



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIA MÉDICAS Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN**

**DESCRIPCIÓN DE LAS PREFERENCIAS DEL PACIENTE
ONCOLÓGICO ANTE LA COMUNICACIÓN DE MALAS
NOTICIAS POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO**

**TESIS
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALIDAD DE ONCOLOGÍA MÉDICA**

**PRESENTA
DR. MIGUEL ÁNGEL ARAUJO MELÉNDEZ**

**TUTORES
DRA. YANIN CHÁVARRI GUERRA
DR. SOFÍA SÁNCHEZ ROMÁN**

Ciudad de México, 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TÍTULO DEL PROYECTO

Descripción de las preferencias del paciente oncológico ante la comunicación de malas noticias por parte del personal médico.



INCMNSZ
INSTITUTO NACIONAL
DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN
"DR. SALVADOR ZUBIRÁN"
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA

Dr. Sergio Ponce de León
Jefe de Enseñanza del Instituto Nacional
de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Dr. Eucario León Rodríguez
Jefe del Departamento de Oncología Médica del
Instituto Nacional de Ciencias Médicas
y Nutrición Salvador Zubirán

Dra. Sofia Sánchez Román
Co-Tutora de tesis

Dra. Yanin Chávarri Guerra
Tutora de Tesis

Dra. Miguel Ángel Araujo Meléndez
Residente de tercer año de Oncología Médica

Índice

1. Resumen.....	4
2. Marco teórico.....	5
3. Planteamiento del problema y justificación	8
4. Objetivos.....	9
5. Metodología.....	10
6. Resultados.....	12
7. Discusión.....	14
8. Conclusiones.....	16
9. Bibliografía.....	17
10. Figuras.....	20
11. Tablas.....	21

TÍTULO DEL PROYECTO

Descripción de las preferencias del paciente oncológico ante la comunicación de malas noticias por parte del personal médico

RESUMEN

Introducción: La entrega de malas noticias es una práctica relativamente frecuente en el campo de la oncología médica, esta situación puede ser estresante tanto para el médico como para el paciente. Es importante comprender las preferencias de comunicación de los pacientes con cáncer para desarrollar estrategias en la entrega de malas noticias y mejorar la relación medico-paciente.

El objetivo de este estudio fue caracterizar las preferencias sobre la entrega de las malas noticias desde la perspectiva de los pacientes.

Metodología y Pacientes: Se trata de un estudio descriptivo, transversal, prospectivo y homodémico. Pacientes con diagnóstico de cáncer avanzado con registro en el Instituto Nacional de Ciencias Medias y Nutrición Salvador Zubirán, completaron el cuestionario “Medida de las Preferencias de los Pacientes” (MPP) para investigar las preferencias sobre la entrega de noticias desfavorables sobre su estado por parte de su médico, así como un cuestionario para valorar la presencia de síntomas afectivos (HADS) posterior a la entrega de malas noticias.

Resultados: Veintidós pacientes con cáncer avanzado completaron los cuestionarios. Del total de participantes (N=22), el 63.6% eran hombres (N=14) y el 36.3% eran mujeres (N=8). La media de edad fue de 60 años (DE: 15.7). Un 45.4% (N=10) estaban casados o vivían con su pareja en unión libre y el 95.4% (N=21) de los pacientes acudieron acompañados a la consulta. El 86% tenían tumores de origen gastrointestinal y solo el 36.3% (N=8) tenían seguridad social. En la escala MPP la subescala con mayor calificación fue la de contenido con media de 4.40 (DE 0.53), seguida de la subescala de facilitación con media de 4.23 (DE 0.70) y por último la subescala de apoyo, con media de 3.96 (DE 0.83). En 32% de los pacientes obtuvo un valor anormal en la escala de tamizaje para síntomas afectivos.

Conclusiones: Los pacientes con diagnóstico de cáncer de un hospital de tercer nivel de la ciudad de México calificaron como lo más importante que su médico dé toda la información sobre su cáncer y esto concuerda con preferencias en la comunicación de malas noticias en otros países. Nuestros resultados permiten a conocer las preferencias de los pacientes y esto puede servir para establecer estrategias que nos ayuden a mejorar la calidad de atención. Adicionalmente, encontramos que una proporción significativa de pacientes tienen ansiedad o depresión al momento de la entrega de malas noticias, lo cual debe tomarse en cuenta para el manejo y seguimiento ya que puede tener un impacto en la calidad de vida de los pacientes.

MARCO TEÓRICO

La incidencia y mortalidad por cáncer tiene un crecimiento considerable principalmente en países en vías de desarrollo como México. En México es la tercera causa de muerte, después de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, y a nivel nacional ha tenido un aumento en los últimos 20 años, a partir de 1990, debido principalmente al crecimiento y envejecimiento poblacional¹. El aumento de este tipo de enfermedades en los adultos hace importante poner atención a temas relacionados con la calidad de vida, así como la comprensión de la enfermedad del paciente desde un enfoque psicosocial.

La entrega de malas noticias en la medicina puede ser una situación estresante tanto para el médico, como para el paciente, motivo por el cual, una forma inapropiada de comunicarse con el paciente puede tener un gran impacto en la forma en que perciben su enfermedad. De igual manera se ha descrito que la adecuada comunicación medico-paciente ha impactado de manera positiva con un 20% de mayor adherencia al tratamiento medico prescrito². Existen elementos especiales en la comunicación medico-paciente como la comunicación verbal y no verbal, la transmisión de información efectiva, empatía y participación en la toma de decisiones³. Diversos estudios han demostrado que aproximadamente el 50% de los problemas psicosociales y psiquiátricos son pasados por alto por el equipo medico⁴, que los médicos interrumpen a los pacientes en un promedio de 18 segundos al momento de la descripción del problema que presenta el paciente⁵, que el 54% de los problemas y el 45% de las preocupaciones del paciente no son comentadas por el médico o el paciente durante la consulta⁶, que los pacientes y los médicos no están de acuerdo con el abordaje del problema principal que presenta el paciente en el 50% de las visitas y que estos problemas tienen una probable relación directa con que los pacientes no están satisfechos con la información que les proporcionan los médicos⁷.

En el contexto de la naturaleza potencialmente mortal del cáncer y su probable impacto sobre la funcionalidad o la calidad de vida de los pacientes, la comunicación de malas noticias por parte del medico es una situación relativamente común en la practica diaria de la oncología. La percepción de una mala comunicación del médico oncólogo desde el punto de vista del paciente puede conducir a un estrés continuo e incertidumbre por parte del paciente y afectar negativamente su satisfacción⁸. La buena comunicación médica, por otro lado, se percibe como útil para hacer frente y aceptar las malas noticias; particularmente el diagnóstico de cáncer y el tratamiento que esto implica, enfocándose a una comunicación individual dirigida a las necesidades específicas de cada paciente, lo cual es relevante para mantener una buena comunicación médico-paciente⁹.

Como se mencionó previamente, el resultado de una comunicación efectiva entre los médicos y los pacientes se relaciona con un mayor apego al tratamiento medico y a un mejor ajuste emocional para ambas partes, y esto aplica de igual manera a pacientes con cáncer. Como ejemplo, Roberts y

colaboradores¹⁰, describieron que la forma en que el médico se comunicaba con las pacientes con cáncer de mama recién diagnosticado tenía un efecto en el ajuste psicológico y la toma de decisiones de las pacientes. De igual manera estos aspectos también han sido estudiados en pacientes con cáncer en el ambiente hospitalario¹¹.

Existen diversas recomendaciones bien establecidas para la entrega de malas noticias, principalmente en países como Estados Unidos¹², Australia¹³ y el Reino Unido¹⁴. Es importante recalcar que se necesita mayor investigación en este aspecto de la medicina y que existen solo pocos estudios que han evaluado la evidencia basada en el paciente para desarrollar los elementos y los pasos recomendados de estas recomendaciones. Dentro de las guías más populares, se encuentra el protocolo SPIKES¹⁵, protocolo que recomienda seis pasos para entregar malas noticias, el cual cuenta con un formato especial para su aplicación en pacientes con cáncer¹⁶. El acrónimo SPIKES por sus siglas en inglés se refiere a seis pasos recomendados para dar malas noticias: (S) “*Setting*”, preparar el entorno para la entrevista, (P) “*Perception*”, evaluar la percepción y conciencia de enfermedad del paciente, (I) “*Invitation*”, reconocer cuánto quiere saber el paciente sobre su enfermedad, (K) “*Knowledge*”, dar conocimiento e información al paciente, (E) “*Emotions*” abordar las emociones del paciente con respuestas empáticas y (S) “*Strategy and Summary*”, dar una estrategia para el abordaje del problema y resumir lo previamente mencionado. El protocolo fue evaluado para estructurar la entrega de malas noticias en los Estados Unidos y ha sido validado en diversos países¹⁷. Al día de hoy no encontramos ninguna validación realizada en México y aun así, en nuestro país se utiliza como guía para la capacitación y desarrollo de habilidades de comunicación en este contexto¹⁸. Si bien existen estas guías para la entrega de malas noticias, estas no son siempre consistentes con las preferencias de los pacientes. Como ejemplo, un estudio desarrollado por Butow y colaboradores, donde se valoraron las preferencias de los pacientes con cáncer de mama y melanoma, encontraron que no siempre eran consistentes con las guías publicadas¹⁹. Existen otras guías desarrolladas para la entrega de malas noticias como el modelo SHARE, donde se incluyen recomendaciones similares al modelo SPIKES (preparar el entorno, percepción de enfermedad del paciente, evaluación de emociones, entrega de información completa y resumen de la información proporcionada). Estas guías se han utilizado en ensayos aleatorizados y se ha encontrado que el uso de estas guías en programas de capacitación para mejorar habilidades de comunicación basado en las preferencias de los pacientes es eficaz tanto para los oncólogos, como para los pacientes con cáncer y se debe de considerar el uso de estos programas de capacitación para mejorar las habilidades de comunicación²⁰ y mejorar la comunicación centrada en el paciente²¹.

A pesar de las recomendaciones existentes, la entrega de la información médica no es estandarizada y está influenciada por muchos factores, incluidas las creencias psicosociales y culturales de los pacientes y los médicos. Así mismo, entre los médicos las actitudes hacia la divulgación de malas noticias son

diferentes, y en algunos casos se llega a sostener la creencia que solo se debe proporcionar la información que se considere adecuada para el paciente, mientras que otros sienten firmemente que es el derecho del paciente saber tanto como sea posible²². Incluso dentro de la comunidad oncológica, las actitudes varían entre los médicos, y se tiende a usar eufemismos y, a menudo, ocultan más información a los pacientes. De igual manera, las preferencias de los pacientes también difieren de acuerdo con ciertas características individuales como el nivel socioeconómico y sociocultural²³. Aunque la información está basada en datos limitados, parece que las malas noticias se dan mejor en persona, en un lugar tranquilo y privado que permita al médico explorar las reacciones del paciente sobre las noticias, y de la misma manera el médico puede proporcionar la información en el ritmo más apropiado para el paciente.

Sabemos que las percepciones de los pacientes son importantes a la hora de recibir malas noticias, y no existe mucha información que evalúe las reacciones de los pacientes a la forma en que se les transmitió la noticia desfavorable. Una encuesta reciente encontró que la mayoría de los médicos no tienen un plan o estrategia consistente cuando se entregan malas noticias a sus pacientes²⁴. Entre una muestra de médicos que asistieron a una reunión anual de la sociedad americana de oncología clínica, el 22% informó que no tenían un enfoque consistente para la tarea de dar malas noticias a los pacientes, y el 51.9% informó que tenían varias técnicas o tácticas, pero no contaban con un plan general estructurado. Diversas comunidades médicas incluida la sociedad americana de oncología (ASCO) han desarrollado guías de cuidados paliativos donde se incluyen estrategias para mejorar las habilidades de comunicación de los profesionales de la salud recomendando modelos diseñados para oncólogos como los modelos SPIKES o SHARE²⁵.

Determinar lo que los pacientes creen y esperan de su médico es importante, ya que puede ayudar en la interacción y así, refinar las pautas actuales y generar recomendaciones específicas basadas en la evidencia para enfrentar esta difícil tarea. Conocer las preferencias de nuestros pacientes sobre comunicación de malas noticias permitirá mejorar la formación de los profesionales de la salud, mejorar la calidad asistencial y la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud. Determinar las preferencias de entrega de malas desde la perspectiva de los pacientes se ha evaluado en diversos ensayos, ensayos que cuentan principalmente con población asiática o americana²⁶⁻²⁷. Estudios similares en población mexicana o latinoamericana hasta el momento no han sido reportados, por lo que disponer de instrumentos sencillos de aplicar que permitan evaluar las preferencias de nuestros pacientes puede ser de gran utilidad. Parker²⁸ y colaboradores crearon un instrumento para valorar las preferencias de comunicación de los pacientes oncológicos, que ha mostrado unas buenas propiedades psicométricas. Se trata de un cuestionario de 32 ítems, que se estructura en tres subescalas: 1) Escala contenido, formada por 13 ítems, que hacen referencia a la competencia del médico y a diferentes aspectos la información sobre la enfermedad y tratamientos; 2) Escala apoyo, formada por 12 ítems que miden aspectos

relacionados con el apoyo emocional y 3) Escala de facilitación, compuesta por 7 ítems que hacen referencia al modo como se da la información (que el médico me mire a los ojos, que el médico de la información sin rodeos) y elementos del contexto que pueden facilitar la comunicación (ser informado en persona, ser informado en un lugar privado).

El objetivo de este estudio es caracterizar el contenido de las malas noticias desde la perspectiva de los pacientes con cáncer en estadios avanzados o falla a primera línea de tratamiento. También se buscó investigar las preferencias de los pacientes para la comunicación de malas noticias, así como la relación con el comportamiento de comunicación mostrado por los médicos. Finalmente, se investigaron las consecuencias de una falta de coincidencia entre las preferencias de los pacientes y la comunicación con el médico en relación con la angustia psicológica en los pacientes. Para cumplir con el objetivo del estudio se invitó a participar durante un año a todos los pacientes con cáncer avanzado de reciente diagnóstico atendidos en la clínica de oncología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Aquellos que acepten participar y firmen consentimiento informado, se les realizará una entrevista semiestructurada y se le entregarán cuestionarios de evaluación de entrega de malas noticias, ansiedad y depresión.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el contexto de las enfermedades oncológicas, mismas que amenazan la vida o conllevan deterioro en la calidad de la misma, el informe de las malas noticias es extremadamente importante como parte del manejo integral de los pacientes particularmente en estadios avanzados o con antecedente de fallas a líneas iniciales de tratamiento. Una mala comunicación del médico puede provocar estrés continuo e inseguridad y afectar negativamente la satisfacción y el pronóstico de los pacientes, así como la aceptación y el inicio de medidas paliativas. Algunos estudios ya han demostrado que existe una relación directa entre las habilidades de comunicación de los médicos y los resultados terapéuticos. Acercarse al paciente con empatía, usar un lenguaje preciso e involucrar al paciente en el proceso de toma de decisiones constituyen las reglas básicas de una relación adecuada entre el médico y el paciente. El entregar malas noticias es una tarea frecuente y difícil para todos los médicos, independientemente de su especialidad, sin embargo, es particularmente común en el entorno oncológico que a los pacientes con frecuencia se les dan diagnósticos que ponen en peligro la vida o que influyen en la calidad de la misma, ejemplos de lo mencionado son el cáncer en estadio avanzado recién diagnosticado y aquellos con falla a primera línea de tratamiento.

JUSTIFICACIÓN

Al momento del diagnóstico de cáncer, una fracción de pacientes se presenta en una etapa avanzada de la enfermedad, donde la intención del tratamiento ya no es curativa, y el tipo de cuidados se enfocan a

mejorar la calidad de vida. En México se estima que hasta un 60% de los pacientes con diagnóstico de cáncer se encuentran en etapa avanzada. La comprensión del pronóstico y objetivos del tratamiento influyen en las preferencias de los pacientes hacia tratamientos menos agresivos o cuidados de soporte. Quienes reconocen que tienen una enfermedad terminal tienden a recibir cuidados al final de la vida más consistentes con sus preferencias, a no optar por quimioterapias en la búsqueda de curación y a preferir cuidados de confort por encima de tratamientos que prolonguen la vida.

Existen algunas recomendaciones establecidas para la entrega de malas noticias. Estos protocolos se basan principalmente en la opinión de expertos y solo escasos estudios han evaluado la evidencia basada en el paciente para los elementos recomendados, así como el apego médico e impacto a los pasos de estos protocolos.

Hasta el momento no existe información de estudios sobre entrega de malas noticias en México desde la perspectiva del paciente, motivo por el cual es importante conocerlo, ya que la calidad de la entrega de malas noticias parece estar directamente relacionada con el estrés y la ansiedad de los pacientes, su adaptación a las malas noticias, el afrontamiento y la satisfacción con la atención y los desenlaces médicos.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las preferencias de los pacientes con reciente diagnóstico de cáncer avanzado atendidos en una institución pública de la ciudad de México en cuanto a la comunicación, facilitación y apoyo emocional ante la recepción de malas noticias?

OBJETIVO GENERAL

Describir la percepción y preferencias del paciente con cáncer avanzado sobre el contenido y la facilitación de malas noticias, así como el apoyo emocional por parte del médico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Determinar las percepciones y preferencias del paciente con cáncer avanzado sobre la entrega de malas noticias.
- 2) Describir el nivel de sintomatología ansiosa y depresiva presente de forma inmediata posterior a la recepción de malas noticias.
- 3) Explorar la asociación entre las preferencias del paciente ante la recepción de malas noticias, la sintomatología ansiosa y depresiva, las variables clínicas y demográficas de los pacientes, y las características demográficas del personal médico oncológico proveedor de las malas noticias.

METODOLOGÍA

Diseño de estudio

Se trata de un estudio descriptivo, transversal, prospectivo y homodémico.

Procedimientos

Se invitó a participar pacientes consecutivos ≥ 18 años con diagnóstico de cáncer avanzado y falla a primera línea de tratamiento de reciente diagnóstico en la clínica de oncología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán que hayan recibido malas noticias con respecto a su diagnóstico y pronóstico en las últimas 72 horas. A los pacientes que aceptaron participar y que firmaron consentimiento informado, se les pidió que contestaran con lápiz y papel los siguientes instrumentos:

- Measure of Patient's Preferences (MPP) escala de 32 ítems que mide..., dividida en tres subescalas: 1) Escala de Contenido: formada por 13 ítems, que hacen referencia a la competencia del médico y a diferentes aspectos la información sobre la enfermedad y tratamientos; 2) Escala de Apoyo: formada por 12 ítems que miden aspectos relacionados con el apoyo emocional y 3) Escala de Facilitación: compuesta por 7 ítems que hacen referencia al modo como se otorga la información (que el médico me mire a los ojos, que el médico de la información sin rodeos) y elementos del contexto que pueden facilitar la comunicación (ser informado en persona, ser informado en un lugar privado). Tiene una escala Likert de cinco puntos que consiste en: 1) nada importante; 2) opcional, el médico puede hacerlo o no; 3) importante; 4) muy importante; y 5) esencial, el médico debe hacerlo. Las tres subescalas se han reportado previamente con una adecuada consistencia interna, es decir, $\alpha = 0,80$ para la facilitación (preguntas 1–7); $\alpha = 0,92$ para contenido (8-20); y $\alpha = 0.90$ para apoyo (21–32) cuando se usa con una variedad de pacientes con cáncer después del diagnóstico. Valores de α por arriba de 0.70 representan niveles aceptables de confiabilidad.

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Instrumento autoadministrable que comprende 14 ítems. Siete ítems evalúan los síntomas depresivos y siete ítems abordan los síntomas de ansiedad. Cada elemento se puntúa del 0 al 3 de la siguiente manera: 1) casi siempre; 2) frecuentemente; 3) rara vez y 4) no en absoluto. Con un puntaje total que varía de 0 a 21 en cada subescala en donde una puntuación < 8 puntos indica la ausencia de cualquier síntoma afectivo, de 8 a 10 indica que probablemente exista algún trastorno o síntomas leves del mismo, y > 10 indica que es muy probable que exista un trastorno afectivo²².

Además, se recolectaron del expediente electrónico variables demográficas (edad, sexo, escolaridad, pertenencia a seguridad social y estado civil) y clínicas (origen del tumor) de los pacientes, así como los años de experiencia de los médicos que proporcionaron la consulta (médico adscrito o residente).

Criterios de inclusión

- 1) Pacientes \geq de 18 años de edad.
- 2) Con registro en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.
- 3) Pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer avanzado (EC III-IV).
- 4) Que estén próximos a recibir malas noticias con relación a su diagnóstico oncológico o que las hayan recibido en un lapso no mayor a 72 horas previo a la medición.
- 5) Que acepten participar en el estudio y firmen consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- 1) Pacientes que cuenten con diagnóstico de algún trastorno neurocognitivo que afecte en la adecuada comprensión de la información otorgada (malas noticias).
- 2) Pacientes que presenten problemas para la lectura o comprensión del contenido de los instrumentos de medición.
- 3) Pacientes que retiren su consentimiento.
- 4) Pacientes con diagnóstico de algún trastorno psiquiátrico descontrolado.
- 5) Pacientes privados de su libertad.

Tamaño de la muestra

El tamaño de muestra considerado fue a conveniencia de acuerdo al número de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar en el periodo comprendido entre septiembre del 2019 y abril del 2020. Este es un sub-análisis del proyecto “Conciencia de pronóstico en pacientes con cáncer: variables relacionadas con el paciente y la comunicación médico-paciente” en el cual se planeó incluir 130 pacientes.

Análisis y métodos estadísticos

La descripción de las características demográficas y clínicas de la muestra se realizó con medidas de tendencia central (media, mediana y modas) para variables continuas y proporciones para variables categóricas. Se analizó la fiabilidad de cada una de las tres escalas del MPP mediante el coeficiente de alfa de Cronbach. Se calcularon las medias y desviación estándar de cada una de las escalas del MPP y se realizó un análisis factorial con rotación Varimax para investigar la interrelación de las variables en términos de factores. Para el análisis comparativo entre grupos se utilizó T de Student para variables continuas y Chi cuadrada para variables categóricas. La significancia estadística se estableció para una $p \leq 0.05$. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 26.

RESULTADOS

Características demográficas y clínicas.

Dentro del periodo de septiembre de 2019 a abril de 2020, se identificaron 58 pacientes que cumplían criterios de inclusión para participar en el estudio. De estos 7 no acudieron a consulta, y 49 pacientes fueron invitados a participar. De los 49 pacientes invitados, 10 de ellos rechazaron participar o no había personal que aplicara la encuesta (N=8). Los motivos para rechazar participar en el estudio fueron: “no tengo quien me traiga”, “siento incomodidad por el protocolo” y “no tengo ganas”. Un total de 31 pacientes fueron incluidos en el estudio, y 22 completaron la valoración completa incluyendo el cuestionario MPP y HADS por lo que fueron incluidos en el análisis (Fig.1).

Las características sociodemográficas de los pacientes se reportan en la Tabla 1. Del total de participantes (N=22), el 63.6% eran hombres (N=14) y el 36.3% eran mujeres (N=8). La media de edad fue de 60 años (DE: 15.7). Un 45.4% (N=10) estaban casados o vivían con su pareja en unión libre y un 90.8% (N=20) profesaban alguna religión en su mayoría la religión católica. El 95.4% (N=21) de los pacientes acudieron acompañados a la consulta, 13.6% (N=3) por su pareja, 22.7% (N=5) por su hijo y 45.3% (N=10) por 1 o más familiares.

Todos los pacientes recibieron el diagnóstico de cáncer avanzado (enfermedad metastásica o irresecable) por primera vez. El 86.3% (N=19) tenían tumores gastrointestinales, 4.5% (N=1) de tumores genitourinarios (4.5%) y 9% (N=2) otros. El médico que proporcionó la noticia era el médico adscrito en un 54.5% de las veces, médico residente en un 31.8% de las veces y ambos en un 13.6%. Solo el 36.3% de los pacientes encuestados tenían algún tipo de seguridad social.

Preferencias de comunicación

La consistencia interna global fue de 0.95 y para las tres subescalas fue la siguiente: $\alpha = 0.92$ para contenido, 0.93 para soporte y 0.93 para facilitación.

La Tabla 2 muestra los 16 ítems con las calificaciones más alta y baja según lo reportado por los pacientes. La subescala con mayor calificación fue la de contenido con media de 4.40 (DE 0.53), seguida de la subescala de facilitación con media de 4.23 (DE 0.70) y por último la subescala de apoyo, con media de 3.96 (DE 0.83). De los ocho ítems que recibieron las calificaciones más altas, siete se relacionan con la experiencia del médico y el contenido de la información brindada, mientras que el ítem restante aborda el aspecto de la facilitación de la comunicación. Los pacientes calificaron como más importante que su médico dé toda la información sobre su cáncer (Tabla 3). Los 5 ítems con mayor puntaje fueron: “Que el médico me dé toda la información sobre mi cáncer”, “Que el médico me permita conocer todas las

diferentes opciones de tratamiento”, “Que el médico sea sincero sobre la gravedad de mi situación”, “Que el médico me describa con detalle mis opciones de tratamiento” y “Ser informado sobre mi pronóstico”.

Análisis factorial

Los ítems del cuestionario con cargas factoriales de 0.50 o más tienen un alto grado de correlación y se consideran confiables, el patrón principal de los factores y los ítems que se cargaron en cada factor se muestra en la Tabla 4. Veinticuatro ítems en el factor 1 fueron significativas, siete ítems en el factor 2 y solo un ítem en el factor 3. De los veinticuatro elementos cargados en el factor 1, representaron el 53.4% de la varianza total. Los ítems “Que el médico prevea el tiempo necesario para comunicar la información” y el “Disponer de tiempo suficiente para hacer todas mis preguntas” tuvieron la mayor carga en el primer factor mientras que “Que me diga que no pasa nada si me altero” tuvo la menor carga. Los ítems cargados en el primer factor se relacionaron principalmente con el contenido y facilitación de la comunicación. De los siete ítems cargados en el factor 2, representaron el 41.47% de la varianza total. En el segundo factor los ítems “Que me diga que no pasa nada si me altero” y “Que haya otro profesional sanitario presente para ofrecer apoyo” tuvieron la mayor carga, y los ítems cargados en el segundo factor se relacionaron únicamente con el apoyo de la comunicación. El factor 3 contribuyó solo con un ítem y este representa el 3.72% de la varianza total.

Evaluación Depresión/Ansiedad

En la subescala de depresión del cuestionario HADS el 77.2% (n = 17) de los pacientes presentaron un puntaje normal, 9% (n = 2) limítrofe y 13.6% (n = 3) anormal. En la escala de ansiedad el 68.1% (n = 15) de los pacientes presentaron un puntaje normal, 18.1% (n = 4) limítrofe y 13.6% (n = 3) anormal.

Análisis exploratorio (Tabla 5)

No se encontró ninguna asociación estadísticamente significativa entre las preferencias de entrega de malas noticias y las variables demográficas (sexo, escolaridad, edad, estado civil o seguridad social), resultados del HADS (depresión o ansiedad) o el médico que entregó la noticia (residente vs medico adscrito).

DISCUSIÓN

Nuestro estudio investigó las preferencias de los pacientes con diagnóstico reciente de cáncer avanzado para el otorgamiento de malas noticias por parte de sus médicos. Los pacientes identificaron elementos relacionados con el contenido y el apoyo de la información proporcionada y la persona que la administró como los aspectos más importantes para ellos. Siete de los ocho ítems recibieron las calificaciones más altas relacionadas con la categoría de contenido en la escala MPP. Hasta donde sabemos, este es uno de los primeros estudios que se centró en la perspectiva de los pacientes sobre la comunicación de malas noticias en una población mexicana. Nuestros hallazgos fueron similares a los de otros dos estudios que utilizaron la escala MPP de manera similar en población oncológica²⁶⁻²⁷. Aunque los ítems en el aspecto de facilitación fueron calificados como los más bajos en nuestro estudio, no deben descartarse ya que aún recibieron calificaciones promedio entre "importantes" y "muy importantes".

Las tres subescalas se han reportado previamente con una adecuada consistencia interna, es decir, $\alpha = 0,80$ para la facilitación (preguntas 1–7); $\alpha = 0,92$ para contenido (8-20); y $\alpha = 0.90$ para apoyo (21–32) cuando se usa con una variedad de pacientes con cáncer después del diagnóstico²⁶⁻²⁷. Valores de α por arriba de 0.70 representan niveles aceptables de confiabilidad. La consistencia interna de nuestro estudio de acuerdo a la α Cronbach de fue alta (0.95), lo cual es similar con otros estudios donde se ha utilizado esta escala.

Con el uso de la escala MPP se ha reportado que los pacientes con una educación más formal, así como los pacientes de mayor edad califican el contenido del mensaje y el contexto en el que se dan las malas noticias como los más importantes²⁸. En nuestro estudio sí hubo una tendencia a que los pacientes más jóvenes, otorgaron menor importancia al apoyo en el que las noticias son entregadas sin embargo esta diferencia no fue significativa. De igual manera en otros estudios publicados con el uso de esta escala²⁶ se reportó que los pacientes dan especial importancia a la experiencia del médico en el contenido de información proporcionada, así como, que las pacientes de sexo femenino, otorgan más importancia a recibir apoyo emocional, social y psicológico de sus médicos que los pacientes del sexo masculino. En nuestro estudio, no hubo ninguna diferencia dentro de las características demográficas o clínicas que fuera significativa en las preferencias para comunicar un diagnóstico de cáncer avanzado. Estas diferencias podrían ser explicadas por el pequeño número de pacientes reclutados en nuestra muestra además de que usamos inicialmente la escala de MPP con 32 ítems, a diferencia de otros estudios donde utilizan 46 ítems en su análisis factorial y una reiteración de 35 ítems totales.

La escala de HADS se ha empleado en diversas poblaciones para valorar la presencia de síntomas afectivos, y dentro de estas poblaciones, ya se ha valorado en pacientes con cáncer²⁹. Dentro de las ventajas de la escala, están que cuenta con buenas propiedades psicométricas, además de que es breve, de administración rápida y fácil y con un buen cumplimiento por parte de los pacientes. En población

mexicana o latinoamericana se ha empleado principalmente con población no oncológica³⁰⁻³¹. De acuerdo con nuestros resultados, los valores de corte fueron < 8 unidades = ausencia de síntomas, 8 a 10 unidades = probabilidad de síntomas afectivos y > 10 = presencia de síntomas afectivos. En este estudio se encontró que un porcentaje considerable (32%) de los pacientes presentó algún síntoma afectivo al momento de la aplicación del instrumento. Debemos tomar en cuenta que los puntos de corte que se utilizaron en este caso son diferentes a los utilizados en otras publicaciones³²⁻³⁴, ya que los síntomas afectivos y ansiosos no se comportan de forma similar en todas las poblaciones, lo cual condiciona mayor heterogeneidad en cuanto a la categorización de los síntomas con las escalas y genera mayor dificultad para comparar los resultados de los diversos estudios. Otra limitante es que la aplicación de la escala solo se realizó posterior a la entrega de malas noticias, por lo que no se cuenta con una aplicación basal y comparar si el o la paciente se encontraba con síntomas afectivos de manera basal.

Entendemos que nuestro estudio tiene limitaciones. En primer lugar, el número de paciente es bajo, esto debido a la contingencia por COVID-19 que afectó el reclutamiento de pacientes en nuestra institución, lo cual influye en que las diferencias en los puntajes de las escalas entre ciertos grupos pueden no evidenciarse de forma significativa en el análisis. En segundo lugar, este estudio se llevó a cabo en un centro de tercer nivel, en el cual, debido al número más reducido de pacientes con otros padecimientos y al grado de especialización del personal médico, los pacientes pueden recibir información más amplia y profunda sobre el diagnóstico y el tratamiento por parte de sus médicos. Además, este es un estudio observacional transversal con datos recopilados en un solo momento en el tiempo y no reflejará las preferencias de los pacientes a lo largo de su enfermedad. Dentro de las fortalezas de nuestro estudio, este es uno de los primeros estudios que se centra en la perspectiva de los pacientes sobre la comunicación de malas noticias en una población mexicana y hemos encontrado que los pacientes oncológicos en nuestra población tienen preferencias similares en general con respecto a la comunicación de malas noticias en comparación con otros países^{28, 35}.

CONCLUSIONES

Los pacientes con diagnóstico de cáncer de un hospital de tercer nivel de la ciudad de México tienen preferencia en el contenido y la facilitación de la información con respecto a la entrega de malas noticias. Esto se reporta de manera similar en otros países.

Es necesario continuar con proyectos enfocados en el otorgamiento de malas noticias en pacientes con cáncer, así como utilizar la perspectiva del paciente con instrumentos de autoinforme como un parámetro importante en la evaluación. Esto con la intención de mejorar la calidad en la entrega de malas noticias por parte del personal médico y detectar posibles áreas de intervención para mejorar la calidad de la atención global en pacientes con cáncer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries [la corrección publicada aparece en *CA Cancer J Clin*. 2020 Jul;70(4):313]. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394-424. doi:10.3322/caac.21492.
2. Zolnieriek KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. 2009;47(8):826-834. doi:10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.
3. Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M Jr, Stiles W, Inui TS. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA*. 1997;277(4):350-356.
4. Davenport S, Goldberg D, Millar T. How psychiatric disorders are missed during medical consultations. *Lancet*. 1987;2(8556):439-441. doi:10.1016/s0140-6736(87)90970-6.
5. Frankel R, Beckman H. Communicating with medical patients *Communicating with medical patients* Stewart M and Roter D , SAGE Publications 286pp £14.50 0-8039-3217-0. *Nurs Stand*. 1989;4(4):41. doi:10.7748/ns.4.4.41.s56.
6. Stewart MA, McWhinney IR, Buck CW. The doctor/patient relationship and its effect upon outcome. *J R Coll Gen Pract*. 1979;29(199):77-81.
7. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *Br J Gen Pract*. 2008;58(552):501-508. doi:10.3399/bjgp08X319486.
8. Beckjord EB, Arora NK, McLaughlin W, Oakley-Girvan I, Hamilton AS, Hesse BW. Health-related information needs in a large and diverse sample of adult cancer survivors: implications for cancer care. *J Cancer Surviv*. 2008;2(3):179-189. doi:10.1007/s11764-008-0055-0
9. Kiesler DJ, Auerbach SM. Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: evidence, models and interventions. *Patient Educ Couns*. 2006;61(3):319-341. doi:10.1016/j.pec.2005.08.002.
10. Roberts CS, Cox CE, Reintgen DS, Baile WF, Gibertini M. Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer*. 1994;74(1 Suppl):336-341. doi:10.1002/cncr.2820741319.
11. Blanchard CG, Labrecque MS, Ruckdeschel JC, Blanchard EB. Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. *Soc Sci Med*. 1988;27(11):1139-1145. doi:10.1016/0277-9536(88)90343-7.
12. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med*. 1999;171(4):260-263.
13. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol*. 1995;13(9):2449-2456. doi:10.1200/JCO.1995.13.9.2449.
14. SCOPE. Right from the Start Template: Good Practice in Sharing the News. London: Department of Health, 2003; 8.

15. Buckman R. *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1992.
16. Fallowfield L, Jenkins V. Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*. 2004;363(9405):312-319. doi:10.1016/S0140-6736(03)15392-5.
17. Mostafavian Z, Shaye ZA. Evaluation of physicians' skills in breaking bad news to cancer patients. *J Family Med Prim Care*. 2018;7(3):601-605. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_25_18
18. Platas, A., Cruz-Ramos, M., Mesa-Chavez, F. et al. Communication Challenges Among Oncologists in Mexico. *J Canc Educ* (2020). <https://doi.org/10.1007/s13187-020-01703-7>
19. Butow PN, Kazemi JN, Beeney LJ, Griffin AM, Dunn SM, Tattersall MH. When the diagnosis is cancer: patient communication experiences and preferences. *Cancer*. 1996;77(12):2630-2637. doi:10.1002/(SICI)1097-0142(19960615)77:12<2630::AID-CNCR29>3.0.CO;2-S.
20. Fujimori M, Shirai Y, Asai M, Kubota K, Katsumata N, Uchitomi Y. Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2014;32(20):2166-2172. doi:10.1200/JCO.2013.51.2756
21. Epstein RM, Duberstein PR, Fenton JJ, et al. Effect of a Patient-Centered Communication Intervention on Oncologist-Patient Communication, Quality of Life, and Health Care Utilization in Advanced Cancer: The VOICE Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol*. 2017;3(1):92-100. doi:10.1001/jamaoncol.2016.4373
22. Goldberg RJ. Disclosure of information to adult cancer patients: issues and update. *J Clin Oncol*. 1984;2(8):948-955. doi:10.1200/JCO.1984.2.8.948.
23. Baile WF, Lenzi R, Parker PA, Buckman R, Cohen L. Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *J Clin Oncol*. 2002;20(8):2189-2196. doi:10.1200/JCO.2002.08.004.
24. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-311. doi:10.1634/theoncologist.5-4-302.
25. Smith CB, Phillips T, Smith TJ. Using the New ASCO Clinical Practice Guideline for Palliative Care Concurrent With Oncology Care Using the TEAM Approach. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2017;37:714-723. doi:10.1200/EDBK_175474
26. Davison BJ, Parker PA, Goldenberg SL. Patients' preferences for communicating a prostate cancer diagnosis and participating in medical decision-making. *BJU Int*. 2004;93(1):47-51. doi:10.1111/j.1464-410x.2004.04553.x.
27. Chiu LQ, Lee WS, Gao F, Parker PA, Ng GY, Toh CK. Cancer patients' preferences for communication of unfavourable news: an Asian perspective. *Support Care Cancer*. 2006;14(8):818-824. doi:10.1007/s00520-005-0911-7.
28. Parker PA, Baile WF, Moor C, Lenzi R, Kudelka AP, Cohen L. Breaking Bad news about cancer: Patients' preferences for communication. *J Clin Oncol* 2001; 19: 2049-56. doi:10.1200/JCO.2001.19.7.2049

29. Annunziata MA, Muzzatti B, Bidoli E, et al. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) accuracy in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2020;28(8):3921-3926. doi:10.1007/s00520-019-05244-8.
30. Yamamoto-Furusho JK, Sarmiento-Aguilar A, García-Alanis M, et al. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Validation in Mexican Patients with Inflammatory Bowel Disease. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS): Validación en pacientes mexicanos con enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterol Hepatol*. 2018;41(8):477-482. doi:10.1016/j.gastrohep.2018.05.009.
31. Suárez-Mendoza A, Petersen-Aranguren F, Almeida-Velasco A, Robles-García R, Camacho Á, Fresán-Orellana A. Psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Mexican adults with ischemic and hypertensive cardiomyopathy. Evaluación psicométrica de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria en adultos mexicanos con cardiopatía isquémica e hipertensiva. *Arch Cardiol Mex*. 2019;89(3):221-226. doi:10.24875/ACME.M19000060.
32. Vodermaier A, Linden W, Siu C. Screening for emotional distress in cancer patients: a systematic review of assessment instruments. *J Natl Cancer Inst*. 2009;101(21):1464-1488. doi:10.1093/jnci/djp336.
33. Mitchell AJ, Meader N, Symonds P. Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: a meta-analysis. *J Affect Disord*. 2010;126(3):335-348. doi:10.1016/j.jad.2010.01.067.
34. Brennan C, Worrall-Davies A, McMillan D, Gilbody S, House A. The Hospital Anxiety and Depression Scale: a diagnostic meta-analysis of case-finding ability. *J Psychosom Res*. 2010;69(4):371-378. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.04.006.
35. Polański J, Chabowski M, Chudiak A, et al. Intensity of Anxiety and Depression in Patients with Lung Cancer in Relation to Quality of Life. *Adv Exp Med Biol*. 2018;1023:29-36. doi:10.1007/5584_2017_50.

Figura 1. Perfil del estudio.

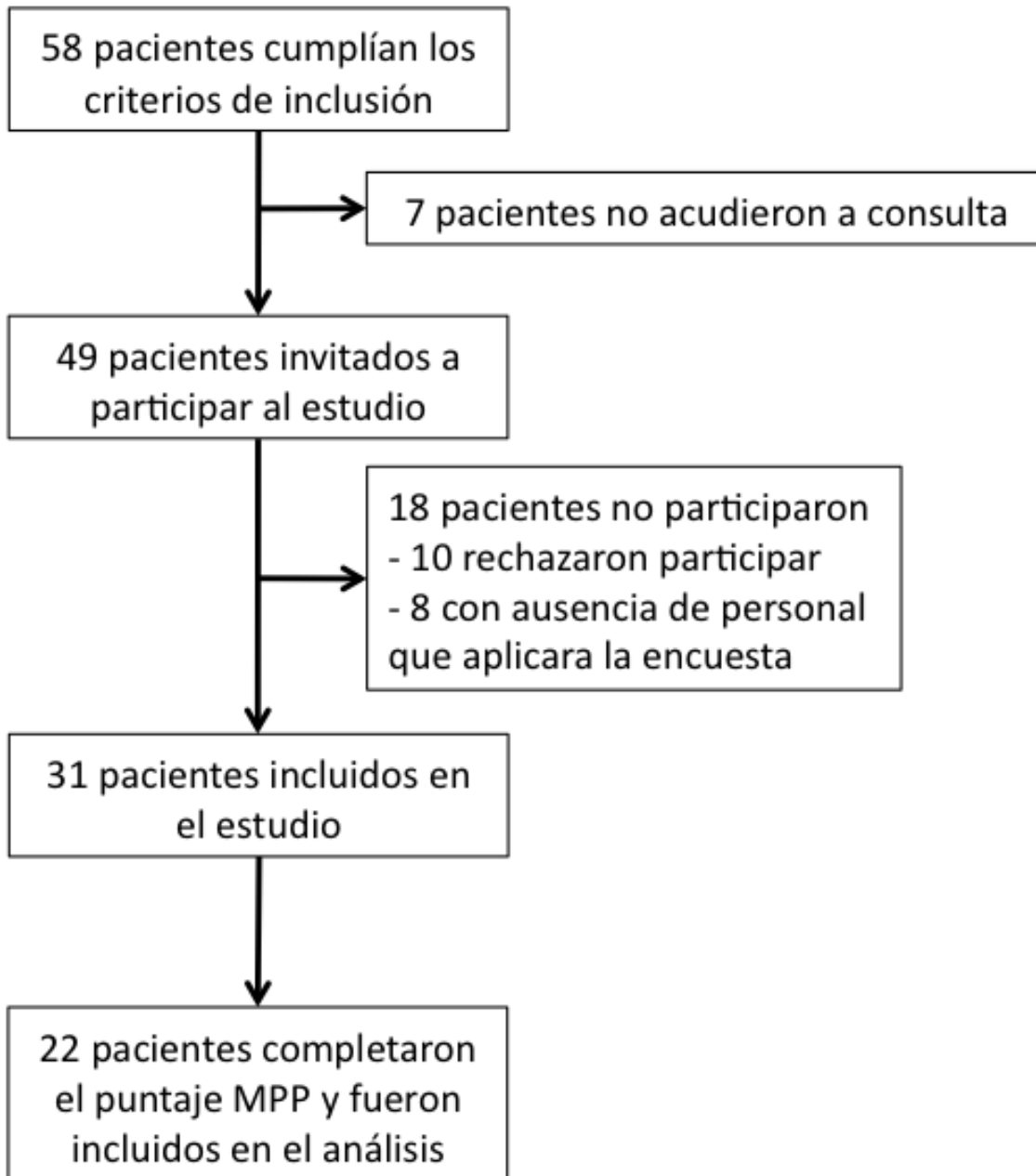


Tabla 1. Características demográficas y clínicas.

Variable	N=22	%
Sexo		
- Hombres	14	63.6
- Mujeres	8	36.3
Edad (<i>media/DE</i>)	60.0	15.7
Estado civil		
- Casado	7	31.8
- Unión libre	3	13.6
- Divorciado	2	9
- Separado	2	9
- Soltero	4	18.1
- Viudo	4	18.1
Escolaridad		
- Primaria	3	13.6
- Secundaria	5	22.7
- Preparatoria/bachillerato	4	18.1
- Licenciatura terminada	4	18.1
- Posgrado	6	27.2
Religión		
- Católica	18	81.8
- Otras	2	9
- Ninguna	2	9
Acude acompañado a la consulta	21	95.4
Número de acompañantes		
- 0	1	4.5
- 1	17	77.2
- 2	4	18.1
Tipo de acompañantes		
- Cónyuge	3	13.6
- Hijo(a)	5	22.7
- Familiar directo	9	40.8
- Familiar indirecto	1	4.5
- Otros	3	13.6
Origen primario del tumor		
- Gastrointestinal	19	86.3
- Genitourinario	1	4.5
- Otros	2	9
Pertenencia a Seguridad Social/Médica	8	36.3
Personal médico que atendió		
- Adscrito	12	54.5
- Residente	7	31.8
- Ambos	3	13.6

Tabla 2. Preferencias sobre la entrega de noticias

Variable	Media	DE	α Cronbach
MPP subescala contenido	4.40	0.53	0.92
MPP subescala apoyo	3.96	0.83	0.93
MPP subescala facilitación	4.23	0.70	0.93
MPP total			0.95

Valoración de acuerdo a escala de Likert: 1) nada importante; 2) opcional, el medico puede hacerlo o no; 3) importante; 4) muy importante; y 5) esencial.

Tabla 3. Calificaciones más altas y bajas de las preferencias de los pacientes con respecto a la recepción de malas noticias.

Ítem	Media (DE)
Mayor Puntaje	
Que el médico me dé toda la información sobre mi cáncer	4.68 (0.65)
Que el médico me permita conocer todas las diferentes opciones de tratamiento	4.59 (0.67)
Que el médico sea sincero sobre la gravedad de mi situación	4.50 (0.74)
Que el médico me describa con detalle mis opciones de tratamiento	4.50 (0.74)
Ser informado sobre mi pronóstico	4.45 (0.60)
Que el médico tenga tiempo para responder a mis preguntas completamente	4.41 (0.80)
Sentirme seguro sobre las capacidades y habilidades del médico	4.41 (0.67)
Ser informado en persona	4.36 (4.36)
Menor puntaje	
Que me reconforte si me emociono	4.05 (0.95)
Que el médico me mire a los ojos	4.00 (0.93)
Que el médico me haga sentir cómodo para poder mostrar mis emociones	4.00 (0.87)
Que el médico me informe de los recursos sociales disponibles	4.00 (0.87)
Que el médico me oriente a cómo hablar con los demás sobre mi cáncer	3.77 (1.19)
Que me anime a expresar mis sentimientos ante la nueva información sobre mi situación médica	3.77 (1.23)
Que haya otro profesional sanitario presente para ofrecer apoyo	3.59 (1.37)
Que me diga que no pasa nada si me altero	3.55 (1.18)

Tabla 4. Análisis factorial de la escala MPP.

Ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1) Ser informado detalladamente sobre los resultados de las pruebas médicas	0.282	-0.581	0.161
2) Que el médico me explique la mejor opción del tratamiento	0.826	-0.361	0.026
3) Que el médico me describa con detalle mis opciones de tratamiento	0.689	-0.287	0.148
4) Que el médico me permita conocer todas las diferentes opciones de tratamiento	0.624	-0.140	0.435
5) Ser informado de los nuevos tratamientos experimentales	0.708	0.058	0.218
6) Ser informado sobre mi pronóstico	0.606	-0.224	0.423
7) Que el médico me dé toda la información sobre mi cáncer	0.502	-0.307	0.610
8) Que el médico sea sincero sobre la gravedad de mi situación	0.567	-0.140	0.430
9) Que el médico me diga cómo el cáncer puede afectar mi funcionamiento diario	0.603	-0.371	0.182
10) Sentirme seguro sobre las capacidades y habilidades del médico	0.774	-0.035	0.222
11) Que el médico esté al día de las investigaciones sobre mi tipo de cáncer	0.758	0.110	0.053
12) Que el médico tenga tiempo para responder a mis preguntas completamente	0.747	-0.283	0.061
13) Disponer de tiempo suficiente para hacer todas mis preguntas	0.868	-0.232	0.121
14) Que el médico me informe de los servicios de ayuda disponible	0.795	0.044	-0.406
15) Que el médico me informe de los recursos sociales disponibles	0.855	0.136	-0.164
16) Que el médico muestre su preocupación por mí	0.794	0.230	-0.080
17) Que me reconforte si me emociono	0.496	0.672	0.246
18) Que me diga que no pasa nada si me altero	0.250	0.732	0.401
19) Que me anime a expresar mis sentimientos ante la nueva información sobre mi situación	0.481	0.655	0.041
20) Que el médico me dé esperanzas sobre mi situación	0.315	0.541	0.294
21) Que el médico me haga sentir cómodo para poder mostrar mis emociones	0.676	0.538	-0.164
22) Que haya otro profesional sanitario presente para ofrecer apoyo	0.256	0.733	0.179
23) Que el médico informe a mi familia sobre mi diagnóstico	0.850	-0.016	0.239
24) Que el médico informe a mi familia sobre mi pronóstico	0.835	-0.124	-0.193
25) Que el médico me oriente a cómo hablar con los demás sobre mi cáncer	0.593	0.637	-0.108
26) Ser informado en persona	0.861	-0.076	-0.075
27) Ser informado en un lugar privado	0.650	-0.194	-0.012
28) Que el médico prevea el tiempo necesario para comunicar la información	0.896	-0.157	0.139
29) Que el médico me preste la atención suficiente	0.832	0.040	-0.403
30) Que el médico me mire a los ojos	0.570	0.075	-0.506
31) Que espere a tener todos los resultados consigo antes de dar la información	0.734	-0.230	-0.463
32) Que el médico dé la información sin rodeos	0.854	-0.077	-0.328

Tabla 5. Tabla de comparación por grupos.

Variable	Hombres (n= 14)		Mujeres (n=8)		Estadística
	Media	DE	Media	DE	
MPP contenido	4.33	0.57	4.52	0.46	t= 0.793, gl=20, p= 0.437, IC95% (-0.68, 0.30)
MPP Apoyo	4.06	0.62	3.76	1.12	t= 0.806, gl 20, p= 0.429, IC95% (-0.47, 1.06)
MPP Facilitación	4.17	0.70	4.32	0.71	t= 0.806, gl 20, p= 0.637, IC95% (-0.80, 0.50)
HADS total	9.35	5.82	13.62	9.30	t= 1.33, gl 20, p= 0.198, IC95% (-10.95, 2.42)
HADS ansiedad	4.50	3.43	6.87	4.61	t= 1.37, gl 20, p= 0.183, IC95% (-5.96, 1.21)
HADS depresión	4.85	3.54	6.75	5.14	t= 1.02, gl 20, p= 0.319, IC95% (-5.75, 1.97)
	Edad < 65 años (n=13)		Edad ≥ 65 años (n=9)		
	media	DE	media	DE	
MPP contenido	4.39	0.48	4.40	0.62	t= 0.19, gl=20, p= 0.985, IC95% (-0.48, 0.49)
MPP Apoyo	3.77	0.88	4.22	0.69	t= 1.27, gl 20, p= 0.217, IC95% (-0.28, 1.18)
MPP Facilitación	4.12	0.68	4.38	0.72	t= 0.860, gl 20, p= 0.400, IC95% (-0.37, 0.89)
HADS Total	12	8.40	9.33	5.63	t= 0.82, gl 20, p= 0.417, IC95% (-9.38, 4.04)
HADS ansiedad	6.15	4.12	4.22	3.66	t= 1.12, gl 20, p= 0.272, IC95% (-5.49, 1.63)
HADS depresión	5.84	4.89	5.11	3.10	t= 0.39, gl 20, p= 0.696, IC95% (-4.59, 3.12)
	Escolaridad básica (n=12)		Escolaridad avanzada (n=10)		
	media	DE	media	DE	
MPP contenido	4.23	0.57	4.60	0.42	t= 1.68, gl=20, p= 0.107, IC95% (-0.82, 0.08)
MPP Apoyo	4.11	0.71	3.77	0.95	t= 0.94, gl 20, p= 0.355, IC95% (-0.40, 1.07)
MPP Facilitación	4.17	0.76	4.28	0.63	t= 0.35, gl 20, p= 0.725, IC95% (-0.74, 0.52)
HADS Total	13.25	8.23	8.10	5.25	t= 1.70, gl 20, p= 0.104, IC95% (-1.15, 11.45)
HADS ansiedad	6.41	4.37	4.10	3.17	t= 1.39, gl 20, p= 0.179, IC95% (-1.15, 5.78)
HADS depresión	6.83	4.91	4.0	2.53	t= 1.64, gl 20, p= 0.116, IC95% (-0.75, 6.42)
	Con seguro social (n=8)		Sin seguro social (n=14)		
	media	DE	media	DE	
MPP contenido	4.62	0.39	4.27	0.57	t= 1.54, gl=20, p= 0.138, IC95% (-0.12, 0.83)
MPP Apoyo	4.18	0.46	3.82	0.96	t= 0.99, gl 20, p= 0.333, IC95% (-0.40, 1.12)
MPP Facilitación	4.26	0.38	4.20	0.83	t= 0.20, gl 20, p= 0.842, IC95% (-0.59, 0.72)
HADS Total	8.75	6.94	12.14	7.56	t= 1.04, gl 20, p= 0.310, IC95% (-10.19, 3.40)
HADS ansiedad	4.87	3.39	5.64	4.36	t= 0.42, gl 20, p= 0.673, IC95% (-4.51, 2.97)
HADS depresión	3.87	4.12	6.50	4.05	t= 1.45, gl 20, p= 0.162, IC95% (-6.39, 1.14)