (%)	Extremadamente Importante N (%)	Rango	Media (DT)	Mediana (P25-P75)
RS 2024_03	0 (0%)	0 (0%)	2 (8.3%)	5 (20.8%)	17 (70.8%)	2	4.6 (0.6)	5 (4-5)
ESMO_3.2	0 (0%)	0 (0%)	2 (8.3%)	6 (25%)	16 (66.7%)	2	4.6 (0.7)	5 (4-5)
ESMO_3.1	0 (0%)	0 (0%)	2 (8.3%)	9 (37.5%)	13 (54.2%)	2	4.5 (0.7)	5 (4-5)
ESMO_4.1	0 (0%)	0 (0%)	2 (8.3%)	12 (50%)	10 (41.7%)	2	4.3 (0.6)	4 (4-5)
ASCO_1.3	0 (0%)	0 (0%)	2 (8.3%)	14 (58.3%)	8 (33.3%)	2	4.2 (0.6)	4 (4-5)
ASCO_2.4	0 (0%)	0 (0%)	2 (8.7%)	9 (39.1%)	12 (52.2%)	2	4.4 (0.7)	5 (4-5)
ASCO_2.2	0 (0%)	0 (0%)	2 (8.7%)	10 (43.5%)	11 (47.8%)	2	4.4 (0.7)	4 (4-5)
ESMO_1.4	0 (0%)	0 (0%)	2 (9.1%)	8 (36.4%)	12 (54.5%)	2	4.5 (0.7)	5 (4-5)
ASCO_4.4	0 (0%)	0 (0%)	2 (9.1%)	11 (50%)	9 (40.9%)	2	4.3 (0.6)	4 (4-5)
RS 2024_11	0 (0%)	0 (0%)	3 (12.5%)	10 (41.7%)	11 (45.8%)	2	4.3 (0.7)	4 (4-5)
ESMO_2.2	0 (0%)	0 (0%)	3 (13%)	15 (65.2%)	5 (21.7%)	2	4.1 (0.6)	4 (4-4)
ASCO_3.3	0 (0%)	0 (0%)	3 (13.6%)	8 (36.4%)	11 (50%)	2	4.4 (0.7)	4.5 (4-5)
ASCO_4.1	0 (0%)	0 (0%)	3 (15%)	10 (50%)	7 (35%)	2	4.2 (0.7)	4 (4-5)
RS 2024_07	0 (0%)	1 (4.2%)	3 (12.5%)	4 (16.7%)	16 (66.7%)	3	4.5 (0.9)	5 (4-5)
RS 2024_08	0 (0%)	1 (4.2%)	3 (12.5%)	11 (45.8%)	9 (37.5%)	3	4.2 (0.8)	4 (4-5)
ASCO_2.3	0 (0%)	0 (0%)	4 (17.4%)	10 (43.5%)	9 (39.1%)	2	4.2 (0.7)	4 (4-5)
ASCO_9.1	0 (0%)	0 (0%)	4 (17.4%)	10 (43.5%)	9 (39.1%)	2	4.2 (0.7)	4 (4-5)
ASCO_8.2	0 (0%)	0 (0%)	4 (18.2%)	8 (36.4%)	10 (45.5%)	2	4.3 (0.8)	4 (4-5)

RONDA 1								
ID	Nada Importante N (%)	Poco importante N (%)	Moderadamente Importante N (%)	Muy importante N (%)	Extremadamente Importante N (%)	Rango	Media (DT)	Mediana (P25-P75)
ASCO_4.5	0 (0%)	1 (4.5%)	3 (13.6%)	12 (54.5%)	6 (27.3%)	3	4 (0.8)	4 (4-4.75)
ESMO_1.2	0 (0%)	1 (4.8%)	3 (14.3%)	6 (28.6%)	11 (52.4%)	3	4.3 (0.9)	5 (4-5)
ASCO_3.4	0 (0%)	0 (0%)	4 (19%)	9 (42.9%)	8 (38.1%)	2	4.2 (0.7)	4 (4-5)
RS 2024_06	0 (0%)	1 (4.2%)	4 (16.7%)	12 (50%)	7 (29.2%)	3	4 (0.8)	4 (4-5)
ESMO_2.1	0 (0%)	1 (4.2%)	4 (16.7%)	14 (58.3%)	5 (20.8%)	3	4 (0.8)	4 (4-4)
ASCO_4.3	0 (0%)	1 (4.5%)	4 (18.2%)	12 (54.5%)	5 (22.7%)	3	4 (0.8)	4 (4-4)
RS 2024_12	0 (0%)	0 (0%)	6 (25%)	6 (25%)	12 (50%)	2	4.2 (0.8)	4.5 (3.75-5)
RS 2024_04	0 (0%)	2 (8.3%)	4 (16.7%)	12 (50%)	6 (25%)	3	3.9 (0.9)	4 (3.75-4.25)
ASCO 8.3	0 (0%)	1 (4.5%)	5 (22.7%)	11 (50%)	5 (22.7%)	3	3.9 (0.8)	4 (3.25-4)
ASCO_5.2	0 (0%)	0 (0%)	6 (27.3%)	12 (54.5%)	4 (18.2%)	2	3.9 (0.7)	4 (3.25-4)
RS 2024_05	0 (0%)	1 (4.2%)	6 (25%)	13 (54.2%)	4 (16.7%)	3	3.8 (0.8)	4 (3-4)
ASCO_4.2	0 (0%)	0 (0%)	6 (30%)	8 (40%)	6 (30%)	2	4 (0.8)	4 (3-5)
ASCO_5.1	0 (0%)	0 (0%)	7 (31.8%)	9 (40.9%)	6 (27.3%)	2	4 (0.8)	4 (3-4.75)
RS 2024_02	0 (0%)	0 (0%)	8 (33.3%)	8 (33.3%)	8 (33.3%)	2	4 (0.8)	4 (3-5)
RS 2024_10	0 (0%)	1 (4.8%)	6 (28.6%)	11 (52.4%)	3 (14.3%)	3	3.8 (0.8)	4 (3-4)
ASCO_6.1	0 (0%)	3 (14.3%)	5 (23.8%)	8 (38.1%)	5 (23.8%)	3	3.7 (1)	4 (3-4)
ASCO_6.3	0 (0%)	2 (8.7%)	7 (30.4%)	9 (39.1%)	5 (21.7%)	3	3.7 (0.9)	4 (3-4)
ASCO_8.1	0 (0%)	0 (0%)	9 (40.9%)	9 (40.9%)	4 (18.2%)	2	3.8 (0.8)	4 (3-4)

RONDA 1								
ID	Nada Importante N (%)	Poco importante N (%)	Moderadamente Importante N (%)	Muy importante N (%)	Extremadamente Importante N (%)	Rango	Media (DT)	Mediana (P25-P75)
ESMO_2.3	0 (0%)	0 (0%)	11 (45.8%)	9 (37.5%)	4 (16.7%)	2	3.7 (0.8)	4 (3-4)
ASCO_7.1	1 (4.3%)	4 (17.4%)	6 (26.1%)	8 (34.8%)	4 (17.4%)	4	3.4 (1.1)	4 (3-4)
RS 2024_01	0 (0%)	4 (16.7%)	8 (33.3%)	10 (41.7%)	2 (8.3%)	3	3.4 (0.9)	3.5 (3-4)

ASCO: American Society of Clinical Oncology; ESMO: European Society for Medical Oncology; RS: Nueva Recomendación de la Revisión Sistemática.

Anexo 9. Pregunta abierta de la primera ronda del estudio Delphi

#	Afiliación profesional	Tema	Sugerencia	Recomendación ya incluida que recoge la sugerencia propuesta
Relacionados estrictamente con la comunicación				
1	Asociación Galban	Comunicación Diferenciada con Menores y Padres.	Se menciona la necesidad de distinguir en la comunicación dirigida a los menores y sus padres, especialmente en la entrega de malas noticias. Señala la falta de preparación en médicos y psicólogos para adaptar la comunicación según la edad del menor, lo que afecta al bienestar de las personas menores con cáncer pediátrico.	<u>Nueva Recomendación RS 2024 3 (Graetz 2020; Kaye 2018):</u> Ajustar el nivel y el tono de la comunicación según la edad, el desarrollo cognitivo y la capacidad de comprensión de los menores con cáncer pediátrico. Utilizar un lenguaje claro, accesible y adecuado a su nivel de madurez, facilitando su comprensión y brindando apoyo emocional durante el proceso de atención. <u>Nueva Recomendación RS 2024 10 (Feraco 2016; Kaye 2020, Van Beusekom 2019):</u> El personal clínico debe recibir formación en habilidades comunicativas específicas según su área de atención dentro del contexto oncológico, como en pediatría oncológica, radioterapia u otras especialidades. Esto garantizará una comunicación efectiva y empática, adaptada a las necesidades particulares de cada paciente y su entorno.
2	Asociación Galban	Espacios adecuados para la comunicación de malas noticias. Humanización de los espacios de atención oncológica.	Se destaca la falta de espacios adecuados para dar malas noticias, lo que afecta la experiencia emocional de las familias. Se sugiere la necesidad de lugares más humanizados y privados, equipados para el confort emocional de las personas con cáncer y familiares. Se sugiere mejorar el entorno físico de las consultas y salas de espera para hacerlo más humanizado y acogedor para las personas con cáncer oncológicos.	<u>Pregunta Clínica 1 Recomendación #1.1 Gilligan et al., 2017:</u> Antes de cada conversación, el personal clínico debe revisar el historial clínico de la persona con cáncer, definir los objetivos de la conversación y anticipar sus posibles necesidades, preocupaciones y respuestas, así como las de su familia. Esta preparación facilita una comunicación más efectiva, centrada en la persona y sus circunstancias.
3	Asociación Galban	Falta de coordinación en la comunicación multidisciplinaria.	Se identifica una falta de coordinación entre los equipos médicos y psicológicos, especialmente en la comunicación de malas noticias. Esto incluye una crítica a la estructura jerárquica hospitalaria que	<u>Pregunta Clínica 1 Recomendación #1.4 Estrategia b Gilligan et al., 2017:</u> Comunicarse con diferentes profesionales del equipo oncológico y otros involucrados en el cuidado de la persona con cáncer para que reciba recomendaciones e

#	Afiliación profesional	Tema	Sugerencia	Recomendación ya incluida que recoge la sugerencia propuesta
			puede dificultar la comunicación y crear experiencias traumáticas para las personas con cáncer y sus familias.	información coherentes. El personal clínico puede tener desacuerdos legítimos entre sí, pero las diferencias de opinión deben explicarse y se debe ayudar activamente a las personas con cáncer a procesar e interpretar las recomendaciones divergentes.
4	Grupo de Farmacia Oncológica (GEDEFO) de la SEFH	Honestidad y realismo en la comunicación.	Se enfatiza la importancia de una comunicación honesta y realista con las personas con cáncer, incluyendo el reconocimiento de las limitaciones del conocimiento del personal clínico y la posibilidad de derivar a la persona con cáncer a un especialista si es necesario.	<u>Nueva Recomendación RS 2024 11 (Primeau 2024; Maya 2021 ^{*1})</u> : Es fundamental que el personal clínico evite el uso de eufemismos y la sobreprotección excesiva al comunicarse con las personas con cáncer. Es fundamental gestionar el equilibrio entre el silencio y la honestidad, proporcionando información de manera clara, respetuosa y sensible, para fomentar la confianza y la toma de decisiones informada.
5	Asociación Galban	Formación insuficiente en comunicación de malas noticias.	La falta de formación específica en comunicación de malas noticias para los médicos es señalada como una deficiencia que genera estrés emocional y riesgo de burnout en el personal clínico.	<u>Nueva Recomendación RS 2024 06 (Stiefel 2019a; Stiefel 2019b; De Vries, 2014)</u> : Resulta fundamental que el personal clínico identifique y maneje las barreras emocionales y contextuales que puedan influir en su desempeño profesional y en la relación con las personas con cáncer. Desarrollar estrategias de autoconocimiento y regulación emocional permite brindar una atención más empática, efectiva y centrada en las necesidades de la persona con cáncer.
6	Asociación Española de Afectados por Cáncer de Tiroides (AECAT)	Colaboración con asociaciones de personas con cáncer para mejorar la comunicación.	Se propone que las asociaciones de personas con cáncer participen en la formación del personal clínico para mejorar sus habilidades de comunicación, aportando una perspectiva práctica y cercana a las necesidades de las personas con cáncer.	Esta recomendación no se encuentra incluida en los estudios que se están evaluando en este proceso Delphi. Se incorporará en el documento metodológico que se elaborará al finalizar este estudio.
7	Persona con cáncer	Respeto a la privacidad en la información.	Se sugiere preguntar a la persona con cáncer sobre la confidencialidad y con quién desea compartir su información, respetando así sus deseos en la	<u>Pregunta Clínica 1 Recomendación #1.3 Gilligan et al., 2017</u> : Durante las consultas, el personal clínico debe adoptar prácticas que promuevan activamente la confidencialidad, refuercen la confianza de la persona con cáncer y fomenten

#	Afiliación profesional	Tema	Sugerencia	Recomendación ya incluida que recoge la sugerencia propuesta
			comunicación de temas personales sensibles como sexualidad o salud mental.	una colaboración efectiva. Crear un ambiente seguro y respetuoso es esencial para facilitarle una comunicación abierta y una toma de decisiones compartida. <u>Pregunta Clínica 4 Recomendación #4.1 Estrategias b-iii Gilligan et al., 2017:</u> Proporcionar información a la persona con cáncer y, con su permiso, a las familias sobre discusiones previas del final de la vida. <u>Pregunta Clínica 4 Recomendación #4.1 Estrategias b-v Gilligan et al., 2017:</u> Preferencias de información: Preguntar a las personas con cáncer y familias sobre sus preferencias para compartir información.
8	Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)	Soporte a las familias en la comunicación con niños y adolescentes.	Se plantea la importancia de ofrecer ayuda a la persona con cáncer y a las familias para que puedan abordar la comunicación con sus hijos enfermos, así como con hermanos sanos, en situaciones de enfermedad oncológica.	<u>Nueva Recomendación RS 2024 4 (Chittem 2021; Hong 2020):</u> Previo consentimiento de la persona con cáncer, y cuando las circunstancias lo requieran, el personal clínico puede promover el desarrollo de habilidades de comunicación en familiares y personas cuidadoras, facilitando su participación activa en el proceso de cuidado. Asimismo, si la persona con cáncer lo desea, se puede facilitar la participación de otros miembros de la familia y agentes comunitarios de apoyo en las conversaciones clínicas, promoviendo así un entorno colaborativo y centrado en sus necesidades.
9	FECMA	Consideración de la persona con cáncer como persona completa.	Subraya la necesidad de tratar a oncológico como una persona completa, considerando sus preocupaciones, relaciones familiares y nivel de conocimiento, para mejorar el manejo y la experiencia de su enfermedad.	<u>Pregunta Clínica 1 Recomendación #1.3 Estrategia g Gilligan et al., 2017:</u> Mostrar interés en conocer a la persona con cáncer y explorar, en función de su receptividad, cómo era su vida antes del diagnóstico de cáncer y cómo el cáncer ha cambiado su vida. <u>Pregunta Clínica 1 Recomendación #1.1 Stiefel et al., 2024:</u> El personal clínico debe comprender los factores psicológicos y culturales que influyen en la dependencia de las personas con cáncer hacia el equipo de salud. Es

#	Afiliación profesional	Tema	Sugerencia	Recomendación ya incluida que recoge la sugerencia propuesta
				fundamental adaptar la comunicación según el estado emocional del paciente y estar atento a situaciones de negación o vulnerabilidad extrema, dando el apoyo necesario de manera empática y respetuosa.
10	Investigadora- Metodóloga	Empoderamiento de la persona con cáncer a través de la información.	Recomienda proporcionar información previa a la consulta para empoderar a la persona con cáncer, mejorar su participación en el tratamiento y facilitar la toma de decisiones informadas.	<u>Pregunta Clínica 3 Recomendación #3.2 Gilligan et al., 2017:</u> Al analizar las opciones de tratamiento con las personas con cáncer, el personal clínico debe ofrecer información clara sobre los posibles beneficios y riesgos de cada alternativa, asegurando un equilibrio en la toma de decisiones. Además, es fundamental verificar que la persona con cáncer comprenda adecuadamente estos aspectos para facilitar una elección informada. <u>Pregunta Clínica 3 Recomendación #3.4 Gilligan et al., 2017:</u> El personal clínico debe proporcionar a las personas con cáncer información clara y completa sobre todas las opciones de tratamiento, incluyendo ensayos clínicos y la posibilidad de un enfoque exclusivamente paliativo. Cuando sea apropiado, se debe discutir la integración de los cuidados paliativos junto con otros tratamientos. En caso de que existan ensayos clínicos disponibles, la conversación debe iniciarse con las opciones de tratamiento estándar y, posteriormente, explorar la posibilidad de participación en ensayos clínicos, siempre respetando el interés y la autonomía de la persona con cáncer.
Otros aspectos relacionados con la atención general del cáncer				
11	Asociación Galban	Comunicación Interinstitucional e Internacional.	La comunicación entre hospitales y especialistas (tumor boards) se menciona como un área que necesita mejora, especialmente en el envío de muestras y la consulta con expertos internacionales. Las barreras incluyen la falta de competencia en inglés y problemas de coordinación logística.	La sugerencia recopilada no está relacionada estrictamente con la comunicación sino con otros aspectos general relacionado con el cuidado del cáncer.

#	Afiliación profesional	Tema	Sugerencia	Recomendación ya incluida que recoge la sugerencia propuesta
12	Médico Oncólogo	Tiempo suficiente para las consultas.	La especialista sugiere que el tiempo de consulta debe ser adecuado para asegurar una comunicación efectiva y profunda con la persona con cáncer, dado que tiempos reducidos limitan la calidad de la atención.	La sugerencia recopilada no está relacionada estrictamente con la comunicación sino con otros aspectos general relacionado con el cuidado del cáncer.
13	Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO)	Efectos laborales del cáncer en las personas con cáncer.	Se aborda la relevancia de considerar los efectos que la enfermedad y el tratamiento oncológico tienen en la vida laboral de las personas con cáncer y la importancia de brindarles apoyo en esta área.	La sugerencia recopilada no está relacionada estrictamente con la comunicación sino con otros aspectos general relacionado con el cuidado del cáncer.

*1 Maya et al, 2021. Aunque este estudio cualitativo no cumplía con los criterios de inclusión establecidos en cuanto al diseño, se considera una referencia complementaria de relevancia, ya que apoya el contenido de esta recomendación y subraya la importancia de evitar el uso de eufemismos.

Anexo 10. Estadísticos descriptivos de la segunda ronda del estudio Delphi

ID	Ronda 2								
	Número de Respuestas	Nada Importante N (%)	Poco importante N (%)	Moderadamente Importante N (%)	Muy importante N (%)	Extremadamente Importante N (%)	Rango	Media (DT)	Mediana (P25-P75)
ASCO_8.3	23	0 (0%)	0 (0%)	3 (13%)	13 (56.5%)	7 (30.4%)	2	4.2 (0.7)	4 (4-5)
ASCO_5.2	32	0 (0%)	0 (0%)	2 (6.2%)	19 (59.4%)	11 (34.4%)	2	4.3 (0.6)	4 (4-5)
RS 2024_05	32	0 (0%)	0 (0%)	2 (6.2%)	20 (62.5%)	10 (31.2%)	2	4.2 (0.6)	4 (4-5)
ASCO_4.2	31	0 (0%)	0 (0%)	1 (3.2%)	15 (48.4%)	15 (48.4%)	2	4.5 (0.6)	4 (4-5)
ASCO_5.1	32	0 (0%)	0 (0%)	4 (12.5%)	14 (43.8%)	14 (43.8%)	2	4.3 (0.7)	4 (4-5)
RS 2024_02	32	0 (0%)	0 (0%)	2 (6.2%)	13 (40.6%)	17 (53.1%)	2	4.5 (0.6)	5 (4-5)
RS 2024_10	32	0 (0%)	1 (3.1%)	2 (6.2%)	19 (59.4%)	10 (31.2%)	3	4.2 (0.7)	4 (4-5)
ASCO_6.1	32	0 (0%)	2 (6.2%)	2 (6.2%)	18 (56.2%)	10 (31.2%)	3	4.1 (0.8)	4 (4-5)
ASCO_6.3	23	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.3%)	15 (65.2%)	7 (30.4%)	2	4.3 (0.5)	4 (4-5)
ASCO_8.1	31	0 (0%)	0 (0%)	4 (12.9%)	20 (64.5%)	7 (22.6%)	2	4.1 (0.6)	4 (4-4)
ESMO_2.3	31	0 (0%)	0 (0%)	6 (19.4%)	16 (51.6%)	9 (29%)	2	4.1 (0.7)	4 (4-5)
ASCO_7	31	1 (3.2%)	2 (6.5%)	6 (19.4%)	17 (54.8%)	5 (16.1%)	4	3.7 (0.9)	4 (3-4)
RS 2024_01	32	0 (0%)	2 (6.2%)	8 (25%)	19 (59.4%)	3 (9.4%)	3	3.7 (0.7)	4 (3-4)

ASCO: American Society of Clinical Oncology; ESMO: European Society for Medical Oncology; RS: Nueva Recomendación de la Revisión Sistemática.

Anexo 11. Pregunta abierta de la segunda ronda del estudio Delphi

#	Afiliación Profesional	Comentario/sugerencia sobre otros aspectos a considerar
1	Médico experto	La decisión informada es muy importante. Se ha de considerar que no todo paciente con cáncer está dispuesto a pasar por las penurias de una quimioterapia. Hay que hablar claramente de las preferencias y tener cuidado con las expectativas.
2	Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)	Información y coordinación entre oncólogo especialistas de la unidad del dolor paciente y familia o persona asignada, del tratamiento de dolor oncológico con sustancias opiáceas y/o adictivas, para evitar serios problemas de adicción en fármacos como oxycodona, fentanilo. Con supervisión de salud mental, y alteraciones de comportamientos, con control de plazos de exposición a estos fármacos con supervisión diaria para evitar pacientes supervivientes en procesos crónicos en el UTHAD. Siendo consciente el paciente donde entra y su entorno de que sea riguroso según criterios médicos.
3	Psico-oncóloga	Alguna referencia al tiempo que es necesario destinar para poder crear las condiciones adecuadas para un proceso satisfactorio.
4	Fundación Más que ideas	Muchas de las recomendaciones están orientadas a favorecer la participación activa del paciente/familia en la toma de decisiones, explicando cómo hacerlo de forma efectiva de acuerdo a las necesidades y preferencias de cada persona. En mi experiencia, todavía hay un amplio porcentaje de clínicos/as que no están sensibilizados sobre este tema. Por tanto, sería aconsejable una fundamentación previa sobre las razones clínicas, legales y éticas que sustentan la participación ciudadana en el proceso de toma de decisiones. Por otro lado, una de las claves para ofrecer un buen acompañamiento es la derivación. Como ex-paciente y trabajador social, soy consciente de que hay muchos recursos y servicios en el hospital y en la comunidad que no son conocidos por el personal clínico. Por tanto, recomendaría que en la guía se hiciese saber la importancia de conocer estos recursos, los cuales son conocidos por los trabajadores sociales de los hospitales. Por último, creo que una parte importante del proceso comunicativo es la gradualidad. El impacto emocional junto con la complejidad de la información es de los factores que más dificultan la participación en toma de decisiones. Creo que sería muy positivo una referencia a la gradualidad en la información, cómo hacerlo de forma escalonada (en una o varias consultas) y el respeto a los ritmos y preferencias de cada persona, las cuales deben ser respetadas y tenidas en cuenta no solo por el clínico/a sino también por el resto del personal sanitario. Muchas gracias por permitirnos compartir estas reflexiones.
5	Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC)	Creo que reflejar la importancia de la formación de profesionales de todos los ámbitos que atienden a estos pacientes; además la importancia del entorno y espacio físico. Elaboración de "formato de bolsillo" como guía de consulta con temas y preguntas clave.
6	Investigador - Metodólogo	Colaboración con asociaciones de pacientes para mejorar la comunicación parece estar repetida, aunque el contenido es ligeramente diferente. Otros temas de interés son: elaboración de herramientas para ayudar a la comunicación incluyendo listas de elementos esenciales, información para la TDC (decision aids), estrategias comunicativas de malas noticias. También

#	Afiliación Profesional	Comentario/sugerencia sobre otros aspectos a considerar
		falta algún tema relacionado con comunicación basada en el respeto, incluyendo la perspectiva de género y contexto sociocultural.
7	Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO)	La futura guía no ha tenido en cuenta la sistemática y logística de las consultas de oncología, enfermería, psico-oncología etc. Tal vez sería interesante que se establecieran mínimos indispensables para una atención de calidad como el tiempo disponible, la especialización en oncología de los/as profesionales que van a ser atendidos etc.
8	Asociación Española de Afectados de Cáncer de Mama Metastásico (AECMM)	La comunicación debe ir orientada a realizar un tratamiento más integrativo de la enfermedad, abordando temas importantes que pueden influir en el estado general del paciente (nutrición, actividad física, estado anímico, estrés, sueño...). Esto permitirá tener una visión más completa del paciente y permitirá tomar mejores decisiones respecto a su enfermedad. Además, el personal clínico debe acompañar al paciente, ayudándole a expresar su situación y preocupaciones, aconsejándole y dándole pautas que pueda realizar por sí mismo, para que sea partícipe de su mejoría (empoderamiento del paciente). Esto aportará un gran beneficio al paciente.
9	Asociación Galbán	Las preguntas 4 y 7 están hecho, igual que el cuestionario en general, para adultos: No las puedo considerar de alta importancia porque las preguntas no son adecuadas: La cuestión de cuidados paliativos hay que hablarlos con los padres, pero con los niños únicamente si ellos preguntan por la posibilidad de poder morir. Eso es lo que recomienda la literatura al respecto y la experiencia clínica lo avala. Respecto a la pregunta 8.1: Con todos los pacientes es pertinente ser consciente que el otro puede "tener creencias, experiencias etc. diferentes a las del personal clínico." La discriminación positiva (todos los negros bailan bien) también es discriminación, y también se siente como discriminación: simplemente hay que tratar a todo el mundo bien.
10	Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)	Recomendaciones específicas para abordar la comunicación con niños, adolescentes, enfermos psiquiátricos con o sin tutela legal. Estrategias de comunicación con relación a los cuidadores con situaciones complejas (ej.: padres separados en el caso de menores con cáncer; varios hijos o cuidadores con diferentes perspectivas y objetivos, en el caso de personas mayores o con discapacidad intelectual).
11	Psico-oncóloga	Creo necesario poder decir que las preguntas que contesto, en algunos casos, me dejan poco margen de respuesta. Me explico: por ejemplo, no considero necesario que siempre esté el enfermo en todos los encuentros familiares, pero tal como se ha formulado la pregunta, parece que no des importancia a los encuentros con familiares. Esto no es así, para mi incluir a la familia es fundamental, pero no siempre con el paciente presente.
12	Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA)	Sugiero que el lenguaje de la guía sea comprensible, cercano, creíble, sencillo. El formato de la guía debe ser manejable.
13	Psico-oncóloga	Creo que se ha comentado, pero no olvidar que el paciente tiene derecho a recibir toda la información relativa a su salud, y también tiene derecho a no ser informado. Asimismo, es el paciente quien decide si su familia puede o no conocer los detalles sobre su salud. Esto es importante, sobre todo de cara a los posibles pactos de silencio.

Anexo 12. Preguntas para estudio cualitativo de profundización (segunda ronda)

Afiliación Profesional	PREGUNTAS CUALITATIVAS		Consentimiento a seguir participando en un estudio cualitativo complementario a esta guía conversacional
	¿Cuáles considera que son las habilidades de comunicación necesarias para establecer relaciones efectivas con los pacientes y sus familias durante el proceso de diagnóstico y tratamiento?	¿Qué barreras y/o facilitadores percibe en su contexto a la hora de implementar estas habilidades comunicativas en la atención a pacientes oncológicos?	
Grupo Español de Tratamiento de Tumores Digestivos (TTD)	NO	NO	NO
Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)	Escucha activa, crear un entorno donde el paciente se sienta seguro y no juzgado (evitar juicios personales), dar al paciente el tiempo necesario (no meter prisa, preguntar por dudas), asegurarse que el paciente ha entendido toda la información y sus consecuencias, hacer seguimiento sobre la situación emocional del paciente (incluso preguntar en solitario sin acompañantes por este aspecto).	(Soy paciente, creo que esta pregunta va destinada a personal sanitario).	NO
Sociedad Española de Psico-Oncología (SEPO)	NO	Barreras: falta de tiempo, burnout. Facilitadores: óptimas relaciones entre los compañeros, sensibilidad del personal sanitario, interés del paciente como agente activo.	SÍ
Médico experto	Escucha activa, empatía, comprensión más allá de las propias convicciones.	El entorno no lo facilita. Es difícil encontrar un momento pausado sin interrupciones. Es difícil que el lugar donde se produce la conversación favorezca esa comunicación tan necesaria.	SÍ
Asociación Española Contra el Cáncer (AECC)	Empatía, humanización del paciente, necesidad de un espacio seguro, y preparación del oncólogo con salud mental para gestionar el impacto y el trauma de enfrentarse a la misma.	Barreras son la disponibilidad de tiempo de los profesionales y centros para atención y formación para atender a los pacientes. Necesidad de más profesionales de salud mental acompañando el proceso.	SÍ

Afiliación Profesional	PREGUNTAS CUALITATIVAS		Consentimiento a seguir participando en un estudio cualitativo complementario a esta guía conversacional
	¿Cuáles considera que son las habilidades de comunicación necesarias para establecer relaciones efectivas con los pacientes y sus familias durante el proceso de diagnóstico y tratamiento?	¿Qué barreras y/o facilitadores percibe en su contexto a la hora de implementar estas habilidades comunicativas en la atención a pacientes oncológicos?	
Grupo de Farmacia Oncológica (GEDEFO) de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)	Me gusta la estructura recomendada de entrevista conocida como CLASS, creo que tiene muy presente la comunicación efectiva. Adjunto referencia 15. Baile W. Communication and interpersonal skills in cancer care. IPOS. Presentación reproducida con permiso. http://ipos-society.org/publications/multilingual-core-curriculum-in-psycho-oncology/multilingual-core-curriculum-espanol-es/ Resumen que uso en Master de Oncología Farmacéutica C-L-A-S-S son unas siglas que nos ayudan a recordar los pasos prácticos que debemos realizar en la entrevista clínica, y que encierran en sí misma las habilidades necesarias para alcanzar los objetivos dentro de la entrevista clínica con el paciente y la familia. C (Contexto)- Contexto y contacto: cómo establecemos la primera relación. La “C” se refiere al contexto o ambiente donde tendrá lugar la entrevista. Describe qué debemos hacer para iniciar, desde el primer momento de contacto con el paciente, una relación interpersonal de confianza con él. Así, es importante prestar atención a la disposición del espacio o consulta donde vamos a realizar la entrevista clínica. Siéntese cuando esté hablando con el paciente (muy importante dar sensación de tranquilidad al paciente), salude al paciente de una manera empática y mantenga el contacto visual a lo largo de la entrevista. Todas ellas son técnicas simples y efectivas que ayudan a reducir el sentimiento de intimidación que tiene el paciente cuando el médico entra en la consulta, (lo que se denomina “síndrome de la bata blanca”). L (Listening)- cómo mantenemos esa relación y obtenemos información; escucha. La recogida de la información que nos trasmite el paciente y familia es una	Barreras, deficiente formación en comunicación durante la carrera y la residencia. Gracias al trabajo en equipo con psico-oncólogos integrados, hemos podido formarnos mejor en comunicación. Y creo que actualmente la barrera principal es la falta de tiempo debido a la sobrecarga asistencial.	Sí

Afiliación Profesional	PREGUNTAS CUALITATIVAS		Consentimiento a seguir participando en un estudio cualitativo complementario a esta guía conversacional
	¿Cuáles considera que son las habilidades de comunicación necesarias para establecer relaciones efectivas con los pacientes y sus familias durante el proceso de diagnóstico y tratamiento?	¿Qué barreras y/o facilitadores percibe en su contexto a la hora de implementar estas habilidades comunicativas en la atención a pacientes oncológicos?	
	parte importante en la entrevista clínica. Conocer qué es lo que más le preocupa al paciente nos permite intervenir antes de que el malestar emocional (distrés) aumente. Por ello, debemos permitir que el paciente nos exprese sus preocupaciones más importantes antes de comenzar la entrevista (“preguntar antes de hablar”), esto no nos va a quitar demasiado tiempo. Asimismo, debemos utilizar preguntas abiertas (“dígame cómo se siente hoy”), y no preguntas cerradas “¿Tiene algún problema?”). Esta manera de proceder nos permitirá conocer qué es lo que más le preocupa al paciente y tendremos tiempo suficiente para recoger a lo largo de la entrevista clínica toda la información clínica que precisemos. También es importante conocer qué es lo que sabe el paciente (por ejemplo, ¿por qué le realizaron el último TAC?), o qué espera el paciente del tratamiento que va a recibir. Llamar a la enfermedad por el nombre que utiliza el paciente asegura no equivocarnos adelantando información que el paciente desconoce. Por ejemplo: bulto, lesión, etc...). A (Adressing)- manejo de las emociones del paciente; empatía, validación y exploración. Cuando los pacientes muestran emociones fuertes (ira, shock, tristeza, estar ausente), nos podemos sentir incómodos. Darles esperanza (“todo saldrá bien”) es una respuesta común ante este tipo de emociones (especialmente ante la tristeza). Sin embargo, los pacientes la perciben como una falsa esperanza. Además, mientras el paciente se encuentre en este estado emocional es incapaz de poder entrar en una discusión racional. Por lo tanto, lo que debemos hacer es ayudarlo a recuperarse emocionalmente antes de entrar en detalle con		

Afiliación Profesional	PREGUNTAS CUALITATIVAS		Consentimiento a seguir participando en un estudio cualitativo complementario a esta guía conversacional
	¿Cuáles considera que son las habilidades de comunicación necesarias para establecer relaciones efectivas con los pacientes y sus familias durante el proceso de diagnóstico y tratamiento?	¿Qué barreras y/o facilitadores percibe en su contexto a la hora de implementar estas habilidades comunicativas en la atención a pacientes oncológicos?	
	más información. Las emociones pueden ser manejadas usando tres técnicas verbales. Explorándolas o “clarificándolas” (describiéndolas), reconociéndolas o “validándolas” (permitiéndolas) y empatizando o mostrando al paciente que comprende cómo se siente y por qué se siente así. Estas tres estrategias se resumen en la siguiente tabla. Cada una de las tres técnicas está seguida por un ejemplo, y también por una breve descripción del impacto psicológico de la técnica sobre el paciente. Estas tres técnicas, más una técnica de escucha “activa”, es lo que los profesionales en salud mental llaman “apoyo emocional”. TÉCNICA EJEMPLO RESULTADO Respuesta empática “puedo ver cómo le está afectando” El paciente siente que ha sintonizado con él. Respuesta de validación “muchas personas se sienten como usted” El paciente siente que sus emociones son normales. Preguntas exploratorias “¿puede decirme en que está usted pensando ahora?” El paciente siente que usted está interesado en lo que él quiere expresar. Las preguntas exploratorias son utilizadas para conocer más sobre lo que quiere decir el paciente. Frecuentemente los pacientes ocultan emociones tras preguntas “difíciles”. Por ejemplo, un paciente que dice “me voy a morir, ¿verdad?”, puede esconder diferentes emociones, miedo a pasar dolor, miedo a estar sólo en ese momento, necesidad de organizar ciertos asuntos, etc. Es interesante que nosotros contestemos con una pregunta exploratoria y abierta, por ejemplo “Por favor dígame, ¿qué es lo que le preocupa?”. Es muy posible que identificada la emoción podamos ayudar a manejar sus temores al menos en parte. “Actualmente el tratamiento		

Afiliación Profesional	PREGUNTAS CUALITATIVAS		Consentimiento a seguir participando en un estudio cualitativo complementario a esta guía conversacional
	¿Cuáles considera que son las habilidades de comunicación necesarias para establecer relaciones efectivas con los pacientes y sus familias durante el proceso de diagnóstico y tratamiento?	¿Qué barreras y/o facilitadores percibe en su contexto a la hora de implementar estas habilidades comunicativas en la atención a pacientes oncológicos?	
	analgésico es muy eficaz”. S (Strategy)- cómo comunicamos el plan de tratamiento. Es más apropiado dar información en pequeños “trozos” comprensibles para el paciente, evitando “términos médicos” incomprensibles para ellos. Hoy en día, muchos pacientes acuden a las visitas acompañados por familiares. Así, la implicación de la familia en la atención farmacéutica (es importante comprobar de quiénes quiere estar acompañado el paciente en las visitas), ayuda a los pacientes a mantenerse informados y a ser más adherentes al tratamiento. S (Summary)- cómo nos aseguramos de que el paciente y la familia ha comprendido lo que le hemos explicado. En el último paso del modelo C-L-A-S-S se pone énfasis en valorar lo que el paciente ha comprendido (no preguntarle sólo “si” ha comprendido lo que se le ha transmitido en la visita, sino “qué” es lo que ha comprendido), definiendo cuál será su papel en el proceso de tratamiento (cómo poder contactar cuando el paciente tenga alguna pregunta), y dar oportunidad al paciente para realizar las últimas preguntas.		
Sociedad Española de Oncología Radioterápica (SEOR)	Mucha asertividad y empatía	Falta de un modelo organizativo eficaz y un nuevo modelo de atención apoyado en lo digital, que nos permita eliminar aquello que no aporta valor para disponer de más tiempo que permita una atención sanitaria más holística.	Sí
Psico-oncóloga	Escucha activa, que se puede dar cuando hay unas condiciones de tiempo y carga que permiten que el profesional se entregue al paciente y al proceso de comunicación, sin prisa, con atención plena. Respeto hacia los	La falta de tiempo, la carga excesiva, la escasa formación en comunicación, la sobrecarga emocional mal gestionada por parte de los profesionales.	NO

Afiliación Profesional	PREGUNTAS CUALITATIVAS		Consentimiento a seguir participando en un estudio cualitativo complementario a esta guía conversacional
	¿Cuáles considera que son las habilidades de comunicación necesarias para establecer relaciones efectivas con los pacientes y sus familias durante el proceso de diagnóstico y tratamiento?	¿Qué barreras y/o facilitadores percibe en su contexto a la hora de implementar estas habilidades comunicativas en la atención a pacientes oncológicos?	
	deseos e intereses de los pacientes y familiares. Capacidad didáctica para trasladar explicaciones complejas. Empatía para detectar estados emocionales que puedan estar impidiendo una buena comprensión por parte del paciente o familiar y para saber entender reacciones emocionales complicadas.		
Fundación Másqueideas	Empatía, escucha activa y asertividad son fundamentales. Además, la transmisión de información es fundamental para las personas con cáncer. El personal clínico tendría que formarse en los fundamentos de la entrevista motivacional para saber explicar la información de una forma entendible y adaptada a las necesidades de cada persona. Por último, una habilidad importante es la negociación. A veces se busca generar muchos cambios en la vida de la persona (adherencia, dejar de fumar, comer bien, hacer deporte, etc.) en un momento de especial dificultad emocional y social. La negociación pasa por definir con el paciente sus prioridades (no las del clínico) y acompañarle para conseguir sus objetivos, los cuales deben ser realistas.	La principal barrera es la formación. La atención centrada en la persona supone un cambio cultural y, por tanto, la mayoría de personas (clínicos o no clínicos) desconocen a qué hace referencia. Actualmente se pone el foco en la enfermedad, no en la persona y no se valora la relevancia de la comunicación. Pocos clínicos se forman en habilidades de comunicación y esto es reflejo de la poca importancia que se otorga. Habrá personas que consideren que las principales barreras son el tiempo, el espacio físico o la falta de continuidad asistencial. Por supuesto, estas son barreras, pero la clave está en la formación y concienciación, no solo de los equipos clínicos, sino del personal gestor.	Sí
Oncólogo médico	Trabajar la escucha activa, la empatía, asertividad, el proveer información clara y sencilla en un ambiente adecuado, generando confianza y dedicando el tiempo adecuado.	Poco tiempo de consulta y saturación.	Sí

Afiliación Profesional	PREGUNTAS CUALITATIVAS		Consentimiento a seguir participando en un estudio cualitativo complementario a esta guía conversacional
	¿Cuáles considera que son las habilidades de comunicación necesarias para establecer relaciones efectivas con los pacientes y sus familias durante el proceso de diagnóstico y tratamiento?	¿Qué barreras y/o facilitadores percibe en su contexto a la hora de implementar estas habilidades comunicativas en la atención a pacientes oncológicos?	
Oncólogo médico	ESCUCHA ACTIVA Y EMPATÍA.	Barreras: áreas de trabajo y tiempo asignado de consulta.	Sí
Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL)	gestión emocional, habilidades de comunicación empática no impositiva, apoyo emocional y solución de problemas = COUNSELLING.	Falta de formación específica de los profesionales.	NO
Federación Española de Asociaciones de Ostomizados (FEDAO)	Escucha activa.	El tiempo del que dispone el profesional sanitario y el lenguaje utilizado.	Sí
Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM)	formación en habilidades de comunicaciones.	Sobrecarga de trabajo.	Sí
Asociación Española de Cirujanos (AEC)	Empatía, comprensión y paciencia.	Falta de formación, falta de tiempo, sobrecarga asistencial	Sí
Oncólogo Médico	EMPATIA, CERCANIA, AFECTO.	El poco tiempo en la consulta para cada paciente.	Sí
Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC)	Como habilidades comunicacionales destacaría empatía y asertividad. Honestidad profesional para saber en qué punto me encuentro	Como barreras el tiempo y el entorno. La estructuración del sistema sanitario. Además del "ruido" de la sociedad con la expectativa de la curación para todo. Como facilitador la disposición del profesional (individual) y la demanda de los pacientes	Sí
Investigador Metodologo	- Aquellas relacionadas con el respecto, cuidadoso y amable	Falta de formación. Espacios arquitectónicos inadecuados (las consultas tienen una distribución paternalista, donde el profesional está situado detrás de una mesa y el/la paciente al otro lado, sería	Sí

Afiliación Profesional	PREGUNTAS CUALITATIVAS		Consentimiento a seguir participando en un estudio cualitativo complementario a esta guía conversacional
	¿Cuáles considera que son las habilidades de comunicación necesarias para establecer relaciones efectivas con los pacientes y sus familias durante el proceso de diagnóstico y tratamiento?	¿Qué barreras y/o facilitadores percibe en su contexto a la hora de implementar estas habilidades comunicativas en la atención a pacientes oncológicos?	
		adecuado por ejemplo mesas redondas), falta de tiempo	
Sociedad Española de Enfermería Oncológica (SEEO)	Habilidades sobre todo relacionadas con "cómo dar malas noticias", en toma de decisiones para evitar actitudes paternalistas y trabajar las emociones, la empatía y la asertividad.	Desde la enfermería el no tener en ocasiones enfermeras especialistas en oncología es una dificultad muy importante. El tiempo de atención a cada paciente y familia a veces es una barrera que impide una correcta comunicación, y la falta de formación dirigida desde las instituciones.	Sí
Investigador Metodólogo	- Empatía, claridad y transparencia, capacidad de adaptación, capacidad de escucha, formación en toma de decisiones compartidas y en gestión de decisiones difíciles.	No soy clínico desde hace tiempo, pero pienso que la falta de formación y cultura de la organización, así como la falta de tiempo son las barreras fundamentales, junto a la resistencia de las familias.	NO
Asociación Española de Afectados por Cáncer de Tiroides (AECAT)	Empatía, calma, no juzgar, asertividad, prudencia, calidez y humanidad.	Muchas veces no quieres involucrarte para que te afecte personalmente, falta de acompañamiento psicológico para quien debe tratar con los pacientes.	Sí
Asociación Española de Afectados por Cáncer de Pulmón (AEACaP)	Es importante escuchar, ponerse en una posición en la silla de forma que, de confianza a las personas y sus familiares, e intentar ponerse, aunque es difícil en la otra parte. Que nada te moleste o de la sensación de que no estás pendiente de lo que te están contando no te importa. Cuando te hagan una pregunta, decir siempre la importancia que tiene para ser contestada y no decir que no tiene importancia, que las tienen todas. Despedirte de una forma más natural que puedas. Mostrar empatía.	Los profesionales sanitarios no reparan en todo lo concerniente a la comunicación médico- paciente. Nos ven muchas veces como números y sólo unos cuantos humanizan nuestras visitas al hospital.	Sí

Afiliación Profesional	PREGUNTAS CUALITATIVAS		Consentimiento a seguir participando en un estudio cualitativo complementario a esta guía conversacional
	¿Cuáles considera que son las habilidades de comunicación necesarias para establecer relaciones efectivas con los pacientes y sus familias durante el proceso de diagnóstico y tratamiento?	¿Qué barreras y/o facilitadores percibe en su contexto a la hora de implementar estas habilidades comunicativas en la atención a pacientes oncológicos?	
Asociación Española de Afectados de Cáncer de Mama Metastásico (AECMM)	Las habilidades de comunicación necesarias son la empatía, la humildad, la cercanía... El lenguaje debe ser claro y sencillo (sin excesivos tecnicismos), pero con suficiente detalle para que permita al paciente conocer su realidad (si así lo desea) y poder participar en la toma de decisiones.	La mayor barrera es la falta de tiempo. El personal clínico no dispone del tiempo suficiente para tratar a los pacientes con tranquilidad y profundizando al nivel deseado. Falta de habilidades sociales en algunos casos. También falta de una visión más integrativa de la enfermedad: falta de conocimientos y/o profesionales que traten aspectos importantes para el paciente: psico-oncología, nutrición, actividad física... Una mayor colaboración con las asociaciones podría proporcionar una visión más precisa de las necesidades de los pacientes.	Sí
Asociación Galbán	Son las mencionadas en este cuestionario, pero hay muchas más: La buena coordinación y comunicación interna de todo el personal sanitario (sobre todo entre médicos y psicólogos e incluyendo cirugía, radiología, urgencias, uci, auxiliares, administración) , la preparación adecuada de los espacios, tener en cuenta la edad del menor a la hora de transmitirle la información, acompañar al menor cuando se comunican malas noticias a los padres, evitar dar malas noticias a padres no acompañados (menos si lo requieren), organizar el apoyo psicológico en el momento de diagnóstico, recidivas o entrada en cuidados paliativos. Facilitar segundas opiniones en casos complicados, trabajar en red e incluir especialistas y tumor boards. Pedir más formación a las universidades en comunicación en general y en la especialidad en particular.	Falta de formación y coordinación.	Sí

Afiliación Profesional	PREGUNTAS CUALITATIVAS		Consentimiento a seguir participando en un estudio cualitativo complementario a esta guía conversacional
	¿Cuáles considera que son las habilidades de comunicación necesarias para establecer relaciones efectivas con los pacientes y sus familias durante el proceso de diagnóstico y tratamiento?	¿Qué barreras y/o facilitadores percibe en su contexto a la hora de implementar estas habilidades comunicativas en la atención a pacientes oncológicos?	
Grupo Español de Cáncer de Cabeza y Cuello (GECC)	Empatía, claridad en la transmisión de la información.	La principal barrera que tenemos hoy en día en consultas es la presión asistencial que conlleva a una sobrecarga de pacientes dando lugar a poder dedicar menos tiempo por paciente y a la propia saturación del profesional médico: aumento de errores, menor empatía hacia el paciente.	Sí
Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP)	Empatía, asertividad, escucha activa, respeto (no juzgar).	Barreras: escasez de tiempo, rotación de profesionales, falta de formación. Facilitadores: Disponibilidad de múltiples canales de formación que se adaptan a todas las necesidades, trabajo en equipo que permite aprender de personas más expertas, adecuación de espacios para entrevistas tranquilas y con la privacidad suficiente.	Sí
Grupo Español de Cáncer de Cabeza y Cuello (GECC)	Empatía y asertividad.	Escasa formación del profesional, sobrecarga asistencial y tiempo para cumplimentar la historia clínica electrónica.	Sí
Asociación Española de Cirujanos (AEC)			Sí
Enfermera oncológica	Empatía, validación emocional, contacto visual, comunicación no verbal, adaptabilidad, claridad.	Barreras: Falta de tiempo por paciente, falta de confianza por parte de familiar o paciente.	Sí
Oncólogo Médico	Escucha activa, empatía y claridad al dar la información.	Barreras: no se suele dar al clínico formación necesaria, y si la tienes y quieres	Sí

Afiliación Profesional	PREGUNTAS CUALITATIVAS		Consentimiento a seguir participando en un estudio cualitativo complementario a esta guía conversacional
	¿Cuáles considera que son las habilidades de comunicación necesarias para establecer relaciones efectivas con los pacientes y sus familias durante el proceso de diagnóstico y tratamiento?	¿Qué barreras y/o facilitadores percibe en su contexto a la hora de implementar estas habilidades comunicativas en la atención a pacientes oncológicos?	
		ponerla en práctica, la dinámica de consulta (con el poco tiempo de atención por paciente), no ayuda.	
Psico-oncóloga	Me parece importante la amabilidad y apariencia de interés, por parte del profesional. Cuando digo apariencia quiero decir que, a veces el profesional tiene sus propios problemas, pero debe ser igual de empático como si fuera la primera vez y hacer el mismo esfuerzo con cada paciente. Creo que cada uno nos tenemos que ceñir a nuestra especialidad y sobretodo respetar y escuchar sin juzgar ni tratar de imponer nuestros valores.	La falta de tiempo, el exceso de tiempo entre visita y visita, y mis propios valores que no siempre coordinan con otros profesionales, como puede pasar entre ellos. Me falta tiempo para poder gestionar los casos con los demás profesionales, sentirme más escuchada y valorar mi opinión como psico-oncóloga en algunas aproximaciones al paciente y sus dinámicas familiares. Visitar en planta por ejemplo es fatal porque siempre hay un compañero de habitación y esta es otra barrera complicada.	Sí
Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA)	Habilidades: empatía, cercanía, lenguaje claro, sencillo, honesto, sincero y comprensible; admitir preguntas; resolver las dudas que el/la paciente plantee. resolver dudas.	El profesional debe recibir formación sobre habilidades en la comunicación; ser conscientes de que el/la paciente es muy plural por muy diferentes razones; pensar que el/la paciente puede necesitar apoyo psicológico y orientación o información en el ámbito socio laboral y en el psicosocial. Importa lo clínico, pero también otros aspectos de la persona y su entorno y si el médico no sabe o no puede responder, deberá buscar cómo orientar al paciente.	Sí

Afiliación Profesional	PREGUNTAS CUALITATIVAS		Consentimiento a seguir participando en un estudio cualitativo complementario a esta guía conversacional
	¿Cuáles considera que son las habilidades de comunicación necesarias para establecer relaciones efectivas con los pacientes y sus familias durante el proceso de diagnóstico y tratamiento?	¿Qué barreras y/o facilitadores percibe en su contexto a la hora de implementar estas habilidades comunicativas en la atención a pacientes oncológicos?	
Psico-oncóloga	La ventilación emocional, escucha activa y las técnicas de validación, son primordiales al inicio. La paciencia y el respeto de tiempos y espacios.	Barreras: las expectativas del entorno del paciente en cuanto a los sistemas de afrontamiento que, suponen, debe tener el paciente; las expectativas sobre el avance de la enfermedad; o la negación, que muchas veces dificulta el traslado correcto de la información y la toma de decisiones. Como facilitadores, el apoyo social, familiar y médico percibido; la gestión emocional, los sistemas de afrontamiento e, incluso, rasgos de personalidad (aunque todo esto puede actuar como facilitador, o todo lo contrario).	Sí

Anexo 13. Tabla de correspondencia que establece la relación entre el presente documento metodológico y las Guías de Comunicación en Oncología

Página	Categoría Guías	ID Guías	ID recomendación	Resumen Recomendación	Contenido de la Recomendación (#)	% importancia	¿Tuvo consenso en 1ª ronda?
7	Información clara, empática y personalizada para personas con cáncer	I.1	ASCO_1.2	Accesibilidad y comprensión en la comunicación en salud	Al inicio de las conversaciones con la persona con cáncer, el personal clínico debe explorar su nivel de comprensión sobre la enfermedad y, establecer una agenda en conjunto. Para ello es importante preguntar a la persona con cáncer y su familia, qué aspectos desean abordar para que, junto con el personal clínico, se pueda buscar un acuerdo de los temas a tratar.	100	si
8	Información clara, empática y personalizada para personas con cáncer	I.2	ASCO_1.3	Reevaluación continua de metas y prioridades	Durante las consultas, el personal clínico debe adoptar prácticas que promuevan activamente la confidencialidad, refuercen la confianza de la persona con cáncer y fomenten una colaboración efectiva. Crear un ambiente seguro y respetuoso es esencial para facilitar una comunicación abierta y una toma de decisiones compartida.	91.67	si
9	Información clara, empática y personalizada para personas con cáncer	I.3	ASCO_1.4	Comunicación y planificación compartida	El personal clínico debe brindar información, adaptándola a las preocupaciones y preferencias de la persona con cáncer. Tras proporcionar dicha información, es fundamental verificar su comprensión y documentar las discusiones relevantes en la historia clínica para garantizar un adecuado seguimiento.	100	si
11	Información clara, empática y personalizada para personas con cáncer	I.4	ASCO_2.2	Atención integral bio-psicosocial y espiritual	El personal clínico debe revisar periódicamente las metas, prioridades y el deseo de información de la persona con cáncer, especialmente ante cambios significativos en su plan de cuidado. Esta reevaluación garantiza que la atención siga alineada con sus valores, necesidades y expectativas a lo largo del proceso.	91.3	si
12	Información clara, empática y personalizada	I.5	ASCO_2.3	Apoyo emocional y sensibilidad cultural	El personal clínico debe proporcionar información de manera clara, directa y comprensible, evitando tecnicismos innecesarios. Adaptar el lenguaje a las necesidades de la	82.61	si

Página	Categoría Guías	ID Guías	ID recomendación	Resumen Recomendación	Contenido de la Recomendación (#)	% importancia	¿Tuvo consenso en 1ª ronda?
	para personas con cáncer				persona con cáncer, lo cual facilita la comprensión, promueve la toma de decisiones informada y reduce la incertidumbre en el proceso de atención.		
13	Información clara, empática y personalizada para personas con cáncer	I.6	ASCO_3.1	Comunicación centrada en la persona	Antes de abordar las opciones de tratamiento con la persona diagnosticada de cáncer, el personal clínico debe clarificar los objetivos del tratamiento (curación vs. prolongación de la supervivencia vs. mejora de la calidad de vida). Esto permitirá que la persona con cáncer comprenda los resultados esperados y pueda alinear los objetivos del tratamiento con sus metas de cuidado.	100	si
14	Información clara, empática y personalizada para personas con cáncer	I.7	ASCO_6.1	Escucha activa y sensibilidad cultural en la atención oncológica	Cuando las familias no comparten un idioma común con el personal clínico, es necesario utilizar un mediador sociocultural en lugar de un intérprete familiar. Esto garantiza una comunicación precisa, minimiza malentendidos y respeta la privacidad y autonomía de la persona con cáncer en la toma de decisiones sobre su cuidado.	87.5	no
15	Información clara, empática y personalizada para personas con cáncer	I.8	ASCO_6.2	Definición de objetivos terapéuticos	Para las personas con cáncer que tienen una baja alfabetización en salud, es importante priorizar los aspectos clave, usar un lenguaje claro y accesible, y comprobar regularmente su comprensión.	100	si
15	Información clara, empática y personalizada para personas con cáncer	I.9	ASCO_6.3	Herramientas de apoyo en comunicación clínica	Para las personas con cáncer y especialmente aquellas con baja alfabetización en salud, se recomienda el uso de pictogramas u otras ayudas visuales cuando estén disponibles. Además, es preferible describir el riesgo en términos absolutos en lugar de relativos, facilitando así una comprensión más clara y efectiva de la información médica.	95.7	no

Página	Categoría Guías	ID Guías	ID recomendación	Resumen Recomendación	Contenido de la Recomendación (#)	% importancia	¿Tuvo consenso en 1ª ronda?
16	Información clara, empática y personalizada para personas con cáncer	I.10	RS 2024_05	Evaluación integral de aspectos psicosociales	Integrar herramientas de apoyo a la comunicación tanto para las personas con cáncer como para el personal clínico. Estas estrategias facilitan una mejor comprensión, participación y toma de decisiones informada y compartida.	93.8	no
17	Información clara, empática y personalizada para personas con cáncer	I.11	RS 2024_02	Comunicación adaptada en oncología pediátrica	Explorar de forma activa la fatiga relacionada con el cáncer y la sexualidad como parte de una evaluación integral del bienestar de la persona con cáncer.	93.8	no
18	Información clara, empática y personalizada para personas con cáncer	I.12	RS 2024_12	Preservación de la fertilidad en la atención oncológica	Cuando aplica, el personal clínico debe iniciar conversaciones sobre los riesgos de infertilidad asociados con el tratamiento oncológico desde el momento del diagnóstico. Informar tempranamente a las personas con cáncer sobre sus opciones de preservación de la fertilidad permite una toma de decisiones informada y la posibilidad de acceder a intervenciones oportunas según sus deseos y planes futuros.	75	si
19	Información clara, empática y personalizada para personas con cáncer	I.13	RS 2024_03	Fomento de la confianza y confidencialidad en la atención oncológica	Ajustar el nivel y el tono de la comunicación según la edad, el desarrollo cognitivo y la capacidad de comprensión de los menores con cáncer pediátrico. Utilizar un lenguaje claro, accesible y adecuado a su nivel de madurez, facilitando su comprensión y brindando apoyo emocional durante el proceso de atención.	91.67	si
20	Información clara, empática y personalizada para personas con cáncer	I.14	ESMO_1.4	Comunicación inclusiva y culturalmente sensible	El personal clínico debe abordar la atención de las personas con cáncer de manera integral, explorando no solo los síntomas físicos, sino también los aspectos psicosociales que afectan su bienestar. Además, debe respetar y valorar la espiritualidad de la persona, evitando la imposición de creencias personales y garantizando un acompañamiento basado en la empatía y el respeto a sus valores.	90.91	si

Página	Categoría Guías	ID Guías	ID recomendación	Resumen Recomendación	Contenido de la Recomendación (#)	% importancia	¿Tuvo consenso en 1ª ronda?
21	Información clara, empática y personalizada para personas con cáncer	I.15	RS 2024_10 *	Comunicación clara y honesta en la atención oncológica	El personal clínico debe proporcionar información clara y comprensible, integrando una perspectiva de género y una sensibilidad cultural (adaptando la comunicación al contexto sociocultural de cada persona con cáncer), para un cuidado equitativo y centrado en la persona.	90.6	no
21	Información clara, empática y personalizada para personas con cáncer	I.16	RS 2024_11 *	Acceso a interpretación médica profesional en la atención oncológica	Es fundamental que el personal clínico evite el uso de eufemismos y la sobreprotección excesiva al comunicarse con las personas con cáncer. Es fundamental gestionar el equilibrio entre el silencio y la honestidad, proporcionando información de manera clara, respetuosa y sensible, para fomentar la confianza y la toma de decisiones informada.	87.5	si
22	Información clara, empática y personalizada para personas con cáncer	I.17	ASCO_8.1	Equidad y sensibilidad en la atención oncológica	Es necesario que el personal clínico aborde cada encuentro con una actitud de curiosidad y apertura, reconociendo que las personas con cáncer y sus familias, independientemente de su origen, pueden tener creencias, experiencias, conocimientos y expectativas distintas. Adoptar una perspectiva respetuosa y libre de prejuicios permite brindar una atención más personalizada, empática y culturalmente sensible.	87.1	no
23	Información clara, empática y personalizada para personas con cáncer	I.18	ASCO_8.2	Comunicación inclusiva y respetuosa	El personal clínico debe evitar hacer suposiciones sobre la orientación sexual y la identidad de género de las personas con cáncer. Es fundamental emplear un lenguaje inclusivo y no valorativo al tratar temas relacionados con la sexualidad y el comportamiento sexual, creando un espacio de comunicación seguro y respetuoso que acoja la diversidad de experiencias y realidades.	81.82	si
23	Información clara, empática y personalizada para personas con cáncer	I.19	ASCO_8.3	Validación emocional y comunicación empática	El personal clínico debe reconocer que las personas en situación de vulnerabilidad y exclusión social tienen una mayor probabilidad de haber experimentado interacciones negativas previas con el sistema de salud, como sentirse irrespetadas, alienadas o inseguras. Es fundamental adoptar un enfoque	87	no

Página	Categoría Guías	ID Guías	ID recomendación	Resumen Recomendación	Contenido de la Recomendación (#)	% importancia	¿Tuvo consenso en 1ª ronda?
					empático, equitativo y culturalmente sensible para reconstruir la confianza y garantizar una atención inclusiva y digna.		
24	Gestión emocional empatía	y	II.1	ESMO_1.1	Comunicación empática	100	si
25	Gestión emocional empatía	y	II.2	ASCO_1.5	Comunicación empática y respuesta emocional	95.83	si
26	Gestión emocional empatía	y	II.3	RS 2024_08 *	Comunicación clara y accesible	83.33	si
27	Gestión emocional empatía	y	II.4	ESMO_1.3	Apoyo en el duelo y la pérdida	95.45	si
28	Gestión emocional empatía	y	II.5	ASCO_4.4	Autoconciencia y manejo emocional	90.91	si

Página	Categoría Guías	ID Guías	ID recomendación	Resumen Recomendación	Contenido de la Recomendación (#)	% importancia	¿Tuvo consenso en 1ª ronda?
				en el personal clínico	debe derivarlos a miembros del equipo psicosocial (i.e., profesionales del ámbito del trabajo social, psicología clínica, orientación, religioso), para brindarles el apoyo emocional y espiritual adecuado a sus necesidades.		
29	Gestión emocional y empatía	II.6	RS 2024_06	Autoconocimiento y gestión emocional en la práctica clínica	Resulta fundamental que el personal clínico identifique y maneje las barreras emocionales y contextuales que puedan influir en su desempeño profesional y en la relación con las personas con cáncer. Desarrollar estrategias de autoconocimiento y regulación emocional permite brindar una atención más empática, efectiva y centrada en las necesidades de la persona con cáncer.	79.17	si
30	Gestión emocional y empatía	II.7	ESMO_1.2	Coordinación y planificación de reuniones familiares	El personal clínico debe desarrollar autoconciencia sobre sus propias motivaciones, creencias y actitudes hacia la muerte, así como reflexionar sobre cómo estas pueden influir en su relación con las personas con cáncer. Reconocer y gestionar estos factores de manera adecuada permite brindar un cuidado más empático, profesional y centrado en las necesidades de la persona.	80.95	si
31	Apoyo familiar y comunitario	III.1	ASCO_4.1	Comunicación estructurada sobre el cuidado al final de la vida	Se espera que el personal clínico emplee un marco organizado para facilitar una comunicación bidireccional efectiva con las personas con cáncer y sus familias sobre el cuidado al final de la vida. Esto garantiza un diálogo claro, respetuoso y alineado con las necesidades, valores y preferencias de la persona.	85	si
32	Apoyo familiar y comunitario	III.2	ASCO_5.1	Información integral sobre opciones de tratamiento y cuidados paliativos	Es necesario que el personal clínico promueva la participación de la familia o de la persona cuidadora en las discusiones sobre el cuidado, siempre con el consentimiento de la persona con cáncer. Es recomendable abordar este aspecto desde el inicio de la enfermedad para brindar apoyo, facilitar la toma de decisiones y asegurar que los objetivos del tratamiento estén	87.5	no

Página	Categoría Guías	ID Guías	ID recomendación	Resumen Recomendación	Contenido de la Recomendación (#)	% importancia	¿Tuvo consenso en 1ª ronda?
					alineados con las necesidades y valores de la persona con cáncer.		
33	Apoyo familiar y comunitario	III.3	ASCO_5.2	Inclusión de la familia y cuidadores en la planificación del cuidado	Evaluar la necesidad de una reunión familiar formal en el hospital o en un entorno ambulatorio durante momentos clave del cuidado. Cuando sea pertinente, garantizar la presencia de la persona con cáncer, su familia (si el paciente lo estima conveniente) y los miembros del equipo clínico relevantes, facilitando así una comunicación efectiva y una toma de decisiones alineada con las necesidades de la persona.	93.8	no
34	Apoyo familiar y comunitario	III.4	ESMO_2.3	Continuidad y del coordinación cuidado	Durante las reuniones con familiares, el personal clínico debe abordar las dinámicas familiares que puedan afectar la adaptación de la persona con cáncer a la enfermedad y al tratamiento. Identificar y manejar estos factores de manera adecuada contribuye a mejorar el apoyo emocional, la toma de decisiones y la calidad del cuidado.	80.6	no
35	Apoyo familiar y comunitario	III.5	RS 2024_04	Gestión de dinámicas familiares en la atención oncológica	Previo consentimiento de la persona con cáncer, y cuando las circunstancias lo requieran, el personal clínico puede promover el desarrollo de habilidades de comunicación en familiares y personas cuidadoras, facilitando su participación activa en el proceso de cuidado. Asimismo, si la persona con cáncer lo desea, se puede facilitar la participación de otros miembros de la familia y agentes comunitarios de apoyo en las conversaciones clínicas, promoviendo así un entorno colaborativo y centrado en sus necesidades.	75	si
36	Coordinación del equipo multidisciplinar	IV.1	ESMO_3.3	Fortalecimiento de la comunicación y apoyo familiar en la atención oncológica	Las instituciones de salud deben garantizar una atención continua para las personas con cáncer, asegurando que siempre cuenten con un profesional de referencia dentro del equipo clínico y con un equipo de atención bien coordinado que les brinde apoyo de manera consistente.	95.83	si

Página	Categoría Guías	ID Guías	ID recomendación	Resumen Recomendación	Contenido de la Recomendación (#)	% importancia	¿Tuvo consenso en 1ª ronda?
36	Coordinación del equipo multidisciplinar	IV.2	ESMO_4.2	Definición de roles y trabajo en equipo	Cada miembro del equipo de atención oncológica debe tener una comprensión clara de su rol en el cuidado de la persona y en la comunicación de sus necesidades. Esto ayuda a evitar confusiones o solapamientos, optimiza la coordinación del equipo y mejora la calidad de la atención brindada.	95.83	si
37	Coordinación del equipo multidisciplinar	IV.3	ESMO_4.1	Capacitación en comunicación clínica especializada	El equipo clínico debe garantizar un intercambio de información continuo y eficaz entre sus miembros, promoviendo la realización de reuniones multidisciplinarias que integren a todas las especialidades relevantes. Esto mejora la coordinación del cuidado, optimiza la toma de decisiones y asegura una atención integral y centrada en la persona con cáncer.	91.67	si
38	Coordinación del equipo multidisciplinar	IV.4	ESMO_2.1	Coordinación y comunicación en equipos multidisciplinarios	Cada miembro del equipo clínico debe proporcionar apoyo emocional a las personas con cáncer, ajustándose a sus necesidades individuales. Si bien los niveles de apoyo pueden variar según el rol de cada profesional, es fundamental garantizar un entorno de cuidado empático y contenedor a lo largo del proceso de la enfermedad.	79.17	si
40	Apoyo institucional	V.1	RS 2024_09	Apoyo emocional adaptativo en la atención oncológica	El personal clínico debe recibir formación en habilidades comunicativas específicas según su área de atención dentro del contexto oncológico, como en pediatría oncológica, radioterapia u otras especialidades. Esto garantizará una comunicación efectiva y empática, adaptada a las necesidades particulares de cada paciente y su entorno.	95.83	si
41	Apoyo institucional	V.2	ASCO_9.1	Formación efectiva en habilidades de comunicación clínica	Es necesario que el entrenamiento en habilidades de comunicación se fundamente en principios educativos sólidos e incorporar estrategias que prioricen la práctica activa y el aprendizaje experiencial. Esto incluye el uso de escenarios de juego de roles, la observación directa de encuentros con personas con cáncer y otras técnicas validadas que permitan	82.61	si

Página	Categoría Guías	ID Guías	ID recomendación	Resumen Recomendación	Contenido de la Recomendación (#)	% importancia	¿Tuvo consenso en 1ª ronda?
					desarrollar competencias comunicativas efectivas y empáticas en contextos clínicos reales.		
42	Apoyo institucional	V.3	ASCO_9.2	Entrenamiento en comunicación clínica con enfoque reflexivo	Para que la formación en habilidades de comunicación sea más efectiva, se debe promover la autoconciencia en quienes la practican, así como el desarrollo de una conciencia situacional sobre las emociones, actitudes y creencias subyacentes que pueden influir en la comunicación. Además, es fundamental reconocer y abordar los sesgos implícitos que pueden afectar la toma de decisiones, garantizando así una interacción más equitativa y centrada en la persona.	95.45	si
43	Apoyo institucional	V.4	ASCO_9.3	Capacitación en comunicación clínica especializada	Las personas que forman en habilidades de comunicación deben contar con la preparación y experiencia necesarias para enseñar de manera efectiva las competencias comunicativas deseadas. Además, deben estar capacitados para facilitar ejercicios de aprendizaje experiencial que permitan al personal clínico mejorar sus habilidades en entornos clínicos.	95.65	si
44	Apoyo institucional	V.5	ESMO_3.1	Bienestar y apoyo emocional para el personal clínico	Las instituciones deben proporcionar al personal clínico tiempo y espacios adecuados para reflexionar y compartir experiencias. Además, es fundamental facilitar supervisión con profesionales de psicooncología con experiencia, permitiéndoles abordar los desafíos emocionales que surgen en la atención oncológica y fortalecer su bienestar emocional y profesional.	91.67	si
45	Apoyo institucional	V.6	ESMO_3.2	Capacitación continua en comunicación clínica	Las instituciones deben promover la formación continua en habilidades de comunicación, garantizando que el personal clínico comprenda tanto las limitaciones institucionales, como la manera que sus propias emociones pueden influir en su desempeño. Esta capacitación podría mejorar la calidad de la interacción con las personas con cáncer y sus familias, con el	91.67	si

Página	Categoría Guías	ID Guías	ID recomendación	Resumen Recomendación	Contenido de la Recomendación (#)	% importancia	¿Tuvo consenso en 1ª ronda?
					fin de optimizar la toma de decisiones en la atención oncológica.		
46	Apoyo institucional	V.7	ESMO_2.2	Monitorización del bienestar psicosocial	El personal clínico debe realizar un seguimiento continuo de la persona con cáncer, prestando especial atención a los cambios en sus redes de apoyo y en su estado psicológico. Identificar de manera temprana los casos que requieran derivación a una atención especializada permite brindar intervenciones oportunas y mejorar la calidad del cuidado.	86.96	si
47	Inicio del cuidado	I.1	ASCO_1.1	Preparación para la comunicación clínica	Antes de cada conversación, el personal clínico debe revisar el historial clínico de la persona con cáncer, definir los objetivos de la conversación y anticipar sus posibles necesidades, preocupaciones y respuestas, así como las de su familia. Esta preparación facilita una comunicación más efectiva, centrada en la persona y sus circunstancias.	95.83	si
49	Diagnóstico	II.1	ASCO_2.1	Comunicación clínica y apoyo emocional	Es importante que el personal clínico ofrezca información diagnóstica y pronóstica adaptada a las necesidades de la persona con cáncer, transmitiendo esperanza y seguridad sin generar falsas expectativas.	100	si
50	Tratamiento	III.1	ESMO_4.3	Información clara sobre efectos secundarios del tratamiento	El personal clínico debe guiarlas en la reflexión sobre sus opciones y garantizar que las decisiones tomadas estén alineadas con sus valores, prioridades y preferencias personales.	95.83	si
51	Tratamiento	III.2	ASCO_3.2	Toma de decisiones compartida en salud	Al analizar las opciones de tratamiento con las personas con cáncer, el personal clínico debe ofrecer información clara sobre los posibles beneficios y riesgos de cada alternativa, asegurando un equilibrio en la toma de decisiones. Además, es fundamental verificar que la persona con cáncer comprenda adecuadamente estos aspectos para facilitar una elección informada.	100	si

Página	Categoría Guías	ID Guías	ID recomendación	Resumen Recomendación	Contenido de la Recomendación (#)	% importancia	¿Tuvo consenso en 1ª ronda?
52	Tratamiento	III.3	ASCO_3.3	Comunicación equilibrada en la toma de decisiones	Es necesario que el personal clínico presente las opciones de tratamiento de manera que preserve la esperanza de la persona con cáncer, fomente su autonomía y facilite una comprensión clara de las alternativas disponibles. Un enfoque transparente y empático contribuye a una toma de decisiones informada y alineada con los valores y deseos de la persona con cáncer.	86.36	si
53	Tratamiento	III.4	RS 2024_07	Información clara sobre efectos secundarios del tratamiento	El personal clínico debe informar de manera clara y accesible sobre los posibles efectos secundarios de cada tratamiento, siempre que estos existan. Garantizar que la persona con cáncer comprenda estos efectos permite una toma de decisiones informada y una mejor preparación para el manejo de síntomas y ajustes en su calidad de vida.	83.33	si
54	Etapa avanzada	IV.1	ASCO_2.4	Accesibilidad y comprensión en salud	Al comunicar malas noticias, el personal clínico debe adoptar medidas adicionales para atender las necesidades emocionales y las reacciones de las personas con cáncer. Esto implica brindar información con sensibilidad, ofrecer apoyo emocional, permitir tiempo para la asimilación y facilitar un espacio seguro para expresar dudas y preocupaciones.	91.3	si
55	Etapa avanzada	IV.2	ASCO_3.4	Toma de decisiones informada en salud	El personal clínico debe proporcionar a las personas con cáncer información clara y completa sobre todas las opciones de tratamiento, incluyendo ensayos clínicos y la posibilidad de un enfoque exclusivamente paliativo. Cuando sea apropiado, se debe discutir la integración de los cuidados paliativos junto con otros tratamientos. En caso de que existan ensayos clínicos disponibles, la conversación debe iniciarse con las opciones de tratamiento estándar y, posteriormente, explorar la posibilidad de participación en ensayos clínicos, siempre respetando el interés y la autonomía de la persona con cáncer.	80.95	si

Página	Categoría Guías	ID Guías	ID recomendación	Resumen Recomendación	Contenido de la Recomendación (#)	% importancia	¿Tuvo consenso en 1ª ronda?
56	Etapa avanzada	IV.3	ASCO_4.2	Comunicación sensible en la entrega de malas noticias	El personal clínico debe abordar tempranamente las preferencias de fin de vida con las personas con cáncer que enfrentan una enfermedad incurable. Además, es fundamental revisar y reafirmar estas decisiones de manera periódica, tomando en cuenta la evolución clínica y las preferencias cambiantes de la persona con cáncer.	96.8	no
58	Etapa avanzada	IV.4	ASCO_4.3	Consideración cultural y espiritual en la toma de decisiones al final de la vida	Es necesario que el personal clínico explore cómo la cultura, religión o sistema de creencias espirituales de las personas con cáncer influyen en su toma de decisiones y en sus preferencias de cuidado al final de la vida. Comprender estos aspectos permite ofrecer un acompañamiento respetuoso, personalizado y alineado con los valores del paciente.	77.27	si
59	Etapa avanzada	IV.5	ASCO_4.5	Acceso a recursos y apoyo en la transición al cuidado al final de la vida	El personal clínico debe identificar y recomendar recursos locales que brinden apoyo adecuado a las personas con cáncer, sus familias y seres queridos durante la transición al cuidado al final de la vida. Facilitar el acceso a estos servicios garantiza un acompañamiento integral, respetuoso y alineado con las necesidades de la persona y su entorno.	81.82	si

(#) Las estrategias y los ejemplos de conversaciones o sugerencias de comportamiento de cada recomendación se encuentran en el cuerpo de las guías de comunicación en oncología.

ASCO: American Society of Clinical Oncology; RS: Revisión Sistemática; ESMO: European Society for Medical Oncology.

* Los asteriscos identifican aquellas recomendaciones que fueron redactadas con los estudios complementarios a la RS que se encuentran en el Anexo 5.

Anexo 14. Resumen de observaciones de revisores y respuestas de autores (Recibidas durante la fase final)

Grupo de trabajo	Fecha de revisión	Comentario	Respuesta / Cambio (en Guías en Comunicación Oncológica y Documento Metodológico)
Fundación MÁS QUE IDEAS	febrero 2025	Se menciona que el propósito es “optimizar la interacción con las personas con cáncer” y creo que va mucho más allá de la optimización. Creo que es el propósito es cuidar la interacción, más que optimizar. También se menciona que estas guías responden a la necesidad de “estandarizar y personalizar”. Ambas son contrapuestas, por lo que tal vez se podría decir “a la necesidad de tener unos marcos de referencia y personalizar”.	De acuerdo con los comentarios, se adaptará tanto la frase de la introducción, como se sustituirá donde aparezca el cuidador por “la persona cuidadora”. También se adaptarán los cambios en la estructura de contenido.
		Se menciona “los cuidadores”. Teniendo en cuenta que la inmensa mayoría son mujeres y que las guías pretenden tener un enfoque inclusivo, sugiero “personas cuidadoras”.	
		Ídem con “expertos”, sugiero “personas expertas”. La estructura de contenidos lo pondría de una forma que facilitara su lectura, quizá con una tabla, o con un simple subrayado en “Aspectos transversales” y “Durante el cuidado”.	
		Página 7: En la primera recomendación se plantea el uso de preguntas abiertas para animar a que compartan lo que es importante para ellas, pero luego el ejemplo se orienta más a explorar su grado de conocimiento. Por ello, sugiero (en negrita lo nuevo): Utilizar preguntas abiertas para alentar a las personas con cáncer a compartir lo que es importante para ellas y explorar su conocimiento y percepciones sobre la enfermedad o el tratamiento.	Se incorpora el comentario.
		Página 8: La siguiente recomendación puede considerarse un poco intrusiva: Conocer a la persona con cáncer como persona, averiguando cómo era su vida antes del diagnóstico de cáncer y cómo el cáncer ha cambiado su vida. Además, se me hace un poco raro decir “a la persona con cáncer como persona”. Por ello, sugiero reformularlo del siguiente modo “Mostrar interés en conocer al paciente y explorar, en función	Se incorpora el comentario, sin embargo, en lugar de paciente diremos la persona con cáncer.

Grupo de trabajo	Fecha de revisión	Comentario	Respuesta / Cambio (en Guías en Comunicación Oncológica y Documento Metodológico)
		de la receptividad de este, cómo era su vida antes del diagnóstico de cáncer y cómo el cáncer ha cambiado su vida”.	
		Tengo la sensación de que hay un error en la formulación de la siguiente recomendación “Preguntar cómo la persona con cáncer y su familia están afrontando y sintiendo.”. Propongo “Preguntar a la persona con cáncer y a su familia cómo están afrontando la situación y explorar su estado emocional”.	Se incorpora el comentario.
		Página 9: En la siguiente recomendación, propongo sustituir la palabra “simple” por “claro”: Usar un lenguaje simple adaptado al nivel educativo de la persona con cáncer. La palabra “simple” transmite que no vamos a saber entender cuestiones complejas, cuando realmente sí que somos capaces siempre y cuando se explique de forma adecuada. Esta sugerencia, en caso de tenerse en cuenta, puede aplicarse a otras partes de la publicación (por ejemplo, página 12).	Se incorpora el comentario.
		Página 10: Recomendación: Evitar la sobrecarga de información proporcionándola en pequeñas dosis, deteniéndose frecuentemente y verificando la comprensión. No estoy de acuerdo en que hay que dar la información en pequeñas dosis. Estas dependerán de muchos factores (necesidades del paciente, deseos, grado de comprensión, grado de asimilación...). Por ello, sugiero emplear el concepto gradualidad. De igual forma, considero que la palabra “frecuentemente” es un tanto ambigua. Propuesta: Evitar la sobrecarga de información proporcionándola de forma gradual, en función del ritmo y necesidades del paciente, y deteniéndose para verificar la comprensión.	Se incorpora el comentario.
		Página 14 Se ha incluido una referencia sobre la importancia de los intérpretes médicos en personas que no hablan el idioma. No conocía esta figura, pero sí la de mediadores culturales: personas que no solo pueden ejercer de intérprete, sino también superar las barreras socioculturales que pueden existir especialmente en personas de otros orígenes étnicos. Creo que estas figuras son mucho más acertadas en estos contextos, ya que el lenguaje no es la única dificultad.	Se incorpora el comentario. Se sustituye la palabra intérprete por mediador sociocultural.

Grupo de trabajo	Fecha de revisión	Comentario	Respuesta / Cambio (en Guías en Comunicación Oncológica y Documento Metodológico)
		Página 16 Propongo eliminar la siguiente frase ya que inmediatamente después se repite en la parte de “Estrategias”: Estas pueden incluir herramientas de ayuda para la toma de decisiones compartida, listas de preguntas sugeridas, grabaciones de consultas, materiales escritos sobre la asimilación de malas noticias, videos explicativos y tareas para reforzar la información en casa.	Se incorpora el comentario. Se elimina la última frase de la recomendación 10.
		Página 18: En el ejemplo de conversación, se propone la siguiente frase “Algunos tratamientos pueden influir en su capacidad para tener hijos en el futuro”. Realmente no es así ya que hay otras formas de tener hijos. Por tanto, sugiero reformular la primera parte “Algunos tratamientos pueden afectar a la fertilidad. Sin embargo, podemos explorar opciones para preservar la fertilidad antes de comenzar el tratamiento. ¿Le gustaría conocer estas opciones? ¿O qué preocupaciones o dudas le surgen ante esta posibilidad?”	Se incorpora el comentario.
		Página 19: El ejemplo de conversación con un menor con cáncer es válido y muy bien planteado, pero únicamente para personas de una determinada franja de edad. Sería conveniente señalar la franja de edad recomendada para este ejemplo.	De acuerdo con el comentario. Al inicio del ejemplo se pondrá: "Ajustado a niños/as menores de 8 años".
		Página 20: Se menciona “inadecuada adaptación emocional a la enfermedad”. No estoy muy de acuerdo con el uso de la palabra “inadecuada”. Propongo “...para identificar dificultades en la adaptación emocional a la enfermedad”. Aunque me gusta más incluso la palabra “enfrentamiento” que “adaptación”, ya que adaptarse totalmente a la enfermedad es una tarea casi imposible.	Se incorpora el comentario. Se sustituye la palabra, adaptación por afrontamiento.
		Página 22: En relación con las personas de otros orígenes, en la siguiente frase, sugiero cambiar “puede ser” por “es necesario”: La autoconciencia sobre las propias experiencias y sesgos puede ser útil para proporcionar un cuidado equitativo.	De acuerdo totalmente con el comentario. La frase de esa estrategia a. se modifica y queda de la siguiente manera: "La formación específica en antirracismo y diversidad, junto con el desarrollo de la autoconciencia sobre las propias experiencias y sesgos, es fundamental para brindar una atención equitativa y centrada en la persona."

Grupo de trabajo	Fecha de revisión	Comentario	Respuesta / Cambio (en Guías en Comunicación Oncológica y Documento Metodológico)
		Pregunta 23: No estoy muy de acuerdo con la pregunta del ejemplo. Entiendo el propósito, pero comenzar una intervención preguntando ““Antes de empezar, ¿podría contarme cómo han sido sus experiencias previas con médicos o el sistema de salud?”, creo que es muy invasivo e incluso puede producir desencadenantes emocionales en el paciente. Además, es asumir que algo ha ido mal, lo cual ya es un propio sesgo cultural.	De acuerdo con el comentario: El ejemplo se cambia, por "Cada persona vive su atención médica de manera distinta. Si hay algo que cree importante que tenga en cuenta para apoyarlo(a) mejor, por favor siéntase con confianza de decírmelo." La estrategia a., se cambia también por: "Invitar a las personas con cáncer a compartir, si así lo desean, aspectos de sus experiencias previas con el sistema de salud y el personal clínico, reconociendo que estas pueden influir en su atención actual."
		Página 24: En el ejemplo, propongo cambiar la pregunta (cerrada) por una abierta. En vez de “¿Siente que hay algo que le gustaría cambiar en cómo nos comunicamos para que se sienta más cómodo/a o seguro durante el proceso?”, quizá podría ser “¿Qué necesitaría para que podamos acompañarle durante el proceso?”	Se incorpora el comentario.
		Página 25: Propongo cambiar lo siguiente (en negrita las propuestas): Tener cuidado al proporcionar información cuando las personas con cáncer están en una situación de mayor vulnerabilidad emocional. Cuando están en un estado emocional fuerte experimentan una alta intensidad emocional, a menudo tienen dificultad para absorber y procesar información. d. Preguntar a las personas con cáncer sobre qué cuestiones están más preocupados y explorar qué hay detrás de las emociones fuertes. En el ejemplo de conversación: Emplear pregunta abierta en vez de cerrada: “¿Cómo se siente hoy?” en vez de "Dígame si quiere hablar un poco de cómo se siente hoy"	Se incorporan todos los comentarios.
		Página 26: En el ejemplo de conversación, echo de menos una frase que valide las emociones del paciente. Este es el principal tema de este apartado, por lo que creo que es conveniente. Quizá se pueda mover alguna de las frases de los ejemplos de la página 25. Por ejemplo: “Es estresante venir para estas tomografías y tener que preocuparse por si habrá malas noticias."	Se incorpora el comentario.

Grupo de trabajo	Fecha de revisión	Comentario	Respuesta / Cambio (en Guías en Comunicación Oncológica y Documento Metodológico)
		Página 27: La palabra “colegas” no la entiendo bien en este contexto. ¿Se refiere a amistades? Si es así, creo que es un término demasiado informal.	De acuerdo con el comentario, se elimina la palabra: colegas. La estrategia queda: "Reconocer diferentes presentaciones del duelo entre las personas con cáncer y sus familiares."
		Página 31: Sugiero cambiar “Proporcionar información en pequeñas cantidades” por “Proporcionar información de forma gradual”.	Se incorpora el comentario.
		Página 32: En el ejemplo, cambiar la pregunta cerrada por una abierta. En vez de “¿Hay algo en particular que le gustaría saber o que prefiere que discutamos más adelante?”, propongo “¿Qué le gustaría saber o que prefiere que discutamos más adelante?”	Se incorpora el comentario.
		Página 33: Los ejemplos van encaminados a que el paciente delegue en un familiar, pero ¿por qué? Quiero decir, la delegación se debe producir en caso de falta de capacidad, por tanto, es otro contexto distinto a los de los ejemplos. O también puede deberse a un interés mostrado por el paciente, pero creo que tampoco se adapta el planteamiento de los ejemplos a esta situación. Parece como que, en circunstancias normales, los clínicos deban promover que haya un portavoz de la familia, lo cual no es apropiado. El paciente es el único titular de la información y a quien le corresponde tomar las decisiones. Y solo el paciente debe tener la iniciativa de la delegación. En el punto 3, sugiero añadir el texto en negrita: Cuando sea pertinente, garantizar la presencia de la persona con cáncer, sus representantes designados para la toma de decisiones (en su caso) y los miembros del equipo clínico relevantes, facilitando así una comunicación efectiva y una toma de decisiones alineada con las necesidades de la persona. Otra alternativa óptima en mi opinión es: Cuando sea pertinente, garantizar la presencia de la persona con cáncer, su familia (si el paciente lo estima conveniente) sus representantes designados para la toma de decisiones y los miembros del equipo clínico relevantes, facilitando así una comunicación efectiva y una toma de decisiones alineada con las necesidades de la persona.	Se incorpora el comentario y se opta por la segunda opción.

Grupo de trabajo	Fecha de revisión	Comentario	Respuesta / Cambio (en Guías en Comunicación Oncológica y Documento Metodológico)
		Página 34: Añado lo que está en rojo: Explorar la agenda de la familia para una reunión familiar y la agenda del personal clínico para crear un marco para la discusión y asegurar que las preguntas del paciente y la familia sean respondidas directamente. Página 35: Entiendo el porqué de la siguiente recomendación, pero creo que no es idónea. Si eres familiar de una persona con cáncer, muy probablemente no vayas a recibir de buen agrado una recomendación por parte del personal clínico de que te formes en comunicación. En mi opinión profesional, es excederse en las competencias del equipo clínico. a. Incluir a miembros más allá de la familia nuclear en las conversaciones sobre el tratamiento y animarles a participar en programas educativos comunitarios para mejorar sus habilidades de comunicación y participación. Por otro lado, se plantea la posibilidad de ampliar la información a otros seres queridos. Es muy importante que quede reflejado que todo esto debe ser con el consentimiento del paciente. No es una cuestión únicamente ética, también legal. Página 42: Como formador en materia de comunicación, no estoy de acuerdo con la siguiente recomendación: Los seminarios o conferencias son un método ineficaz de entrenamiento en habilidades y no son adecuadas a menos que se combinen con ejercicios de práctica de habilidades supervisados. Explico el motivo. La comunicación está íntimamente conectada con lo que somos, lo que hacemos, lo que nos rodea y lo que se espera de nosotros, es decir, con aspectos culturales y estructurales que están impregnados en la sociedad, las organizaciones sanitarias y los profesionales sanitarios. Seguimos en una estructura paternalista y una de las mayores dificultades es la falta de conciencia. En otras palabras, no creemos que esto aun suceda. Sí que reconocemos que hay aspectos de la comunicación que deben mejorarse, pero no hay aun una reflexión suficiente sobre el	Se incorpora el comentario. De acuerdo con el comentario. Se modifica la recomendación 5 y la estrategia a. se elimina, ya que resulta repetitiva. La recomendación queda de la siguiente manera: "Previo consentimiento de la persona con cáncer, y cuando las circunstancias lo requieran, el personal clínico puede promover el desarrollo de habilidades de comunicación en familiares y personas cuidadoras, facilitando su participación activa en el proceso de cuidado. Asimismo, si la persona con cáncer lo desea, se puede facilitar la participación de otros miembros de la familia y agentes comunitarios de apoyo en las conversaciones clínicas, promoviendo así un entorno colaborativo y centrado en sus necesidades." De acuerdo con el planteamiento de la importancia de la fundamentación y la concienciación con el equipo clínico. Se integra el comentario. En página 42, en la estrategia a., donde dice: "Los seminarios o conferencias son un método ineficaz de entrenamiento en habilidades y no son adecuadas a menos que se combinen con ejercicios de práctica de habilidades supervisados." Se modifica de esta manera: "Los seminarios, conferencias (que aborden cuestiones teóricas, éticas y culturales), los ejercicios de introspección sobre la propia práctica y la concienciación, pueden ser un método eficaz de entrenamiento en habilidades de comunicación y pueden verse complementados con ejercicios prácticos supervisados."

Grupo de trabajo	Fecha de revisión	Comentario	Respuesta / Cambio (en Guías en Comunicación Oncológica y Documento Metodológico)
		planteamiento de base de la medicina y la atención sanitaria en general. Incluso en profesionales que manifiestan ser sensibles a la participación de los pacientes y de la importancia del apoyo centrado en la persona, se observan actitudes paternalistas encaminadas a pensar por el paciente, en vez de escuchar al paciente para entenderlo y acompañarlo. No es un problema individual, es estructural. Por tanto, como toda cuestión estructural, antes del entrenamiento y la formación práctica, es necesaria la formación teórica, ética y cultural. Esto no se consigue solo con una charla o un seminario, pero, desde mi enfoque profesional y personal (como paciente y familiar de paciente que he sido) enfocar el valor de la formación en las dinámicas y ejercicios prácticos es un error importante. Creo que así no se cambia la mentalidad de las personas e incluso se corre el riesgo de que este tipo de formaciones se conviertan en algo “divertido” o interactivo, y no como un ejercicio necesario de introspección personal y profesional. El mayor valor de una formación a profesionales sanitarios es que pongan en cuestión lo aprendido sobre su rol como profesional en el acompañamiento a pacientes, y reflexionen acerca de lo que progresivamente va necesitando la sociedad del siglo XXI. A día de hoy, hay cierta distancia entre las expectativas del personal sanitario y la evolución de la sociedad. Y siento decir que no todo es entrenamiento práctico, sino reflexión, formación de base y concienciación. Primero va una cosa y luego la otra (al menos desde mi perspectiva). Página 48: Echo de menos una recomendación sobre la importancia de presentarse, así como de explorar los objetivos del paciente para la consulta, así como de preocupaciones o dudas que tenga.	Se integra el comentario. En la página 48, entre las estrategias f. y g., añadir una nueva estrategia con lo siguiente: "Al inicio de la primera consulta, es fundamental que el profesional se presente. A continuación, se recomienda explorar cuáles son los objetivos que la persona con cáncer tiene para la consulta, así como indagar sobre las dudas, inquietudes o preocupaciones que pueda estar experimentando."

Grupo de trabajo	Fecha de revisión	Comentario	Respuesta / Cambio (en Guías en Comunicación Oncológica y Documento Metodológico)
		Página 50: Hay un error en la siguiente frase: c. Determinar si los miembros de la familia están involucrados, de acuerdo y son de apoyo.	Se integra el comentario. En página 50, estrategia c., se cambia por: "Es importante identificar si los/as miembros de la familia están involucrados/as en el cuidado de la persona con cáncer, si están de acuerdo con las decisiones tomadas respecto al tratamiento y si pueden constituirse en una fuente de apoyo."
		Página 52: Propongo este cambio (en negrita): Si es apropiado dado las metas de cuidado y preferencias de tratamiento, incluir la opción de enfocarse únicamente en cuidados paliativos, incluso la opción de ingresar a un centro, cuando la situación clínica, familiar o social así lo requiera.	Se incorpora el comentario.
		Página 52: En el ejemplo de conversación, parece transmitirse que solo las personas que quieren recurrir a cuidados paliativos son las que se decantan por la calidad de vida. Y eso realmente no es así, los pacientes, al igual que el resto de la sociedad, queremos vivir más y también bien. Por ello, sugiero este cambio (en negrita lo que sugiero): Quiero asegurarme de que tenga claras sus opciones y los beneficios e inconvenientes en cada caso. Si prefiere no continuar/iniciar los tratamientos médicos que le hemos propuesto y quiere enfocarse en cuidados que podemos proveerle para mejorar su bienestar enfocarse en mantener su comodidad y calidad de vida, podemos hablar sobre cuidados paliativos, incluso la posibilidad de considerar un ingreso en un centro especializado. Lo importante es que tomemos conjuntamente la decisión que mejor se adapte a sus circunstancias y deseos."	Se incorpora el comentario. De acuerdo con el planteamiento sobre la gradualidad de la información, se elimina la frase: "Incluso la posibilidad de considerar un ingreso en un centro especializado."
		Página 53: Propongo un cambio en la siguiente recomendación, ya que en la forma en que está planteada parece que se diga que las enfermeras en ocasiones no tienen contribuciones valiosas. En negrita lo nuevo: Siempre que sea posible, incluir a enfermero/a en las discusiones ya que pueden contribuir en la conversación y dar continuidad para dar respuesta a. A menudo tienen contribuciones valiosas que hacer y	Se incorpora el comentario. En pág 53, en la estrategia g., se reformula y queda de la siguiente manera: "Siempre que sea posible, incluir al personal de enfermería en las conversaciones, ya que pueden aportar a la comunicación y brindar continuidad en el cuidado, respondiendo preguntas y abordando emociones una vez que el equipo médico se ha retirado."

Grupo de trabajo	Fecha de revisión	Comentario	Respuesta / Cambio (en Guías en Comunicación Oncológica y Documento Metodológico)
		suelen estar presentes para las personas con cáncer cuando surgen preguntas y emociones después de que el personal clínico se ha ido.	
		Página 54 Se vuelve a mencionar la radioterapia, pero no queda claro por qué se especifica tanto este enfoque de tratamiento en este apartado. Propongo quitarlo ya que puede transmitir que es un tratamiento que ocasiona un mayor impacto que otros.	Se incorpora el comentario y se elimina la frase: "como la radioterapia," en la estrategia a.
		Página 55 Propongo sustituir "Expresar solidaridad" por "Transmitir compasión y empatía" Propongo cambiar una palabra en el apartado D. Hacer una pausa después de dar las malas noticias para que la persona con cáncer absorba asimile lo que se ha dicho (silencio de apoyo).	Se incorporan los comentarios.
		Página 56: Dentro de las estrategias, echo de menos un punto que transmita que la participación en el ensayo es voluntaria y que podría abandonarlo cuando quisiera, sin crear repercusiones en la atención que se le ofrece.	Se integra el comentario: Se reformula estrategia d., y queda de la siguiente manera: "Es importante afirmar que la participación en un ensayo clínico es completamente voluntaria y que la persona con cáncer puede decidir no participar o abandonarlo en cualquier momento, sin que ello afecte de ningún modo la calidad de la atención que recibe."
		Página 57: Lo mismo que el comentario anterior con respecto al elemento gráfico (2). Previamente en la guía no se ha puesto en los ejemplos de conversación. En cuanto al ejemplo, propongo sustituir "comodidad" por "bienestar", para evitar transmitir que la persona que decide ir a cuidados paliativos y no recibir tratamiento activo se está rindiendo.	Se incorpora el comentario. Se elimina elemento gráfico (2) y se sustituye comodidad por bienestar.
		Página 57: Personalmente, no me gusta mucho el término "enfermedad terminal" o "cáncer terminal". Produce un estigma considerable y, además, en muchos casos nos encontramos que las personas viven mucho más tiempo del esperado. Por tanto, propongo	Se incorpora el comentario. En estrategia a., se sustituye enfermedad terminal por: "enfermedad de pronóstico desfavorable".

Grupo de trabajo	Fecha de revisión	Comentario	Respuesta / Cambio (en Guías en Comunicación Oncológica y Documento Metodológico)
		emplear otras palabras: “enfermedad de pronóstico desfavorable” o “enfermedad con mal pronóstico” o “enfermedad avanzada”. Sé que quizá puedan parecer eufemismos, pero realmente son precisos en su significado y su impacto emocional es menor.	
		Página 59: Eliminar la palabra “raza” ya que no existen las razas en los seres humanos. Las palabras “personas racializadas” o “antirracismo” se emplean para transmitir todas aquellas discriminaciones que sufren las personas como consecuencia de una supuesto diferenciación racial, que ha sido intencionada desde hace siglos para favorecer el privilegio de las personas blancas. En el apartado D se mencionan los capellanes, pero debería ser inclusivo e integrar figuras de otras religiones. Por tanto, propongo un termino más global, quizá consejero/a o asesor/a espiritual o religioso.	En estrategia a., se elimina la palabra “raza”. Se incorpora el comentario. Se sustituye el término capellanes por:consejero/a o asesor/a espiritual o religioso.
		Página 60: Se hace mención a “cuidados paliativos solos”. Entiendo que quiere hacer referencia a recibir estos cuidados y no continuar en otras especialidades (por ejemplo, oncología). En caso de ser así, sugiero no incluirlo porque lo ideal es que no se produzca una derivación, sino una integración y que el paciente siempre tenga una conexión con el médico que le ha tratado.	De acuerdo con el comentario. Se elimina de la estrategia a.: "cuidados paliativos solos".
Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA)	Abril 2025	Respecto a lo de agrupar párrafos, me parece que se refiere a fusionar recomendaciones. A lo largo de estas revisiones ya se han corregido varias cosas que considero es suficiente. Es verdad que hay coincidencias, pero hay matices diferentes.	Se incorporan los comentarios.
		Su comentario sobre los pilares metodológicos y la escasa bibliografía en español lo voy a considerar dado que también lo menciona Diego y se añadirá algo a las limitaciones	Se incorporan los comentarios.
		En los aspectos transversales, la recomendación 2, sugiere que se añada una recomendación más que diga lo siguiente: Evitar dar sensación de no disponer de tiempo; evitar dar la sensación de tener prisa.	Se incorporan los comentarios.

Grupo de trabajo	Fecha de revisión	Comentario	Respuesta / Cambio (en Guías en Comunicación Oncológica y Documento Metodológico)
		En la Rec 6, Añadir una estrategia que diga: Para la persona con cáncer es importante sentir la complicidad y alianza del personal clínico.	Se incorporan los comentarios
		En la Rec 11, añadir donde dice una evaluación integral un paréntesis que diga lo siguiente (Considerando incluso aspectos vinculados al ámbito laboral, profesional y familiar).	Se incorporan los comentarios.
		En la pági 40 que aparece el cuadro con los ejemplos de los profesionales, es mejor cambiar el título de ese cuadro: Ejemplos de profesionales de apoyo en el cuidado oncológico y justo al lado de: Consejero, consejero espiritual y voluntario, poner un asterisco que diga: Se podrán gestionar en algunas cosas con las asociaciones de pacientes.	Se incorporan los comentarios.
		En la pag. 48 en la rec 1, en la estrategia b, donde dice tener toda la información, incluir un paréntesis que diga: personal, familiar, laboral y clínica.	Se incorporan los comentarios.
Oncólogo médico, miembro del equipo clínico desarrollador de la guía	Abril 2025	En la página 9, punto 3, apartado C Poner: Priorizar la comunicación de información sobre su enfermedad de forma presencial con la persona con cáncer. Consensuar otros medios de comunicación con el paciente.	Se incorporan los comentarios.
		En la página 17, punto 11, apartado B El acrónimo de fatiga relacionada con el cáncer está mal, cambiar a la versión en castellano: FRC.	Se incorporan los comentarios.
		Menciona que la Rec 11 y la 14 suenan repetitivas, entonces he recortado un poco la 14. La 11 quedaría tal como está La 14 quedaría de esta forma: El personal clínico debe respetarla espiritualidad de la persona, evitando la imposición de creencias personales y garantizando un acompañamiento basado en la empatía y el respeto a sus valores.	Se incorporan los comentarios.

Grupo de trabajo	Fecha de revisión	Comentario	Respuesta / Cambio (en Guías en Comunicación Oncológica y Documento Metodológico)
Metodóloga, miembro del equipo clínico desarrollador de la guía	Marzo 2025	En la Rec de la pag 7, en estrategia g: poner: Considerar ofrecer una vía alternativa de comunicación como teleconferencia. En h, poner en un paréntesis (Para cubrir todas las fases del tratamiento o algún aspecto de la organización familiar)	Se incorporan los comentarios.
		En página 8 se puede cambiar lo de costes del tratamiento por carga de la enfermedad	Se incorporan los comentarios.
		En página 9, lo que dice de ambivalentes, lo cambiaría por: Determinar si la persona con cáncer está preparada para recibir información explícita, si tiene dudas o no desea recibir información. Para las personas con cáncer que tienen dudas, es útil hablar sobre los beneficios de estar bien informados/as. Para quienes prefieren no hablar sobre el estado de la enfermedad y el plan de tratamiento, se puede acordar (con su consentimiento) hablar del tema más adelante o tratarlo con sus familiares.	Se incorporan los comentarios.
		En página 10, respecto a las estrategias cambiar tal como lo propone: Enfocar la conversación. No será abandonada en el proceso de toma de decisiones y después de tomar una decisión. Abordar la incertidumbre. Presentar la información en pequeños segmentos dando tiempo a asimilar la información, verificar la comprensión y posponiendo la decisión al tratamiento si fuera necesario. Usar herramientas de ayuda a la toma de decisiones compartidas. Luego más abajo lo que hay cambiarlo por: Para ayudar a las personas con cáncer a prepararse para la consulta y favorecer una comunicación más efectiva durante el encuentro clínico con el personal de salud.	Se incorporan los comentarios.
		Página 11, quitar el 1, y lo que dice de pasar a tratamiento ya lo tenemos. En las estrategias, poner el asterisco en: d. para donde dice lo del ensayo agregar: Es importante tener en consideración que en el contexto de ensayos clínicos se requiere un mayor seguimiento y pruebas que pueden afectar a la logística familiar.	Se incorporan los comentarios.

Grupo de trabajo	Fecha de revisión	Comentario	Respuesta / Cambio (en Guías en Comunicación Oncológica y Documento Metodológico)
		Página 12, eliminar palabra proporcionalidad. Luego en estrategias: La estrategia a, la vamos a dividir en dos: -Incluir una discusión sobre la frecuencia y naturaleza de las visitas a la clínica y/o estadías en el hospital. -Proporcionar información detallada sobre el tratamiento, las indicaciones específicas. incluyendo el tipo, las vías de administración, la frecuencia y las dosis, En b, sustituir prioridades por preferencias En c. quitar las palabras enfocarse únicamente	Se incorporan los comentarios.
		En pag. 13, eliminar primera frase y empezar donde dice: El personal clínico debe proporcionar.	Se incorporan los comentarios.
		En pag 14, ayudas visuales y se puede añadir como estrategia en los puntos 1, 2 y 4. También haz por favor el cambio de lo que dice del cuadro: Ejemplos de materiales de ayuda.	Se incorporan los comentarios.
		En pág. 16, fusionar las dos estrategias, quedaría de la siguiente manera: Explorar los objetivos, valores y preferencias de la persona con cáncer, reconociendo que estos pueden cambiar a lo largo del tiempo en respuesta a la evolución de la enfermedad, los efectos del tratamiento y los cambios físicos o emocionales.	Se incorporan los comentarios.
		En Pag 17, no repitas el 1 de la recomendación. Luego mas abajo en las estrategias, es mejor eliminar la vi y luego la vii se puede cambiar de posición para que quede en las primeras de esa sección.	Se incorporan los comentarios.
		En pag 18, cambiar a: Expresar empatía y solidaridad. Luego en g, Cambiar por: Evitar minimizar las malas noticias o desviar la conversación como forma de intentar reducir la angustia de la persona con cáncer. En j. cambiar hallazgos por resultados.	Se incorporan los comentarios.
		En pag. 19, en b. Añadir lo en negrita: Considerar permitir que la persona con cáncer y/o la familia grabe las discusiones en audio o alentarlos a tomar notas.	Se incorporan los comentarios.

Grupo de trabajo	Fecha de revisión	Comentario	Respuesta / Cambio (en Guías en Comunicación Oncológica y Documento Metodológico)
		En pag. 20, y 21 cambiar la recomendación 1, 2 y 3, de manera que aparezca en primer lugar la que aparece como 3, luego la 2 y luego la 1.	Se incorporan los comentarios.
		Pag, 23: Poner para todas las personas con cáncer y especialmente para aquellas con baja alfabetización en salud, se recomienda usar pictogramas u otras ayudas visuales, etc	Se incorporan los comentarios.
		En pag 24, poner en el cuadro de ejemplos de materiales: Guía y herramientas	Se incorporan los comentarios.
		En pag 26, poner en a. tutor legal y más abajo en i: Ser una persona honesta.	Se incorporan los comentarios.
		En pag 31. La recomendación 15 la reformularía un poco para que el énfasis sea en el clínico, quedaría así: El personal clínico debe abordar cada encuentro con una actitud de curiosidad y apertura, reconociendo que las personas con cáncer y sus familias, independientemente de su origen, pueden tener creencias, experiencias, conocimientos y expectativas diferentes a las propias.	Se incorporan los comentarios.
		En pag. 32. La Rec 17 mover al apartado de gestión emocional.	Se incorporan los comentarios.
GuíaSalud	Junio 2025	Página 8: reformular la estrategia b (Asco 1.2 - Información clara I.1)	De acuerdo se introduce el comentario. Estrategia b. Valorar el uso de herramientas previas a la consulta, como: "cuestionarios de resultados informados por los/as pacientes (Patient reported outcomes), intervenciones de preparación previa (previsit coaching) y listas de preguntas sugeridas (question prompt lists)."
		Página 9: integrar la sugerencia de estrategia (Asco 1.3 - Información clara I.2).	De acuerdo se introduce el comentario. Esto lo pondría al inicio de todo como estrategia a. "Se debe asegurar que el espacio en el que se proporciona la información cumpla con las condiciones necesarias de privacidad y confort. Esto implica garantizar la privacidad acústica y visual, evitando interrupciones, ruidos u otros elementos que puedan

Grupo de trabajo	Fecha de revisión	Comentario	Respuesta / Cambio (en Guías en Comunicación Oncológica y Documento Metodológico)
			distraer, incomodar o dificultar la conversación." Y se añade al pie de página: "Nota: Esta sugerencia ha sido añadida por el equipo redactor de la guía española y no forma parte de las recomendaciones originales de la Guía de ASCO, Gilligan et al., 2017 (1)."
		Página 14: elegir qué hacer con las estrategias a y b - dos revisores indican cosas opuestas (Asco 3.1 - Información clara I.6)	Las estrategias a. y b. de la recomendación 6, están pensadas para un momento concreto antes de iniciar el tratamiento, la recomendación 4, hace referencia a todo el proceso de cuidado. En cualquier caso hemos reorganizado esas dos estrategias en una única estrategia. "Retomar conversaciones previas sobre valores, metas y preferencias de la persona con cáncer antes de iniciar el tratamiento, asegurando que reflejan sus prioridades actuales."
		Página 16: sugerencia de fusión rec 9 con 10 (Asco 6.3 con RS_05- Información clara I.9-10)	El mayor énfasis de la recomendación 9 son las personas con baja alfabetización sanitaria y el apoyo a la hora de usar recursos visuales. En el caso de la recomendación 10, se refiere en general a todos las herramientas que pueden usar los profesionales para apoyar o complementar la comunicación. En cualquier caso se reescribe para clarificar la recomendación 10. "Integrar recursos de apoyo a la comunicación para persona con cáncer y personal clínico, que mejoren la comprensión, la participación y la toma de decisiones compartida."
		Página 24: sugerencia de fusión rec 18 con 15 (Asco 8.2 con RS_10- Información clara I.15-18)	Estas recomendaciones aunque ligeramente parecidas, son complementarias ya que no abordan exactamente lo mismo. La rec 15 va dirigida la importancia de la sensibilidad cultural y la perspectiva de género en la comunicación. La rec 18, señala la necesidad de no hacer suposiciones o juzgamientos sobre la orientación sexual y la identidad de género. Se reescriben mejor ambas recomendaciones para facilitar una mayor comprensión. Recomendación 15: "El equipo clínico debe proporcionar información clara y comprensible, integrando una perspectiva de

Grupo de trabajo	Fecha de revisión	Comentario	Respuesta / Cambio (en Guías en Comunicación Oncológica y Documento Metodológico)
			género y una sensibilidad cultural (adaptando la comunicación al contexto sociocultural de cada persona con cáncer), para un cuidado equitativo y centrado en la persona." Recomendación 18: "El personal clínico debe evitar hacer suposiciones sobre la orientación sexual y la identidad de género de las personas con cáncer. Es fundamental emplear un lenguaje inclusivo y no valorativo al tratar temas relacionados con la sexualidad y el comportamiento sexual, creando un espacio de comunicación seguro y respetuoso que acoja la diversidad de experiencias y realidades."
		Página 24: ¿porque solo cáncer avanzado? estrategia a (Asco 8.2 - Información clara I.18)	Efectivamente, se trata de un error en la redacción. Se reformula la estrategia a. "Realizar una anamnesis sexual completa y con sensibilidad en personas con cán con enfermedades potencialmente limitantes para la vida, como el cáncer, evitando asumir que la enfermedad ha reducido su deseo o interés por la sexualidad."
		Página 50: reformular estrategia i - "limitaciones financieras" (Asco 1.1 - inicio del cuidado I.1)	Muy apropiada la sugerencia. La incorporamos en la estrategia i.: "Explorar si existen necesidades sociales que puedan afectar al tratamiento o a la organización familiar, incluyendo aspectos laborales, económicos y de apoyo en el entorno familiar."
		Página 54: fusionar estrategia f y g (Asco 3.3 - Tratamiento III.3)	Efectivamente, se trata de un error en la redacción. Se redacta como sigue: "a. Centrarse en lo que sí se puede hacer. b. Transmitir a la persona con cáncer que no será abandonado, cualquiera que sea su decisión sobre el tratamiento. c. Reconocer la existencia de incertidumbre en determinadas situaciones clínicas. d. Normalizar las solicitudes de una segunda opinión por parte de las personas con cáncer. e. Ofrecer la información en partes pequeñas y verificar regularmente la comprensión."

Grupo de trabajo	Fecha de revisión	Comentario	Respuesta / Cambio (en Guías en Comunicación Oncológica y Documento Metodológico)
			f. Cuando sea posible, utilizar herramientas para la toma de decisiones compartidas, con el fin de preparar a la persona con cáncer y favorecer la comunicación y la toma de decisiones durante las consultas. g. Incorporar al personal de enfermería en las conversaciones siempre que sea posible. h. Dejar constancia de las conversaciones en la historia clínica."