

Guías de Comunicación en Oncología:

Aspectos Transversales y Durante el Cuidado

Ministerio de Sanidad
Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud



El presente documento describe los **Aspectos Transversales y Durante el Cuidado que se han de tener en cuenta como Guías de Comunicación en Oncología: Habilidades de comunicación del personal clínico y proceso de información a la persona con cáncer y su familia.**

Este documento ha sido realizado por el **Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS)** 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 Sistema Nacional de Salud (SNS) 2025.

Fecha de edición: 2025

Edita: Ministerio de Sanidad

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

NIPO: [PENDIENTE]

DOI: [PENDIENTE]

URI: [PENDIENTE]

ISBN: [PENDIENTE]

Contacto: participacion.redets@sescs.es

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. Aspectos Transversales y Durante el Cuidado”**. Madrid: Ministerio de Sanidad; Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS); 2025.

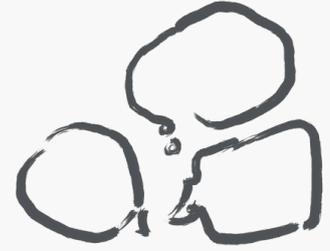
Para la redacción de este documento, se procuró emplear un lenguaje inclusivo sin comprometer la claridad ni la facilidad de lectura. Por ello, se optó por el uso de términos neutros siempre que fue posible.



guiasalud.es



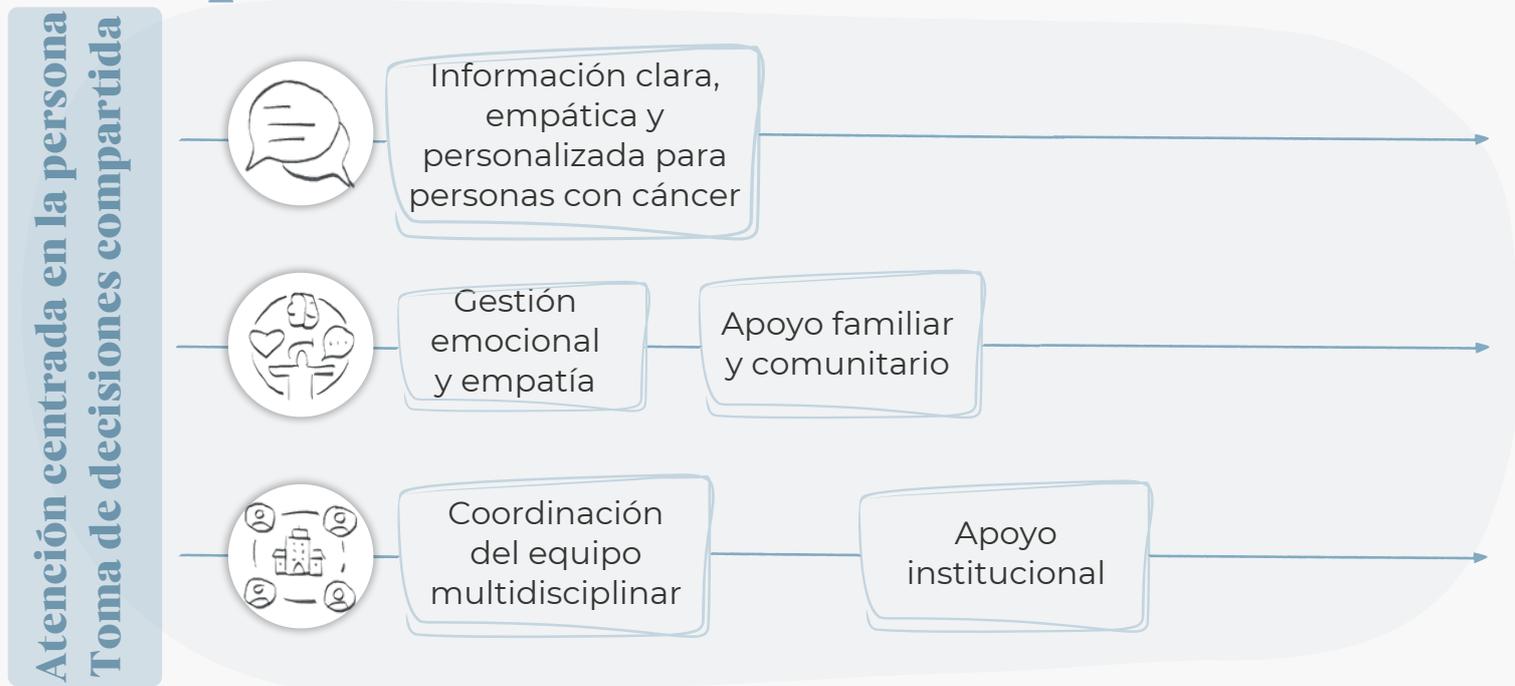
Índice:



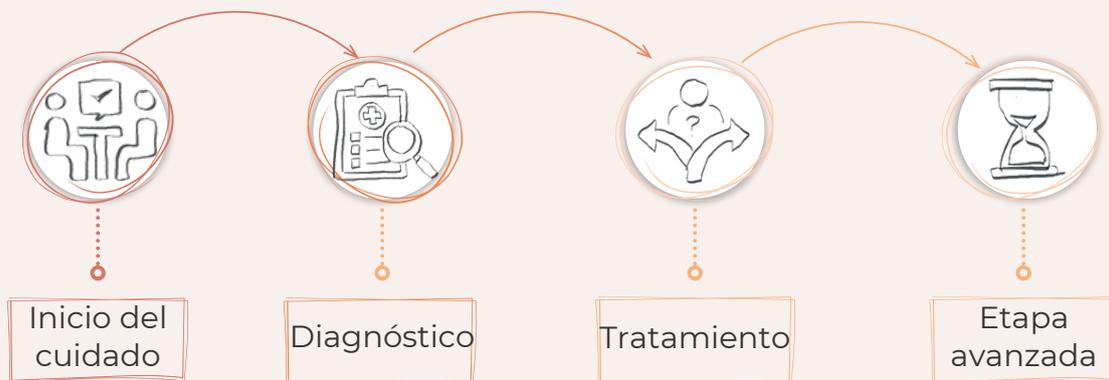
Infografía	4
Introducción	5
ASPECTOS TRANSVERSALES	7
I. Información clara, empática y personalizada para personas con cáncer	8
II. Gestión emocional y empatía	25
III. Apoyo familiar y comunitario	32
IV. Coordinación del equipo multidisciplinar	37
V. Apoyo institucional	41
DURANTE EL CUIDADO	48
I. Inicio del cuidado	49
II. Diagnóstico	51
III. Tratamiento	52
IV. Etapa avanzada	56
ANEXO I. Resumen de recomendaciones del estudio Delphi	62
ANEXO II. Recursos de apoyo	66
Bibliografía	68
Grupo de Trabajo	71

Guías de Comunicación en Oncología

Aspectos transversales:



Durante el cuidado:



Introducción de las Guías de Comunicación en Oncología:

La comunicación efectiva en oncología es un pilar fundamental para garantizar una atención centrada en la persona con cáncer. En este contexto, las presentes guías se conciben como una herramienta práctica para el personal clínico, con el objetivo de apoyar su labor diaria y optimizar la interacción con las personas con cáncer, sus familias y otros miembros del equipo asistencial. El diseño de estas guías responde a la necesidad de tener unos marcos de referencia y personalizar las estrategias de comunicación en un ámbito tan sensible como el oncológico.

A través de un enfoque basado en la evidencia y el consenso experto, se abordan las principales temáticas relacionadas con los distintos momentos del proceso del cuidado, desde el diagnóstico hasta la etapa avanzada de la enfermedad, incluyendo la implicación de las personas cuidadoras y el trabajo en equipos multidisciplinares.

Metodología de Elaboración

Estas guías se basan en tres estrategias metodológicas:

- Incorporación de documentos metodológicos: las Guías de referencia de la American Society of Clinical Oncology (ASCO) (Gilligan et al., 2017) [1] y la European Society for Medical Oncology (ESMO) (Stiefel et al., 2024) [2] aportaron un marco teórico y recomendaciones clave para la redacción de este documento.
- Revisión sistemática: Se realizó una revisión de la literatura científica publicada en los últimos diez años (2014-2024) para identificar la mejor evidencia disponible en comunicación oncológica.
- Consulta con personas expertas para validar las recomendaciones incluidas en las guías de comunicación en oncología, mediante un estudio Delphi de dos rondas, que permitió alcanzar consenso sobre la importancia de cada recomendación.

Todas las recomendaciones incluidas en estas guías son el resultado de las metodologías descritas y obtuvieron consenso en la primera o segunda ronda del estudio Delphi. Aquellas que no alcanzaron al menos un 75% de consenso durante el proceso no fueron incorporadas en este documento final (ver Anexo 1 - página 58).

Finalmente, las recomendaciones se agruparon en diez temáticas y, dentro de cada una, se ordenaron según su nivel de relevancia.

Estructura y Contenidos de las Guías

Las recomendaciones de estas guías están organizadas en dos secciones:

- **Aspectos transversales:**

- I. Información clara, empática y personalizada para personas con cáncer
- II. Gestión emocional y empatía
- III. Apoyo familiar y comunitario
- IV. Coordinación del equipo multidisciplinar
- V. Apoyo institucional

- **Durante el cuidado:**

- I. Inicio del cuidado
- II. Diagnóstico
- III. Tratamiento
- IV. Etapa avanzada

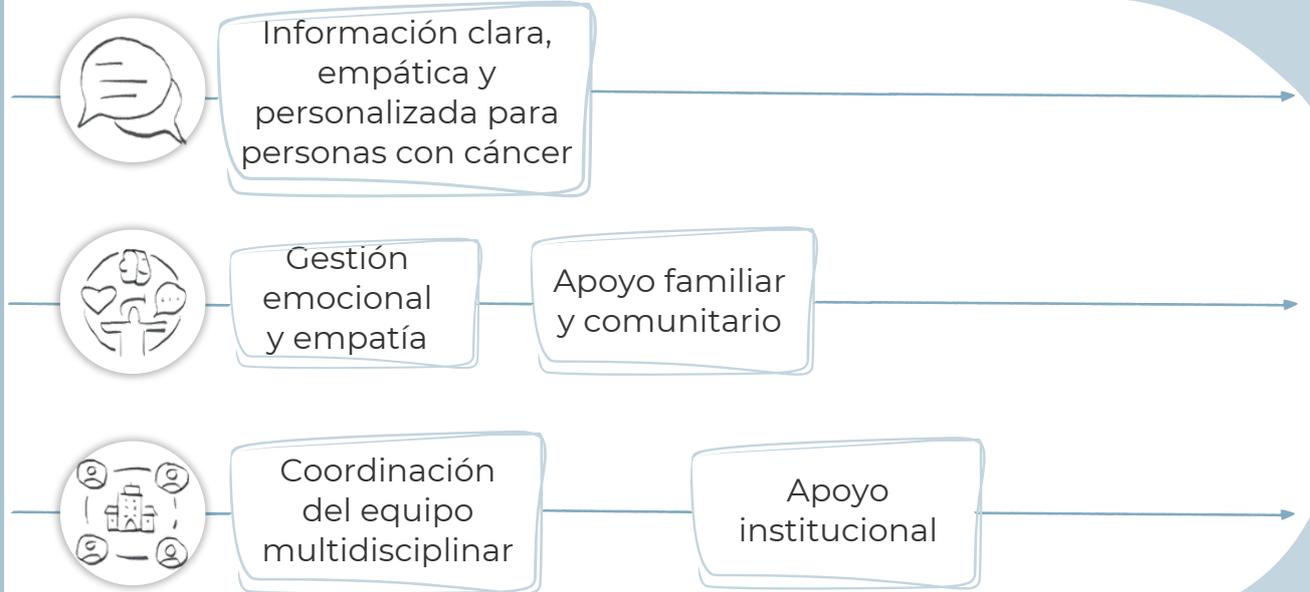
Cada sección contiene recomendaciones prácticas, estrategias específicas y ejemplos concretos que el personal clínico puede implementar en su práctica diaria.

Objetivo General de las Guías

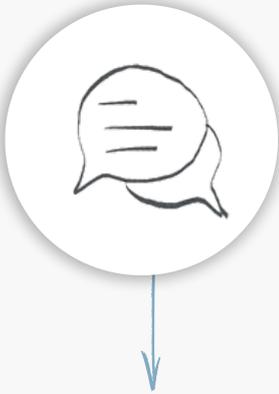
Proveer al personal clínico de un recurso práctico y basado en evidencia que mejore la calidad de la comunicación en oncología, favoreciendo una atención más humana, respetuosa y eficaz para las personas con cáncer y sus familias.

ASPECTOS TRANSVERSALES:

**Atención centrada en la persona
Toma de decisiones compartida**



ASPECTOS TRANSVERSALES:



I. Información clara, empática y personalizada para personas con cáncer

1

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.¹

Estrategias:

- 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*).

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"¿Qué sabe o entiende hasta ahora sobre su diagnóstico? ¿Hay algo que le gustaría aclarar o que no haya quedado claro sobre su situación?"

"Para asegurarnos de que tenemos en cuenta todo lo que le interesa, le dejo una lista de posibles preguntas para que pueda revisar si hay algo más que le gustaría preguntar o profundizar."

2

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.²

Estrategias:

- 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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

“Hola, soy [nombre] y soy el/la [especialidad] que estará a cargo de su atención. Estoy aquí para acompañarle en cada paso de la gestión de su enfermedad. ¿Hay alguna cuestión que le gustaría que tuviera en cuenta?”

“Me gustaría conocer más sobre usted, más allá de su diagnóstico. ¿Cómo era su vida antes de que comenzara el tratamiento? ¿Cómo ha cambiado su rutina diaria desde el diagnóstico?”

“¿Cómo está afrontando este momento su familia?”

2. Recomendación 1.3, Gilligan et al., 2017 (1).

* 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).

(continúa) SUGERENCIA DURANTE LA CONVERSACIÓN:

El personal clínico se sentará al nivel de la persona con cáncer, evitando posiciones de poder como estar de pie o de lejos. Esto le ayudará a crear un ambiente de cercanía y empatía.

El personal clínico utilizará un tono cálido y amigable, pero mantiene el respeto profesional, utilizará el nombre de la persona con cáncer y mostrará atención al contexto clínico de esta relación.

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.

3

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.³

Estrategias:

- 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.

(continúa) Estrategias:

- 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.
- 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"^{*1} " o contestar "talk back"^{*2} ".
- k. 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 hicieron 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 ayudarle 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 hablemos?"



*1, 2. El método Teach-Back es una estrategia de confirmación utilizada por los profesionales de la salud para evaluar la comprensión del paciente, pidiéndole que repita la información proporcionada con sus propias palabras, con el fin de reforzar el aprendizaje y corregir errores de ser necesario. Ha Dinh et al., 2016 (3).

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.⁴

Estrategias:

- 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?"

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?"

5

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.⁵

Estrategias:

- 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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"Primero, vamos a hablar sobre los beneficios de este tratamiento. Este tratamiento puede [ayudar a reducir el tamaño del tumor]. ¿Lo entiende hasta aquí?" (Pausa para escuchar la respuesta de la persona con cáncer).

"En cuanto a la tasa de éxito del tratamiento, se estima que un [50%] de las personas con cáncer responden positivamente. Esto significa que hay una posibilidad del [50%] de que el tratamiento funcione, pero también hay un [50%] de riesgo. Le daré un gráfico que puede ayudar a visualizarlo."

6

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.⁶

Estrategias:

- 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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"En el pasado expresé un deseo de continuar con el tratamiento contra el cáncer, pero veo que este último ciclo de tratamiento ha sido difícil para usted. Me gustaría saber si su opinión sobre el tratamiento ha cambiado"

6. Recomendación 3.1, Gilligan et al., 2017 (1).

* 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 (1).

7

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.⁷

Estrategias:

- 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.
- Utilizar oraciones simples y claras, haciendo pausas frecuentes para permitir la interpretación y traducción.
- Pedir a la persona con cáncer que exprese su comprensión después de haberle explicado algo.
- Ser consciente de las diferencias culturales, no solo de las diferencias de idioma.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"¿Hay algo que deba tener en cuenta para que la interpretación y traducción sea precisa, especialmente sobre el manejo de la enfermedad?"

"Voy a hablar despacio y en frases simples para asegurarme de que todo se interprete e traduzca claramente. Haré pausas frecuentes para darle tiempo a interpretar y traducir."

"Entiendo que las creencias culturales pueden jugar un papel importante en la percepción de los tratamientos. Me gustaría asegurarme de que respetemos y tengamos en cuenta cualquier aspecto cultural importante mientras hablamos sobre su plan de tratamiento."



8

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.⁸

Estrategias:

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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

“¿Qué tan seguro se siente llenando formularios médicos por su cuenta?”

“¿Con qué frecuencia necesita que alguien le ayude a leer los materiales del hospital?”

9

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.⁹

SUGERENCIA:

Para que la información sea clara y fácil de entender, el personal clínico debe de evitar expresiones como *“el riesgo relativo de desarrollar náuseas aumenta un 50%”* y, en su lugar, utilizar frases como *“de cada 10 personas que toman este tratamiento, 5 podrían sentir náuseas”*.

8. Recomendación 6.2, Gilligan et al., 2017 (1).
9. Recomendación 6.3, Gilligan et al., 2017 (1).

10

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.¹⁰

Estrategias:

- 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 ajustar las estrategias de comunicación y el enfoque del cuidado.

EJEMPLOS DE MATERIALES DE AYUDA:

Lista de preguntas sugeridas	Grabaciones 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

11

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.¹¹

Estrategias:

- 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 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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"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.

¿Le parece bien si empezamos por ahí?"

"Recuerda que el cuidado del cáncer es un proceso integral, que requiere atención tanto a su salud física como a su bienestar emocional.

Vamos a explorar conjuntamente cómo mantener ambos en equilibrio para alcanzar sus objetivos de recuperación".

11. Jones * et al., 2021 (9); Roy et al., 2020 (10).

* 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.

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.¹²

Estrategias:

- 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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

“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?”

“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.”

13

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.¹³

Estrategias:

- 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.
- Adaptar el lenguaje y el contenido de las conversaciones según la edad y el desarrollo cognitivo de la persona menor de edad con cáncer.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

Ajustado a niños/as menores de 8 años:

"Tu cuerpo está formado por muchas células pequeñas, 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."

"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."



14

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.¹⁴

Estrategias:

- 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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"Entiendo que los síntomas físicos pueden ser difíciles de manejar. Además, me gustaría saber cómo se siente emocionalmente. A veces los cambios en el cuerpo también afectan cómo nos sentimos interiormente."

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN Y SUGERENCIAS:

Reflexión para el personal clínico: Asegura abordar tanto los síntomas físicos como los emocionales. Las personas con cáncer pueden no verbalizar su sufrimiento emocional, pero estar atento a las señales de angustia, ansiedad o tristeza puede revelar aspectos importantes que necesitan atención.

"Entiendo que este es un momento muy difícil para usted, ¿hay alguna práctica espiritual o algo que le ayude a encontrar paz en este momento?"

Reflexión para el personal clínico: Si la persona con cáncer menciona alguna creencia o práctica espiritual, acéptela y respétele sin hacer suposiciones o imponer sus propias creencias. Si no mencionan nada, también es válido y puede ser necesario dejar el espacio abierto para que lo compartan si así lo desean.

15

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.¹⁵

Estrategias:

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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

“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?”

16

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.¹⁶

Estrategias:

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.

15. Berg et al., 2021 (14); Limbacher * et al., 2022 (15); Miranda * et al., 2024 (16).

*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.

16. Maya * et al., 2021 (17); Primeau et al., 2024 (18).

*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.

(continúa) Estrategias:

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.

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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"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."

17

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.¹⁷

Estrategias:

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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"Quiero asegurarme de comprender lo que es importante para usted y su familia en este momento, y cómo podemos trabajar juntos en un plan que tenga en cuenta sus expectativas y creencias. ¿Hay algo que quiera compartir sobre sus pensamientos o expectativas en cuanto al tratamiento?"

"¿Hay algo relacionado con su cultura, familia o creencias que cree que debería saber para apoyarle mejor?"

17. Recomendación 8.1, Gilligan et al., 2017 (1).

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.¹⁸

Estrategias:

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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"Quiero asegurarme de que estamos abordando todas las áreas de su bienestar, no solo los aspectos físicos de su tratamiento.

Algunas personas me han compartido que, incluso durante esta etapa, la intimidad y la sexualidad siguen siendo importantes para ellas. Si este es un tema que le gustaría abordar, estoy aquí para escucharlo y hablarlo con total confianza y sin prejuicios. ¿Esta de acuerdo?"

19

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.¹⁹

Estrategias:

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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"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."

18. Recomendación 8.2, Gilligan et al., 2017 (1).

19. Recomendación 8.3, Gilligan et al., 2017 (1).



II. Gestión emocional y empatía

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, dando el apoyo necesario de manera empática y respetuosa.²⁰

Estrategias:

- a. El personal clínico debe ser consciente de las razones psicológicas y culturales que influyen en la dependencia de la persona con cáncer hacia el, y adaptar la comunicación según el estado psicológico de las personas con cáncer (negación, vulnerabilidad, etc.).
- b. La teoría del apego es útil para entender la vulnerabilidad de las personas con cáncer y mejorar la comunicación clínica.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

Pregunta a la persona con cáncer en caso de negación:

"Puedo notar que quizás hay algo que le gustaría evitar o no hablar sobre el tratamiento.

¿Le gustaría que habláramos más sobre eso o prefiere hacerlo en otro momento?"

En caso de vulnerabilidad extrema:

"Sé que este es un momento muy complejo y a veces puede sentirse abrumador. Estoy aquí para apoyarle en lo que necesite, ya sea responder a sus preguntas o brindarle más información sobre cómo se siente."

"Sé que puede ser difícil afrontar esta enfermedad. ¿Qué necesitaría para que podamos acompañarle durante el proceso?"

2

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.²¹

Estrategias:

- 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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"¿Cómo se siente hoy?"

"Ayúdeme a entender cómo se siente respecto a lo que discutimos."

"Estos han sido 6 meses muy difíciles para usted."

"Sé que pasó un mal momento cuando estaba con la quimioterapia anteriormente y que ha estado preocupado/a por empezar de nuevo."

"Quiero asegurarme que hacemos todo lo posible para obtener el mejor resultado para usted."

"Sé que ha sido un tiempo difícil y quiero hacer todo lo que pueda para ayudarle sentirse mejor."

"Me preocupa escuchar que ha estado sufriendo tanto, y espero que podamos trabajar conjuntamente para mejorar su calidad de vida."

"Cuénteme qué le preocupa."

"¿Qué ha sido lo más difícil de todo esto para usted?"

"Ayúdeme a entender lo que siente en este momento."

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.²²

Estrategias:

- 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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

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.

"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."

"Es estresante venir para estas tomografías y tener que preocuparse por si habrán malas noticias."

22. Epstein* et al., 2021 (19); Lim et al., 2016 (20); Van Der Velden* et al., 2024 (21).

*Epstein et al, 2021; Van der Velden. Aunque estos estudios experimentales no cumplieron 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

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.²³

Estrategias:

- 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.).

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"Sé que esta información es difícil de procesar, ¿Cómo se siente al respecto? Estoy aquí para responder cualquier duda que tenga."

REFLEXIÓN PARA EL PERSONAL CLÍNICO:

Antes de dar información importante, es necesario evaluar la disposición emocional de la persona con cáncer.

¿Está listo/a para recibirla o necesita primero un tiempo para prepararse emocionalmente?

5

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.²⁴

Estrategias:

- 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 pacientes locales, programas y centros que proporcionan este servicio.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"Es normal sentir tristeza, enfado o incluso confusión mientras procesas lo que está viviendo. Cada persona afronta estas emociones de manera diferente, y estoy aquí para apoyarle en lo que necesite."

"Entiendo que este proceso puede traer muchas emociones difíciles. Si se siente abrumado/a, podemos hablar sobre lo que está pasando o buscar formas de ayudarlo a manejarlo."

6

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.²⁵

Estrategias:

- 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.

REFLEXIONES PARA EL PERSONAL CLÍNICO:

- 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.²⁶

25. Stiefel et al., 2018a (22); Stiefel et al., 2018b (23); De Vries et al., 2014 (24).
26. Driscoll et al., 2007 (25); Goleman et al., 1995 (26); Schön et al., 1983 (27).

7

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.²⁷

Estrategias:

- 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.

POSIBLE REFLEXIÓN PARA EL PERSONAL CLÍNICO:

Es importante reconocer cómo las propias creencias sobre la muerte pueden influir en la forma en que nos comunicamos con las personas con cáncer. ¿Estamos seguros/as de que nuestras respuestas a sus inquietudes son objetivas o podrían estar siendo influenciadas por nuestros propios miedos o creencias personales? Es de valor mantenerse atento/a a estas emociones para poder ofrecer un apoyo más neutral y empático.



III. Apoyo familiar y comunitario

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.²⁸

Estrategias:

- a. Marcos publicados incluyen: SPIKES,²⁹ PREPARED³⁰ y la Guía de Conversación de Enfermedades Graves.³¹
- b. Pasos importantes a considerar:
 - i. 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.
 - ii. Revisar el historial médico para la documentación de discusiones previas sobre el final de la vida.
 - iii. Proporcionar información a la persona con cáncer y, con su permiso, a las familias sobre discusiones previas del final de la vida.
 - iv. Desarrollar una buena relación con la persona con cáncer y su familia o personas cuidadoras.
 - v. Preferencias de información: Preguntar a las personas con cáncer y familias sobre sus preferencias para compartir información.
 - vi. Evaluar la comprensión: Preguntar a las personas con cáncer y familias qué entienden sobre su situación médica.
 - vii. Antes de compartir nueva información médica, incluyendo noticias difíciles, información pronóstica o cambios significativos en el plan de tratamiento, pidiendo permiso.
 - viii. 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.

28. Recomendación 4.1, Gilligan et al., 2017 (1).

29. Baile et al., 2020 (28).

30. Clayton et al., 2007 (29).

31. Bernacki et al., 2014 (30).

(continúa) Estrategias:

- ix. Reconocer y afrontar las emociones a lo largo de la conversación.
- x. Pedir a las personas con cáncer y familias que definan sus objetivos teniendo en cuenta la situación médica.
- 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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"Quiero asegurarme de que la información que compartimos sea clara y respetuosa con sus deseos. ¿Qué le gustaría saber o que prefiere que discutamos más adelante?"

"¿Cómo prefiere que manejemos la información sobre su situación? También puedo incluir a algún familiar o amigo/a cercano si eso le hace sentir más cómodo/a."

"Hay un cambio en el plan de tratamiento que me gustaría discutir con usted. ¿Le parece bien si lo hablamos ahora o prefiere tomarse un tiempo antes de continuar?"

2

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.³²

Estrategias:

- a. Establecer una buena relación y líneas de comunicación dentro de la familia. Identificar un/a portavoz si es apropiado.

32 Recomendación 5.1, Gilligan et al., 2017 (1).

(continúa) Estrategias:

- 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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"Es importante que trabajemos como equipo, incluyendo a su familia, para que todos estén informados y alineados con sus deseos. ¿Hay alguien en quien confíe especialmente para que actúe como portavoz y nos ayude a mantener una comunicación clara?"

"Quiero que tanto usted como su familia se sientan apoyados. ¿Le parece bien que identifiquemos a alguien como su representante para transmitir información y decisiones importantes?"

"Sé que puede ser un rol difícil, pero su función es asegurar que las decisiones que tomemos reflejen las prioridades y metas que [nombre de la persona con cáncer] expresó antes. ¿Tiene alguna duda sobre cómo proceder?"

3

Evaluar la necesidad de una reunión familiar formal en el hospital o en un entorno ambulatorio durante momentos clave del cuidado.

Quando 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.³³

Estrategias:

- 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.

33. Recomendación 5.2, Gilligan et al., 2017 (1).

(continúa) Estrategias:

- 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.
- 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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"Me gustaría compartir con ustedes lo que se discutió previamente sobre los objetivos de cuidado y las instrucciones para el fin de la vida, para asegurarnos de que todos estamos al tanto."

"Es posible que no lleguemos a una resolución final hoy, especialmente si se trata de decisiones difíciles. Lo importante es seguir conversando y tomar el tiempo necesario para llegar a una conclusión."

"Si algún miembro de la familia no pudo estar presente hoy, podemos organizar una llamada o videoconferencia para que también estén involucrados en la discusión."

4

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.³⁴

34. Recomendación 2.3, Stiefel et al., 2024 (2).

(continúa) Estrategias:

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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"Para asegurarnos de que sus familiares estén al tanto, tendré a otro miembro del equipo presente durante esta reunión, si está de acuerdo."

5

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.³⁵

Estrategias:

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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"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."

"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 proceso de gestión de la enfermedad, podemos invitarlos/as a alguna de las consultas que tendremos."



IV. Coordinación del equipo multidisciplinar

1

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.³⁶

Estrategias:

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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

“Voy a ser su médico de referencia durante la gestión de esta enfermedad, así que siempre podrá contactarme para cualquier pregunta o inquietud que surja.”

“Para este caso, vamos a trabajar conjuntamente como equipo para asegurarnos que estemos coordinados/as en cada decisión importante.”

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.³⁷

Estrategias:

a. Es crucial que todos los miembros del equipo tengan claridad sobre sus roles y responsabilidades en la atención de la persona con cáncer.

36. Recomendación 3.3, Stiefel et al., 2024 (2).

37. Recomendación 4.2, Stiefel et al., 2024 (2).

(continúa) SUGERENCIA Y EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

Antes de comenzar una reunión multidisciplinaria, asegúrese de que todos conocen la responsabilidad de cada miembro del equipo.

Pueden ser de ayuda frases como:

“Para esta reunión, [nombre del miembro del equipo] será el encargado/a de hablar sobre [área específica], mientras que yo me concentraré en [otra área de cuidado].”

Esto ayuda a evitar duplicidades y a coordinar la intervención.

3

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.³⁸

Estrategias:

a. El personal clínico debe asegurar un intercambio de información oportuno y preciso entre el personal involucrado, especialmente en reuniones de equipo multidisciplinario.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

“Voy a compartir los últimos resultados de las pruebas con el equipo para que podamos estar todos/as informados/as ”

“Vamos a tener una reunión con el personal clínico que le atiende la próxima semana para revisar los avances y decidir con ellos cuál es el siguiente paso más adecuado que vamos a seguir. ”



4

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.³⁹

Estrategias:

- Todos los miembros del equipo deben estar disponibles para brindar apoyo emocional, aunque varíe el grado de participación en el cuidado.
- 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.

SUGERENCIA Y EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

El personal clínico debe practicar técnicas de escucha activa para captar no solo lo que la persona con cáncer dice, sino también lo que puede estar expresando implícitamente. Esto incluye:

- Mantener contacto visual (cuando sea culturalmente apropiado).
- Usar frases como: *"Entiendo lo que menciona"* o *"Eso debe ser difícil para usted"*.
- Repetir o parafrasear lo dicho por la persona con cáncer para mostrar comprensión:

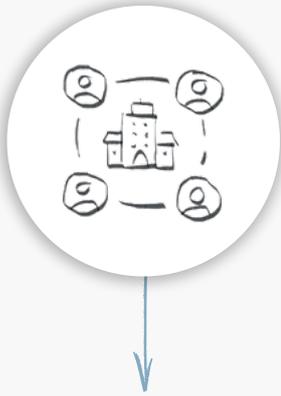
"Si entiendo bien, lo que le preocupa es cómo esta situación afectará su día a día, ¿es correcto?"

(continua) EJEMPLOS DE PROFESIONALES DE APOYO EN EL CUIDADO ONCOLÓGICO:

Enfermero/a	Psicólogo/a clínico	Fisioterapeuta
Farmacéutico/a	Consejero espiritual * ¹	Trabajador social
Médico	Voluntario/a * ²	Nutricionista



*^{1,2} Se podrán gestionar en algunas cosas con las asociaciones de pacientes.



V. Apoyo institucional

1

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.⁴⁰

Estrategias:

- a. Implementar programas de formación continua en habilidades de comunicación específicas para áreas como la radioterapia, pediatría y/o otras áreas del cuidado del 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.

EJEMPLO DE FORMACIÓN:

1

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 tratamiento, manejar efectos secundarios, abordar miedos).

(continúa) EJEMPLO DE FORMACIÓN:

2	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.
3	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").

2

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.⁴¹

Estrategias:

- 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.

41. Recomendación 9.1, Gilligan et al., 2017 (1).

(continúa) SUGERENCIAS DE EJERCICIO-PREGUNTA PARA EL PERSONAL CLÍNICO:

- Sesiones de juego de roles conducidas por formadores:

"¿Qué situaciones específicas de comunicación con personas con cáncer o sus familias podemos practicar mediante juegos de roles para mejorar nuestras habilidades de comunicación a la hora de transmitir malas noticias?"

"¿Qué piensan sobre la práctica de la inversión de roles? Creo que asumir el papel de una persona con cáncer o un miembro de la familia podría ayudarnos a ser más empáticos. ¿Estarían dispuestos a probar este enfoque en una próxima sesión?"

- Entrevistas observadas directamente o grabadas en video con personas con cáncer reales o simulados:

"¿Estarían dispuestos a participar en una sesión de práctica donde grabemos una consulta y luego la revisemos en grupo para recibir retroalimentación sobre nuestras fortalezas y áreas de mejora?"

3

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.⁴²

Estrategias:

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.

42. Recomendación 9.2, Gilligan et al., 2017 (1).

(continúa) Estrategias:

iii. Reflexión sobre experiencias personales con el sistema de salud como persona con cáncer, persona cuidadora o familiar puede aumentar tanto la autoconciencia como la conciencia situacional.

iiiv. 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.

EJEMPLOS DE PREGUNTAS–EJERCICIOS PARA EL PERSONAL CLÍNICO:

1	<i>"¿Cuáles son los tipos de situaciones o encuentros con las personas con cáncer que les resultan más desafiantes? ¿Qué emociones surgen en esos momentos y cómo creen que podrían afectar la forma en que comunican con la persona con cáncer?"</i>
2	<i>"¿Qué momentos en su trabajo con las personas con cáncer encuentran más gratificantes? ¿Qué es lo que les impulsa a seguir brindando cuidado a pesar de los desafíos emocionales que puedan surgir?"</i>

4

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.⁴³

Estrategias:

a. Los formadores deben estar familiarizados/as con las diversas modalidades que mejoran las habilidades de comunicación del/la practicante.

43. Recomendación 9.3, Gilligan et al., 2017 (1).

(continúa) Estrategias:

- 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.

EJEMPLO DE PREGUNTA PARA FORMADORES:

"¿Cómo estructuramos las sesiones de retroalimentación para que no sólo sean eficientes y se puedan incluir en las agendas sino que el personal clínico pueda recibir comentarios constructivos que los ayuden a mejorar sin sentirse desmotivados/as?"

5

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.⁴⁴

Estrategias:

- 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.

(continúa) EJEMPLO DE REFLEXIÓN PARA EL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR:

Es importante tener un espacio para reflexionar sobre las experiencias difíciles que se enfrentan con las personas con cáncer.

Durante las sesiones de seguimiento, se puede explorar cómo es posible mejorar la respuesta emocional ante el desafío de transmitir malas noticias.

Para poder ofrecer la mejor atención, se puede ajustar el espacio y el tiempo para que esta conversación sea tranquila y sin presiones.

Si en algún momento se necesita hacer una pausa o expresar algo, no dudar en hacerlo.

“Gracias por conectar hoy. Aunque estemos a distancia, quiero que sepa que estoy aquí para escucharle y apoyarle de la mejor manera posible. Si nos hace falta pedir apoyo o consultar alguna guía de práctica clínica podemos considerarlo.”

6

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.⁴⁵

Estrategias:

- 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.

EJEMPLO DE REFLEXIÓN PARA EL PERSONAL CLÍNICO:

Las oportunidades de formación no solo pueden mejorar nuestra habilidad para comunicarnos, sino que también nos ayudan a comprender cómo nuestras propias emociones y cómo los aspectos organizativos pueden afectar nuestra comunicación con las personas con cáncer.

45. Recomendación 3.2, Stiefel et al., 2024 (2).

7

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.⁴⁶

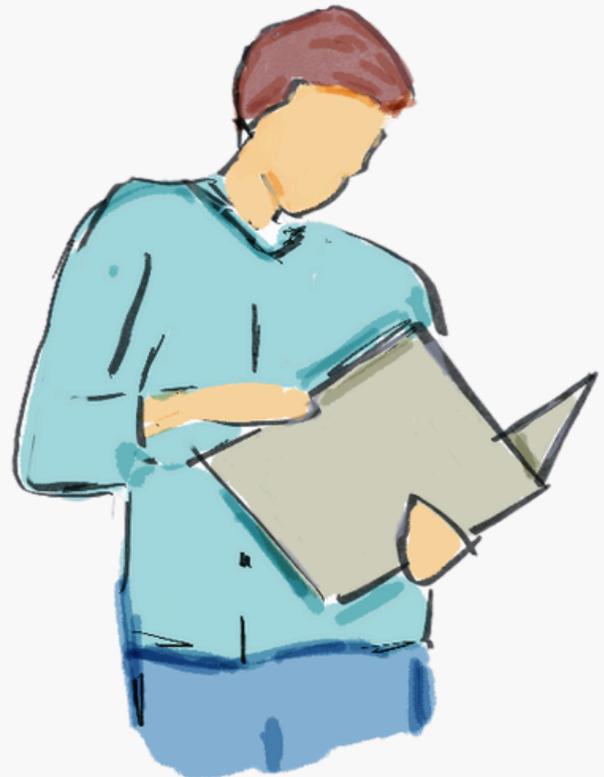
Estrategias:

- 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.
- 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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

“A medida que avanza el tratamiento, es posible que su red de apoyo cambie. ¿Ha notado algún cambio en el apoyo que recibe de su familia o amigos/as?”

“Si alguna vez tiene dudas sobre su tratamiento o cualquier aspecto emocional, podemos organizar conversaciones para abordar esas inquietudes.”



DURANTE EL CUIDADO:



Inicio del
cuidado



Diagnóstico



Tratamiento



Etapa
avanzada

DURANTE EL CUIDADO:



I. 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:

- 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.

47. Recomendación 1.1, Gilligan et al., 2017 (1).

(continúa) Estrategias:

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.

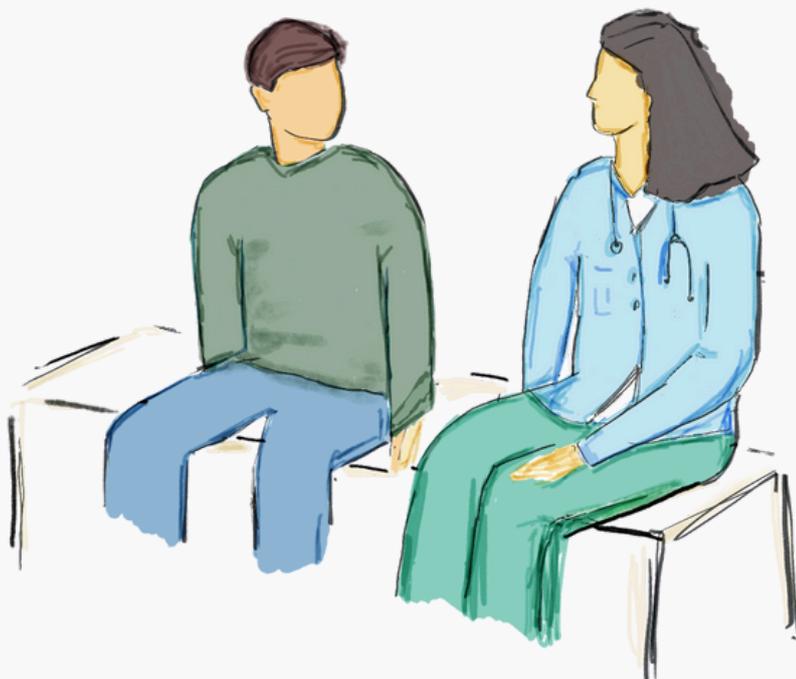
EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"¿Está cómodo aquí? Tenemos todo el tiempo que necesitemos 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 o ser querido que le gustaría que estuviera presente hoy para hablar sobre su tratamiento o hacer preguntas? Si no puede acompañarlo/a, podemos organizar una llamada telefónica o videollamada."

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

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





II. Diagnóstico

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.⁴⁸

Estrategias:

- 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 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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"¿Hay algo en particular que espera ahora?"

"Haré todo lo posible para apoyarle."





III. Tratamiento

1

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.⁴⁹

Estrategias:

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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

“Hoy hablaremos sobre las diferentes opciones de tratamiento que tenemos disponibles. Le explicaré los beneficios, riesgos y lo que cada una implicaría para usted. Si en algún momento tiene preguntas, no dude en interrumpirme.”

“Al considerar estas opciones, ¿Cómo se imagina que afectarían su vida diaria?”

“Es posible que quiera escuchar la perspectiva de otros miembros del equipo, como el oncólogo de radioterapia o el equipo de cuidados paliativos. Podemos organizar una reunión para que entre todos/as tomemos una decisión que sea lo mejor para usted.”

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.⁵⁰

Estrategias:

- Incluir una discusión sobre la frecuencia y naturaleza de las visitas a la clínica y/o estancias en el hospital.
- Proporcionar información detallada sobre el tratamiento, las indicaciones específicas. Incluyendo el tipo, las vías de administración, la frecuencia y las dosis.
- Enmarcar las opciones de tratamiento en el contexto de las metas y preferencias de la persona con cáncer.
- 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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"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, podemos hablar sobre cuidados paliativos. Lo importante es que tomemos conjuntamente la decisión que mejor se adapte a sus circunstancias y deseos."



50. Recomendación 3.2, Gilligan et al., 2017 (1).

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.⁵¹

Estrategias:

- 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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"Aunque esta situación es compleja, tenemos opciones para manejar los síntomas y mejorar su calidad de vida. Vamos a trabajar conjuntamente en lo que está en nuestras manos."

"Nuestra prioridad es que se sienta acompañado/a y cuidado/a. No importa la opción que elija, estaremos aquí con usted."

"Entiendo que hay muchas preguntas sin respuesta en este momento. Es completamente normal sentir incertidumbre, y estamos aquí para acompañarle durante todo el proceso."

4

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.⁵²

Estrategias:

- 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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

“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?”

“Le daré un folleto que resume lo que hablamos, incluyendo consejos para manejar los efectos secundarios. Podemos revisarlo juntos ahora, si quiere.”



IV. Etapa avanzada

1

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.⁵³

Estrategias:

- 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.

(continúa) EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"Desearía tener mejores noticias."

"Lamentablemente, su cáncer se ha extendido al hígado."

"¿Quiere compartir conmigo lo que está pasando por su mente ahora?"

Responder empáticamente, por ejemplo:

"Parece sentirse abrumado/a".

"¿Qué preguntas tiene?"

"Es mi trabajo ayudarle a obtener el mejor cuidado posible."

"Seguiré cuidándole durante todo el proceso."

2

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.⁵⁴

Estrategias:

- 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.

54. Recomendación 3.4, Gilligan et al., 2017 (1).

* 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.

(continúa) EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"Si siente que sus prioridades están más enfocadas en la bienestar y en mantener una buena calidad de vida, podemos hablar sobre cuidados paliativos como una opción."

"Esto puede incluir apoyo en casa o en un centro especializado, si así lo prefiere."

3

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.⁵⁵

Estrategias:

- 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.
- 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.

55. Recomendación 4.2, Gilligan et al., 2017 (1).

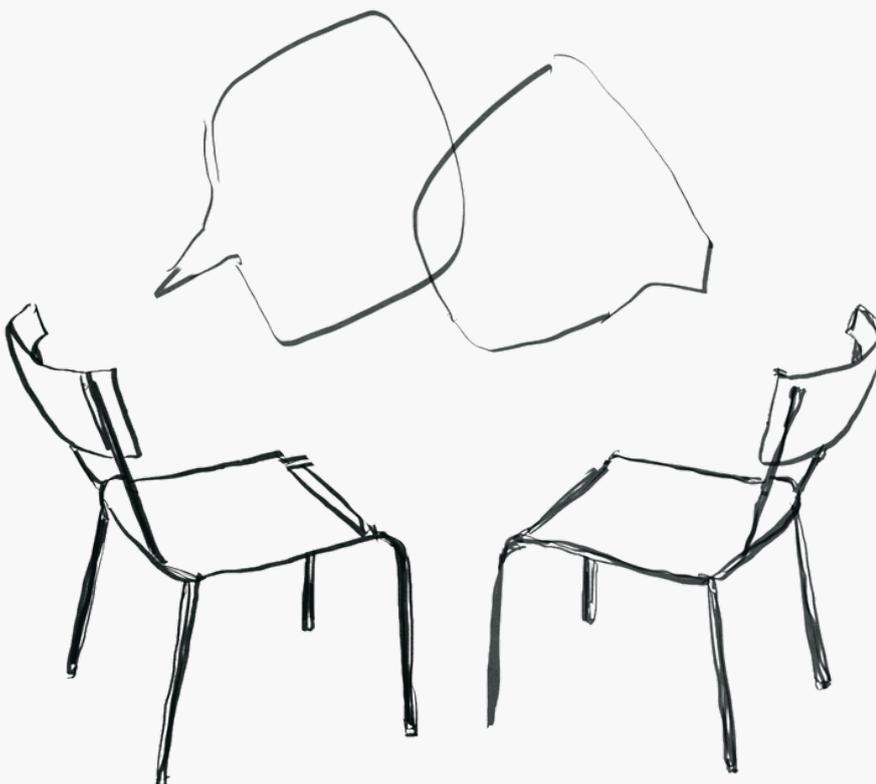
(continúa) Estrategias:

- 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).

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"A lo largo del tratamiento, puede ser útil tener una persona cuidadora o representante que le ayude a tomar decisiones importantes. ¿Hay alguien con quien se sienta cómodo/a compartiendo esta responsabilidad?"

"La planificación anticipada le permite expresar qué es lo más importante para usted en su cuidado. De esta forma, su familia y nosotros podremos apoyarle mejor, incluso si surgen circunstancias inesperadas."



4

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.⁵⁶

Estrategias:

- 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.
- 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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"¿Hay algo en su cultura o creencias espirituales que considere importante que tengamos en cuenta al planificar su cuidado médico?"

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.⁵⁷

Estrategias:

- 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.
- 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.

EJEMPLO DE CONVERSACIÓN:

"Entiendo que no quiere pasar más tiempo en el hospital, pero tiene miedo de controlar el dolor en casa. Hay un programa llamado centro o residencia que puede ayudarle a permanecer en casa y manejar su dolor y otros síntomas."

57. Recomendación 4.5, Gilligan et al., 2017 (1).

ANEXO I –

Resumen de recomendaciones del estudio Delphi

Este anexo recoge las recomendaciones según los resultados obtenidos en el estudio Delphi (2024) de dos rondas.

Pag.	ID Rec.*	Resumen Recomendación	% importancia	Consenso alcanzado en...
7	1.1	Accesibilidad y comprensión en la comunicación en salud	100	primera ronda
8	1.2	Reevaluación continua de metas y prioridades	91.67	primera ronda
9	1.3	Comunicación y planificación compartida	100	primera ronda
10	1.4	Atención integral bio-psicosocial y espiritual	91.3	primera ronda
12	1.5	Apoyo emocional y sensibilidad cultural	82.61	primera ronda
13	1.6	Comunicación centrada en la persona	100	primera ronda
14	1.7	Escucha activa y sensibilidad cultural en la atención oncológica	87.5	segunda ronda
15	1.8	Definición de objetivos terapéuticos	100	primera ronda
15	1.9	Herramientas de apoyo en la comunicación clínica	95.7	segunda ronda
16	1.10	Evaluación integral de aspectos psicosociales	93.8	segunda ronda
17	1.11	Planificación anticipada de cuidados	93.8	segunda ronda
18	1.12	Preservación de la fertilidad en la atención oncológica	75	primera ronda

* # CATEGORÍA. # recomendación. Los contenidos de las recomendaciones están desarrollados en detalle en el cuerpo de las presentes guías de comunicación.

ANEXO I –

Resumen de recomendaciones del estudio Delphi

Pag.	ID Rec.*	Resumen Recomendación	% importancia	Consenso alcanzado en...
19	I.13	Fomento de la confianza y confidencialidad en la atención oncológica	91.67	primera ronda
20	I.14	Comunicación inclusiva y culturalmente sensible	90.91	primera ronda
21	I.15	Comunicación clara y honesta en la atención oncológica	90.6	segunda ronda
21	I.16	Acceso a interpretación médica profesional en la atención oncológica	87.5	primera ronda
22	I.17	Equidad y sensibilidad en la atención oncológica	87.1	segunda ronda
23	I.18	Comunicación inclusiva y respetuosa	81.82	primera ronda
23	I.19	Validación emocional y comunicación empática	87	segunda ronda
24	II.1	Comunicación empática	100	primera ronda
25	II.2	Comunicación empática y respuesta emocional	95.83	primera ronda
26	II.3	Comunicación clara y accesible	83.33	primera ronda
26	II.4	Apoyo en el duelo y la pérdida	95.45	primera ronda
27	II.5	Autoconciencia y manejo emocional en el personal clínico	90.91	primera ronda
28	II.6	Autoconocimiento y gestión emocional en la práctica clínica	79.17	primera ronda
29	II.7	Coordinación y planificación de reuniones familiares	80.95	primera ronda

* # CATEGORÍA. # recomendación. Los contenidos de las recomendaciones están desarrollados en detalle en el cuerpo de las presentes guías de comunicación.

ANEXO I –

Resumen de recomendaciones del estudio Delphi

Pag.	ID Rec.*	Resumen Recomendación	% importancia	Consenso alcanzado en...
31	III.1	Comunicación estructurada sobre el cuidado al final de la vida	85	primera ronda
32	III.2	Información integral sobre opciones de tratamiento y cuidados paliativos	87.5	segunda ronda
33	III.3	Inclusión de la familia y personas cuidadoras en la planificación del cuidado	93.8	segunda ronda
34	III.4	Continuidad y coordinación del cuidado	80.6	segunda ronda
35	III.5	Gestión de dinámicas familiares en la atención oncológica	75	primera ronda
37	IV.1	Fortalecimiento de la comunicación y apoyo familiar en la atención oncológica	95.83	primera ronda
37	IV.2	Definición de roles y trabajo en equipo	95.83	primera ronda
38	IV.3	Capacitación en comunicación clínica especializada	91.67	primera ronda
39	IV.4	Coordinación y comunicación en equipos multidisciplinares	79.17	primera ronda
41	V.1	Apoyo emocional adaptativo en la atención oncológica	95.83	primera ronda
42	V.2	Formación efectiva en de habilidades comunicación clínica	82.61	primera ronda
43	V.3	Entrenamiento en comunicación clínica con enfoque reflexivo	95.45	primera ronda
44	V.4	Capacitación en comunicación clínica especializada	95.65	primera ronda
45	V.5	Bienestar y apoyo emocional para el personal clínico	91.67	primera ronda

* # CATEGORÍA. # recomendación. Los contenidos de las recomendaciones están desarrollados en detalle en el cuerpo de las presentes guías de comunicación.

ANEXO I –

Resumen de recomendaciones del estudio Delphi

Pag.	ID Rec.*	Resumen Recomendación	% importancia	Consenso alcanzado en...
46	V.6	Capacitación continua en comunicación clínica	91.67	primera ronda
47	V.7	Monitorización del bienestar psicosocial	86.96	primera ronda
48	I.1	Preparación para la comunicación clínica	95.83	primera ronda
50	II.1	Comunicación clínica y apoyo emocional	100	primera ronda
51	III.1	Información clara sobre efectos secundarios del tratamiento	95.83	primera ronda
52	III.2	Toma de decisiones compartida en salud	100	primera ronda
53	III.3	Comunicación equilibrada en la toma de decisiones	86.36	primera ronda
54	III.4	Información clara sobre efectos secundarios del tratamiento	83.33	primera ronda
55	IV.1	Accesibilidad y comprensión en salud	91.3	primera ronda
56	IV.2	Toma de decisiones informada en salud	80.95	primera ronda
57	IV.3	Comunicación sensible en la entrega de malas noticias	96.8	segunda ronda
59	IV.4	Consideración cultural y espiritual en la toma de decisiones al final de la vida	77.27	primera ronda
60	IV.5	Acceso a recursos y apoyo en la transición al cuidado al final de la vida	81.82	primera ronda

* # CATEGORÍA. # recomendación. Los contenidos de las recomendaciones están desarrollados en detalle en el cuerpo de las presentes guías de comunicación.

ANEXO II – Recursos de Apoyo

Recursos gráficos de apoyo para profundizar en las estrategias de la comunicación no verbal en el entorno clínico y en los principales aspectos de comunicación pediátrica.

COMUNICACIÓN NO VERBAL CON PERSONAS CON CÁNCER ⁵⁸

1 **EXPRESIÓN FACIAL**
Mantener una expresión relajada y abierta



3 **POSTURA Y LENGUAJE CORPORAL**

Sentarse a la misma altura del paciente con una postura abierta



2 **CONTACTO VISUAL**
Mantener contacto visual suave y natural



4 **GESTOS Y MOVIMIENTOS**
Asentir con la cabeza, usar gestos suaves para enfatizar información



5 **TONO DE VOZ Y RITMO DEL HABLA**

Usar un tono calmado y pausado, modulando la voz



6 **SILENCIO Y PAUSAS**
Permitir momentos de silencio



7 **PROXIMIDAD Y ESPACIO PERSONAL**

Acercarse levemente en momentos de apoyo emocional



ANEXO II – Recursos de Apoyo

COMUNICACIÓN CON PERSONAS MENORES CON CÁNCER⁵⁹

¿Cómo proceder?

1



EVITAR
SOBRECARGA DE
INFORMACIÓN
EXPLICANDO
POCO A POCO

REVISAR LA COMPRENSIÓN
DE LA
FAMILIA
EN CADA
ESTAPA DEL CUIDADO



2

3



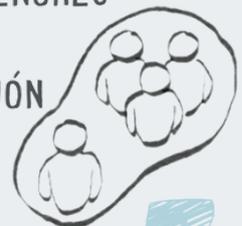
ADAPTAR EL LENGUAJE
A LA EDAD Y
COMPRENSIÓN
DEL MENOR

VALIDAR LAS EMOCIONES
DE LOS
MENORES
Y SUS
FAMILIAS



4

INCLUIR A MENORES
EN LA
CONVERSACIÓN
SEGÚN
SU NIVEL DE
DESARROLLO



5

Bibliografia:

1. Gilligan, T., Coyle, N., Frankel, R. M., Berry, D. L., Bohlke, K., Epstein, R. M., Finlay, E., Jackson, V. A., Lathan, C. S., Loprinzi, C. L., Nguyen, L. H., Seigel, C., & Baile, W. F. (2017). Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 35(31), 3618–3632. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.75.2311>
2. Stiefel, F., Bourquin, C., Salmon, P., Ahtari Jeanneret, L., Dauchy, S., Ernstmann, N., Grassi, L., Libert, Y., Vitinius, F., Santini, D., & Ripamonti, C. I. (2024). Communication and support of patients and caregivers in chronic cancer care: ESMO Clinical Practice Guideline. *ESMO Open*, 9(7), 103496. <https://doi.org/10.1016/j.esmoop.2024.103496>
3. Ha Dinh, T.T., Bonner, A., Clark, R., Ramsbotham, J., & Hines, S. (2016). The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: A systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(1), 210–247. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-2296>
4. Alves, C. G. B., Treister, N. S., Ribeiro, A. C. P., Brandão, T. B., Tonaki, J. O., Lopes, M. A., Rivera, C., & Santos-Silva, A. R. (2020). Strategies for communicating oral and oropharyngeal cancer diagnosis: why talk about it? *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 129(4), 347–356. <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2019.11.014>
5. Licqurish, S. M., Cook, O. Y., Pattuwage, L. P., Saunders, C., Jefford, M., Koczwara, B., Johnson, C. E., & Emery, J. D. (2019). Tools to facilitate communication during physician-patient consultations in cancer care: An overview of systematic reviews. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 69(6), 497–520. <https://doi.org/10.3322/caac.21573>
6. Saeed, H., Wallner, P. E., Bates, J. E., Chundury, A., Freedman, L. M., Mitin, T., Walker, G. V., Small, W., & Schechter, N. R. (2024). ACR–ARS Practice Parameter for Communication: Radiation Oncology. *American Journal of Clinical Oncology*, 47(5), 210–216. <https://doi.org/10.1097/COC.0000000000001078>
7. Skovlund, P. C., Ravn, S., Seibaek, L., Thaysen, H. V., Lomborg, K., & Nielsen, B. K. (2020). The development of PROMunication: a training-tool for clinicians using patient-reported outcomes to promote patient-centred communication in clinical cancer settings. *Journal of Patient-Reported Outcomes*, 4(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s41687-020-0174-6>
8. Winner, M., Wilson, A., Ronnekleiv-Kelly, S., Smith, T. J., & Pawlik, T. M. (2017). A Singular Hope: How the Discussion Around Cancer Surgery Sometimes Fails. *Annals of Surgical Oncology*, 24(1), 31–37. <https://doi.org/10.1245/s10434-016-5564-x>
9. Jones, G., Gollish, M., Trudel, G., Rutkowski, N., Brunet, J., & Lebel, S. (2021). A perfect storm and patient-provider breakdown in communication: two mechanisms underlying practice gaps in cancer-related fatigue guidelines implementation. *Supportive Care in Cancer*, 29(4), 1873–1881. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05676-7>
10. Roy, M., & Ramchandran, K. (2020). Symptom relief and palliative care in gynecologic oncology. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 32(1), 65–75. <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000601>
11. Mulder, R. L., Font-Gonzalez, A., Van Dulmen-den Broeder, E., Quinn, G. P., Ginsberg, J. P., Loeffen, E. A. H., Hudson, M. M., Burns, K. C., Van Santen, H. M., Berger, C., Diesch, T., Dirksen, U., Giwercman, A., Gracia, C., Hunter, S. E., Kelvin, J. F., Klosky, J. L., Laven, J. S. E., Lockart, B. A., ... Yu, R. (2021). 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. *The Lancet Oncology*, 22(2), e68–e80. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30595-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30595-7)

Bibliografía:

- 12.** Graetz, D. E., Garza, M., Rodriguez-Galindo, C., & Mack, J. W. (2020). Pediatric cancer communication in low- and middle-income countries: A scoping review. *Cancer*, 126(23), 5030–5039. <https://doi.org/10.1002/cncr.33222>
- 13.** Kaye, E. C., Snaman, J. M., Johnson, L., Levine, D., Powell, B., Love, A., Smith, J., Ehrentraut, J. H., Lyman, J., Cunningham, M., & Baker, J. N. (2018). Communication with Children with Cancer and Their Families Throughout the Illness Journey and at the End of Life. In J. Wolfe, B. L. Jones, U. Kreicbergs, & M. Jankovic (Eds.), *Palliative Care in Pediatric Oncology* (pp. 55–93). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-61391-8_4
- 14.** Berg, M. N., Ngune, I., Schofield, P., Grech, L., Juraskova, I., Strasser, M., Butt, Z., & Halkett, G. K. B. (2021). Effectiveness of online communication skills training for cancer and palliative care health professionals: A systematic review. *Psycho-Oncology*, 30(9), 1405–1419. <https://doi.org/10.1002/pon.5702>
- 15.** Limbacher, S. A., Mazanec, S. R., Frame, J. M., Connolly, M. C., Park, S., & Rosenzweig, M. Q. (2022). Early-stage breast cancer menopausal symptom experience and management: exploring medical oncology clinic visit conversations through qualitative analysis. *Supportive Care in Cancer*, 30(12), 9901–9907. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07446-z>
- 16.** Miranda, D. P. R., Micolich V, C., Goset, K., & Salas, S. P. (2024). Knowledge, practice and communication barriers for oncology doctors in Chile when addressing the sexuality of their patients. *Ecancermedicalscience*, 18. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2024.1665>
- 17.** Maya, S., Banerjee, S. C., Chawak, S., Parker, P. A., Kandikattu, S., & Chittem, M. (2021). Oncologists' experience with discussing cancer prognosis with patients and families: perspectives from India. *Translational Behavioral Medicine*, 11(10), 1896–1904. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibab070>
- 18.** Primeau, C., Chau, M., Turner, M. R., & Paterson, C. (2024). Patient Experiences of Patient–Clinician Communication Among Cancer Multidisciplinary Healthcare Professionals During “Breaking Bad News”: A Qualitative Systematic Review. *Seminars in Oncology Nursing*, 40(4), 151680. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2024.151680>
- 19.** Epstein, A. S., Kakarala, S. E., Reyna, V. F., Saxena, A., Maciejewski, P. K., Shah, M. A., & Prigerson, H. G. (2021). Development of the Oncolo-GIST (“Giving Information Strategically & Transparently”) Intervention Manual for Oncologist Skills Training in Advanced Cancer Prognostic Information Communication. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(1), 10–19.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.11.023>
- 20.** Lim, R. B. L. (2016). End-of-life care in patients with advanced lung cancer. *Therapeutic Advances in Respiratory Disease*, 10(5), 455–467. <https://doi.org/10.1177/1753465816660925>
- 21.** Van Der Velden, N. C. A., Smets, E. M. A., Van Vliet, L. M., Brom, L., Van Laarhoven, H. W. M., & Henselmans, I. (2024). Effects of Prognostic Communication Strategies on Prognostic Perceptions, Treatment Decisions and End-Of-Life Anticipation in Advanced Cancer: An Experimental Study among Analogue Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 67(6), 478–489.e13. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2024.02.563>
- 22.** Stiefel, F., De Vries, M., & Bourquin, C. (2018). Core components of Communication Skills Training in oncology: A synthesis of the literature contrasted with consensual recommendations. *European Journal of Cancer Care*, 27(4), e12859. <https://doi.org/10.1111/ecc.12859>

Bibliografia:

- 23.** Stiefel, F., Kiss, A., Salmon, P., Peters, S., Razavi, D., Cervantes, A., Margulies, A., Bourquin, C., Bourquin, C., Cervantes, A., Dauchy, S., Entwistle, V., Grassi, L., Jermann, P., Langewitz, W., Margulies, A., Peters, S., Razavi, D., Salander, P., ... Wössmer, B. (2018). Training in communication of oncology clinicians: a position paper based on the third consensus meeting among European experts in 2018. *Annals of Oncology*, 29(10), 2033–2036. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy343>
- 24.** De Vries, A. M. M., De Roten, Y., Meystre, C., Passchier, J., Despland, J. -N., & Stiefel, F. (2014). Clinician characteristics, communication, and patient outcome in oncology: a systematic review. *Psycho-Oncology*, 23(4), 375–381. <https://doi.org/10.1002/pon.3445>
- 25.** Driscoll, J., Bailliere Tindall, (2006) *Practising Clinical Supervision*, 2nd ed. Elsevier. Paperback ISBN: 9780702027796; eBook ISBN: 9780702032479.
- 26.** Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. Bantam Books. ISBN 9780553095036.
- 27.** Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315237473>
- 28.** Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., et al. (2000). al: SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *Oncologist*, 5, 302-311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- 29.** Clayton, J.M., Hancock, K.M., Butow, P.N., et al. (2007) Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. *Med J Aust* 186, S83-108. <https://doi.org/10.1002/cncr.21011>
- 30.** Bernacki, R.E., Block, S.D. (2014). Communication about serious illness care goals: A review and synthesis of best practices. *JAMA Intern Med* 174, 1994-2003. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.5271>
- 31.** Chittem, M., Maya, S., & Chawak, S. (2021). Nondisclosure of a cancer diagnosis and prognosis: Recommendations for future research and practice. *Indian Journal of Cancer*, 58(2), 158. https://doi.org/10.4103/ijc.IJC_740_19
- 32.** Hong, Y. A., Hossain, M. M., & Chou, W. S. (2020). Digital interventions to facilitate patient-provider communication in cancer care: A systematic review. *Psycho-oncology*, 29(4), 591–603. <https://doi.org/10.1002/pon.5310>
- 33.** Feraco, A. M., Brand, S. R., Mack, J. W., Kesselheim, J. C., Block, S. D., & Wolfe, J. (2016). Communication Skills Training in Pediatric Oncology: Moving Beyond Role Modeling. *Pediatric Blood & Cancer*, 63(6), 966–972. <https://doi.org/10.1002/pbc.25918>
- 34.** Kaye, E. C., Cannone, D., Snaman, J. M., Baker, J. N., & Spraker-Perlman, H. (2020). The state of the science for communication training in pediatric oncology: A systematic review. *Pediatric Blood & Cancer*, 67(10), e28607. <https://doi.org/10.1002/pbc.28607>
- 35.** Van Beusekom, M. M., Cameron, J., Bedi, C., Banks, E., & Humphris, G. (2019). Communication skills training for the radiotherapy team to manage cancer patients' emotional concerns: a systematic review. *BMJ Open*, 9(4), e025420. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025420>
- 36.** Martin, E. J., Rich, S. E., Jones, J. A., & Dharmarajan, K. V. (2019). Communication skill frameworks: applications in radiation oncology. *Annals of Palliative Medicine*, 8(3), 293–304. <https://doi.org/10.21037/apm.2019.03.03>
- 37.** Guetterman, T. C., Sakakibara R., Baireddy S., Babchuk W. A. (2024). Incorporating verbal and nonverbal aspects to enhance a model of patient communication in cancer care: A grounded theory study. *Cancer Medicine*, 13, e70010. <https://doi.org/10.1002/cam4.70010>
- 38.** Dobrozsi S., Trowbridge A., Mack J. W., Rosenberg A. R. (2019). *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, (39), 573-581. https://doi.org/10.1200/EDBK_238181

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).
- *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).

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)⁵⁷
- *Vanesa 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).⁵⁷
- *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).

57. Estas autoras han contribuido de manera equitativa.

- *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*. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

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) – Apoyo en las tareas de documentación.
- *Carlos González-Rodríguez*. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS). Red de Investigación en Cronicidad, Atención Primaria y Promoción de la Salud (RICAPPS). – Apoyo en las tareas de documentación y edición.

Diseño e Ilustraciones

- *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 (orden alfabético):

- *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.
- *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*. Servicio de Oncología Médica Hospital Universitario Virgen de la Victoria. 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 Estape Madinabeitia*. Sociedad Española de Psico-Oncología (SEPO).
- *Yaiza Moreno Martin*. Asociación de pacientes de Cáncer de mama (AMATE).

Sociedades Científicas Colaboradoras (orden alfabético):

- *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).

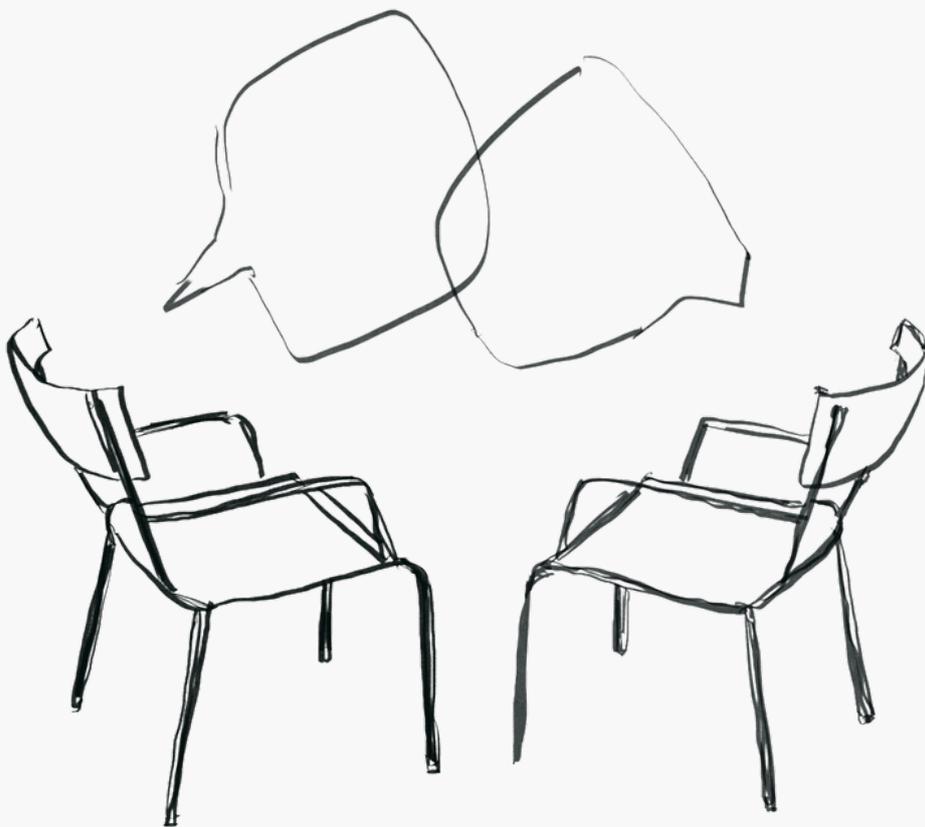
- *Raquel Granado Carrasco*. Grupo Español de Cáncer de Cabeza y Cuello (GECC).
- *Rosario Cumplido Corbacho*. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP).
- *Yvelise Barrios Del Pino*. Sociedad Española de Inmunología (SEI).

Federaciones y Asociaciones de Pacientes Colaboradoras (orden alfabético):

- *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 Metástásico (AECMM).
- *Yolanda Fernández de Dios*. Federación Española de Asociaciones de Ostomizados (FEDAO).

Revisión Externa (orden alfabético):

- *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.
- *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).
- *Antonia Gimón Revuelta*. Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA).
- *Aránzazu Sáez Sánchez*. Asociación Española de Afectados por Cáncer de Tiroides (AECAT).
- *Diego Villalón*. Fundación MÁS QUE IDEAS.
- *Elisabeth Pérez Ruiz*. Servicio de Oncología Médica Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.
- *José Luis Muñoz de Nova*. Asociación Española de Cirujanos (AEC).
- *María Pilar Fernández Pascual*. Asociación Española de Afectados de Cáncer de Mama Metastásico (AECMM).
- *Montserrat León García*. Fundación para la investigación e innovación biosanitaria de atención primaria (FIIBAP). Servicio Madrileño de salud.
- *Salvador Saura Grau*. Servicio de Oncología Médica Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.
- *Victoria María Martínez López*. Colaboradora del Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS).



guiasalud.es

