



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**ADAPTACIÓN DEL CUESTIONARIO PREFERENCIAS DE
COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología, con mención en Psicología

Clínica que presenta la Bachiller:

MARGORIE CAROLINA PAREDES MANTILLA

ASESORA

MG. SILVANA ROMERO SALETTI

LIMA – PERÚ

2015



*A todos los corazones luchadores que día a día
intentan vencer esta difícil enfermedad
y muy especialmente a Amable y Mela, dos bondadosos
corazones que desde el cielo nos protegen.*

AGRADECIMIENTOS

Dentro de esta investigación, esta sección resulta la más difícil de plasmar ya que son muchas las personas a las que tendría que agradecer, que de alguna u otra manera han ayudado a que logre culminar esta etapa en mi vida.

En primer lugar, gracias a Dios porque cada día me bendice y protege a lo largo de mi camino profesional y me da las fuerzas para seguir. Gracias a mi familia, a mis padres por haberme dado la oportunidad de culminar mis estudios en una universidad de prestigio y a mis hermanos por su apoyo incondicional. Sobre todo gracias a mi madre, quien me acompañó en los días difíciles, cuando sentía las trabas del camino y a mi hermana Mariela porque a pesar de estar lejos siempre estuvo cerca, acompañándome.

Deseo agradecer a los profesores de la especialidad por compartir sus conocimientos y experiencias a lo largo de mi formación. Sobre todo a Cecilia Chau y Maye Tavera quienes influyeron en mi interés por la psicología de la salud y la prevención. Gracias también a Lourdes Ruda, Silvana Romero y Natali Alcantara por guiar este estudio y enriquecerlo con sus aportes.

A Carolina, quien me acompañó en los momentos más difíciles y me alentó a no darme por vencida y a Mario Ramírez por su tiempo y sentido del humor a lo largo del proceso estadístico. No puedo dejar de lado a mis amigos, compañeros de la especialidad y amigos cercanos quienes con sus ánimos y palabras de motivación influyeron en mí para continuar.

Gracias a Mela, quien ya no está y a quien dedico esta investigación, sin ella no sería quien soy ahora. Finalmente deseo agradecer a las instituciones de salud y en especial a todos los pacientes que colaboraron en esta investigación, muchas gracias por enseñarme que hay infinitas razones para continuar luchando.

RESUMEN

Adaptación del cuestionario Preferencias de Comunicación médico-paciente en pacientes oncológicos

La presente investigación tuvo como objetivo adaptar el cuestionario de comunicación médico-paciente "Measure of Patients Preferences" (Parker et al. 2001) en un grupo de 190 pacientes oncológicos peruanos que se atendieron en tres hospitales limeños y determinar sus propiedades psicométricas. Para identificar la estructura factorial, se aplicó un análisis factorial exploratorio, bajo el método de mínimos cuadrados no ponderados con rotación Oblimin, a través del cual se encontró que el cuestionario posee tres factores: *Diagnóstico asertivo, información y soporte* en la comunicación médico-paciente. Asimismo, el análisis de confiabilidad por consistencia interna, con el índice alfa de Cronbach, evidenció adecuados niveles de consistencia interna para los tres factores. Se halló además que el total de la muestra prefiere una comunicación basada en la *información* en primer lugar, seguido del *diagnóstico asertivo* y en tercer lugar según el *soporte*. Finalmente, se discuten los resultados y se proponen lineamientos para futuros estudios.

Palabras Clave: Comunicación médico-paciente, preferencias de comunicación, comunicación basada en el paciente, pacientes con cáncer.

ABSTRACT

Adaptation of the physician patient communication questionnaire in cancer patients

The purpose of this study was to validate the "Measure of Patients Preferences" questionnaire (Parker et al. 2001) in a sample of 190 peruvian cancer patients who were treated in three hospitals in Lima and determine its psychometric properties. To identify the underlying factor structure, an exploratory factor analysis with the unweighted least squares extraction method with Oblimin rotation was conducted. It was found that the questionnaire has three factors: *Assertive diagnosis, information and support* in physician-patient communication. Similarly, the reliability analysis through Cronbach's alpha, showed adequate levels of internal consistency for the three factors. It was further found that the total sample preferred a communication based on *information*, followed by an *assertive diagnosis* and thirdly according to *support*. Finally, a discussion is given to the results and guidelines for future studies on the subject proposed.

Keywords: Physician-patient communication, communication preferences, patient-based communication, cancer patients.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
MÉTODO.....	14
Participantes.....	14
Medición.....	15
Procedimiento.....	16
RESULTADOS.....	18
DISCUSIÓN.....	27
REFERENCIAS.....	39
ANEXOS.....	44
Anexo A1. Consentimiento Informado.....	45
Anexo A2. Ficha Sociodemográfica.....	46
Anexo A3. Estadísticos.....	47

INTRODUCCIÓN

“Usted tiene cáncer”. Esta frase casi siempre causa un fuerte impacto en la vida de quienes la escuchan ya que el cáncer como enfermedad trae una serie de fantasías relacionadas a lo catastrófico, lo incurable, lo debilitante, al fuerte deterioro de la calidad de vida y todo lo vinculado a la muerte (Arora, 2003; Chiu et al. 2006). Es así que ante una enfermedad oncológica, las noticias sobre el diagnóstico, el fracaso del tratamiento, la recurrencia de la enfermedad y la amenaza a la vida son, frecuentemente, contenidos negativos para los pacientes (Innes, 2009; Parker et al. 2001). En este escenario, la comunicación es de suma relevancia dado que son los doctores quienes transmiten información médica a los pacientes que puede ser sumamente adversa.

Se entiende por comunicación médico-paciente al intercambio comunicativo que se establece en la relación interpersonal entre el profesional de la salud, el paciente y sus familiares dentro del servicio de salud (Legón, Vega & Brito, 2010). Para Baile et al. (2000) se trata de un proceso complejo en el que el médico informa al paciente y sus familiares sobre su diagnóstico y le transmite información relevante sobre su pronóstico y tratamiento, mientras establece una relación de cuidado con él.

Es importante señalar que la comunicación médico-paciente ha dado un vuelco significativo del paternalismo en salud a la autonomía del paciente (Innes, 2009; Legón et al. 2010; Ngo-Metzger, August, Srinivasan, Liao & Meyskens, 2008; Zarate, 2003). Al respecto, Legón et al. (2010) afirman que el modelo de comunicación paternalista, como paradigma médico tradicional el cual se sustenta en el principio de beneficencia, se basaba en una interacción del tipo sujeto-objeto, en donde el doctor cumplía la función de sujeto activo y el paciente la de receptor pasivo que asume las decisiones que provienen de la experiencia del profesional. Según Zarate (2003) en este modelo comunicativo se exigía al paciente una total obediencia y confianza en el profesional, anteponiendo la decisión médica a sus opiniones y deseos. Al respecto, Rosenbaum, Ferguson y Lobas (2004) señalan que el doctor se centraba en la tarea de curar y solía ser menos empático y sensible ante las emociones y preferencias del paciente.

La superación del paternalismo en la comunicación médica ha sido el resultado de un largo proceso de evolución y de cambios ideológicos que han impactado en el ámbito médico y

en la manera de percibir al paciente dentro del proceso de su enfermedad (Dwamena, Han & Smith, 2008). Hechos trascendentes, como el reconocimiento de los derechos del consumidor y el surgimiento del consentimiento informado, trajeron como consecuencia nuevos cuestionamientos y debate en torno a la autonomía de los pacientes. Es desde entonces que se empieza a pensar en el paciente desde otra perspectiva. Asimismo, se le da un lugar de mayor trascendencia a la ética médica, la cual resalta el reconocimiento de los derechos de los pacientes y la importancia de ser informados sobre su enfermedad (Fong Ha & Longnecker, 2010; Zárate, 2003). Todo ello contribuyó a un cambio en la relación médico-paciente que empieza a ser sustentada en el principio de autonomía, por lo que poco a poco se reemplazó el modelo biomédico de comunicación por la comunicación basada en el paciente (CBP) (Dwamena et al. 2008).

La CBP es un paradigma que brinda autonomía y ofrece a los pacientes la posibilidad de cumplir un papel activo en la etapa de recuperación de su enfermedad (Dwamena et al. 2008; Ngo-Metzger et al. 2008). Fagerlind et al. (2008) afirman que en este paradigma el paciente goza de libertad para expresarse, plantear preguntas, opinar y participar en la decisión del tratamiento propuesto. El médico, por su parte, tiende a plantear preguntas abiertas, a escuchar activamente, a animar a los pacientes a expresar sus preocupaciones, emociones y a ser empático, es decir, ponerse en su lugar y a entender la situación por la que atraviesa el paciente (Travado, Grassi, Gil, Ventura y Martins, 2005).

Los estudios relacionados a la adaptación a la enfermedad en pacientes oncológicos han encontrado que la CBP está vinculada a la conformidad con el tratamiento médico (Sánchez, 2009; Travado et al. 2005), un mayor ajuste a la enfermedad, mejor comprensión de la información médica, una mayor adherencia al tratamiento (Fagerlind et al. 2008; Sánchez et al. 2005; Sánchez et al. 2009; Mingote, Moreno, Rodríguez, Gálvez & Ruiz, 2009; Zachariae et al. 2003) y resultados positivos en el tratamiento médico (Mingote et al. 2009; Ong, Visser, Lammes & De Haes, 2000).

Del mismo modo, la CBP se relaciona a beneficios psicológicos tales como una mayor adaptación psicológica, un incremento de la calidad de vida y una reducción en los niveles de estrés (Fagerlind et al. 2008; Sánchez et al. 2005). Así también, correlaciona positivamente con la regulación de las emociones (Bredart, Bouleuc & Dolbeault, 2005; Platt, & Keating, 2007) y tiene una relación directa con el grado de satisfacción y resultados positivos en el tratamiento

médico (Ishikawa, Takayama, Yamazaki, Seki & Katsumata, 2002; Ong et al. 2000; Tennstedt, 2000).

Por el contrario, en el espacio oncológico, una comunicación médica que no se centre en las necesidades referidas por los pacientes no solo impide la comprensión y la adaptación del paciente a la noticia de su enfermedad, sino que también da lugar a desconfianza en el diagnóstico propuesto por el médico y rechazo de los procedimientos terapéuticos recomendados (Baile, Lenzi, Parker, Buckman & Cohen, 2002). Todo ello puede impactar en el curso del tratamiento, aumentar el uso de tratamientos alternativos y disminuir la satisfacción del paciente con la atención recibida (Dwamena et al. 2008; Navarro, Limonero, Mate & Gómez-Romero, 2010; Sharf, Stelljes & Gordon, 2005). Más aún puede generarle una serie de secuelas psicológicas entre las que destacan: ansiedad, depresión, mala adaptación, afrontamiento deficiente o inadecuado, sufrimiento, desesperanza, enfado, disminución en la calidad de vida y aumento de los niveles de estrés (Alder & Bitzer, 2003; Fallowfield & Jenkins, 2004, Navarro et al.2010).

Por su parte, Dwamena et al. (2008) hallaron que para que la transmisión de noticias médicas desfavorables fuera efectiva, los médicos debían ser competentes en el manejo de la información de tal manera que puedan entender las características individuales de sus pacientes, valorar sus expectativas frente a la atención médica y manejar sus reacciones ante la noticia.

En dicho contexto y dentro del marco de la CBP, se empieza a estudiar el constructo de *preferencias de comunicación médico-paciente*, entendido como los patrones ideales de comunicación que responden a las necesidades individuales de los pacientes oncológicos y que, al ser tomadas en cuenta en el diálogo médico, dentro de una comunicación basada en el paciente, brindan diversos beneficios para la salud y bienestar como los mencionados anteriormente (Brown, Parker, Furber & Thomas, 2011; Parker et al. 2001; Davison et al. 2003).

Fujimori y Uchitomi (2009) agregan que las *preferencias de comunicación médico-paciente* incluyen qué información se brinda y cómo esta es transmitida, tomando en cuenta tres componentes: el contenido del mensaje, el contexto en el que se comunica la noticia y el soporte emocional.

Para Parker et al. (2001) el constructo se define como la elección particular de cada paciente respecto a la información que desea recibir del médico sobre su cuadro oncológico en relación al *contenido* de la información, es decir qué es lo que se le informa al paciente sobre su

enfermedad, el *sopORTE* emocional que el médico le brinda al darle la noticia y el *contexto* en el que se establece la comunicación.

En ese sentido, en Europa y Norte América se han creado distintas pruebas para investigar dicho constructo a profundidad. Una de ellas fue la escala “Information Preferences” creada por Franssen et al. (2009) y aplicada en 175 pacientes holandeses con cáncer de esófago la cual tenía como objetivo conocer las preferencias de los pacientes en relación a la cantidad de información que desean recibir sobre su pronóstico y respecto a la forma cómo los médicos deberían informales sobre su enfermedad.

Los pacientes debían indicar sus preferencias en relación a su pronóstico contestando a 15 preguntas si les gustaría (1) "Que el especialista me lo diga", (2) "Que el especialista compruebe primero si quiero saber", (3) "Que el especialista me informe solo si le pido", (4) "Averiguar por mi cuenta, por ejemplo internet" o (5) "No discutirlo en absoluto". El cuestionario reportó un alfa de Crombach de 0.95, demostrando un buen nivel de confiabilidad. Si bien se trata de un buen referente, pues es una de las primeras pruebas que explora las preferencias de comunicación médico-paciente, muestra ciertas limitaciones. Por un lado, se centra únicamente en las preferencias de comunicación sobre el pronóstico de la enfermedad y no incluye otros aspectos tales como la información que el médico puede brindar respecto a los síntomas, tratamientos, etc. Asimismo, solo fue aplicado a pacientes con cáncer al esófago dejando de lado otros tipos de cuadro oncológico y sólo se limita al contexto holandés.

Por su parte, Navarro et al. (2010) crearon la escala “Necesidades de comunicación e información en el paciente oncológico superviviente” que fue aplicada a 85 pacientes oncológicos atendidos en un hospital de Barcelona. En ella se entiende al paciente superviviente como aquel que logró superar la enfermedad, es decir que se encuentra libre de enfermedad y de recidiva. El cuestionario estuvo compuesto por 15 ítems relacionados a aspectos informativos y emocionales de la comunicación oncológica. Sobre los aspectos informativos, se incluyó acciones “orientadas a curar”, referidas a las necesidades informativas que demanda el paciente con respecto a la comunicación de su enfermedad (ajuste de la información a sus necesidades, fuentes de información y la calidad de la misma) así como a las características profesionales del médico en el diálogo con él (capacidad de escucha, hacer partícipe al paciente del proceso de reconocer sus necesidades). Sobre los aspectos emocionales de la comunicación, se trabajó con acciones “orientadas a cuidar”, es decir a las necesidades emocionales, a los pedidos realizados

por el paciente a su médico relacionados con aspectos psicológicos, afectivos y emotivos vinculados al proceso de su enfermedad.

El cuestionario evalúa la frecuencia con que suceden dichas situaciones en la comunicación, así como la importancia que tienen las mismas para los participantes. Para la evaluación de ambas partes se empleó una escala tipo Likert con 5 alternativas de respuesta para evaluar tanto la frecuencia (nunca, a veces, bastantes veces, casi siempre y siempre) como la importancia (no es importante, es poco importante, regular ni poco ni mucho, es bastante importante y muy importante).

Las ventajas de dicho instrumento radican en que evalúa tanto la frecuencia como la importancia de las situaciones mencionadas en la comunicación médico-paciente y en que cuenta con excelentes niveles de confiabilidad (0.92 y 0.82 respectivamente) (Navarro et al. 2010). Sin embargo, entre sus limitaciones, se trata de un instrumento en versión preliminar que no tiene evidencias de validez ni ha sido utilizado en otros contextos.

Si bien se cuenta con estas escalas, en el año 2001, Parker, Baile, Moor, Lenzi, Kudelka y Cohen crearon la prueba “Measure of patient’s preferences” (MPP) que tiene como objetivo medir las preferencias de los pacientes sobre la comunicación de la enfermedad oncológica (diagnóstico y tratamiento) que el médico les brinda. Este instrumento será objeto de estudio en la presente investigación debido a las ventajas para su aplicación y a las adecuadas propiedades psicométricas con las que cuenta, las cuales serán explicadas más adelante.

En primer lugar, un grupo de investigación conformado por profesionales de distintas especialidades de la salud revisó literatura pertinente sobre la comunicación médico-paciente y creó los ítems de la escala inicial, la cual consistió en 46 enunciados que incluían distintos aspectos del contexto y contenido de la conversación médico-paciente. Posteriormente, se aplicó una prueba piloto en donde los participantes aprobaron el contenido y claridad de las preguntas. Seguidamente, el MPP fue aplicado a 351 pacientes externos de un centro médico especializado en atención oncológica ubicado en la Universidad de Texas (EE.UU) quienes se atendían por diversos cuadros oncológicos: cáncer de mama, ginecológico, urológico y gastrointestinal. Todos los participantes debían tener más de 18 años, comunicarse en inglés fluidamente y haber sido diagnosticados con cáncer por lo menos un mes antes de la aplicación para darles tiempo de adecuarse a la noticia de la enfermedad. Los pacientes proporcionaron información demográfica como edad, nivel de educación, ocupación, origen étnico, estado civil, así como variables

médicas vinculadas al tipo de cáncer que padecían, el estadio de la enfermedad, la fecha inicial del diagnóstico y si se les había informado de una recurrencia en la enfermedad.

Luego de la aplicación, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio a través del método de análisis de componentes principales (ACP) con rotación Varimax y un análisis de consistencia interna de cada factor por medio del alfa de Cronbach. Como resultado del análisis factorial, 14 ítems fueron eliminados por obtener bajas cargas factoriales (menores a 0.50) por lo que quedaron 32 ítems que cumplieron con la condición requerida (Parker et al. 2001).

Como resaltan los creadores de la prueba, los 32 ítems finales se ordenaron en tres factores. En el primer factor, comunicación en relación al *contenido*, se priorizan los aspectos del contenido de la conversación como la información que el médico transmite al paciente sobre el diagnóstico, tratamiento e impacto de la enfermedad en su funcionamiento. Asimismo, incluye el nivel de experiencia e investigación médica con el que cuenta el doctor y la confianza que el paciente sienta en el desempeño profesional de su médico tratante. El segundo factor, *soporte* se relaciona al apoyo emocional que brinda el médico al paciente en la comunicación y el proveerle información sobre recursos y ayuda para comunicar la enfermedad a otros, como familiares y amigos. Por último, el factor *facilitación*, se refiere al momento y lugar en donde la enfermedad es comunicada y la forma cómo el médico da la información del diagnóstico, como el contar con privacidad, tener toda la atención del médico, entre otros aspectos.

Respecto a la puntuación del MPP, cabe señalar que no se obtiene una puntuación de preferencia global ya que cada factor (contenido, soporte y facilitación) tiene un puntaje independiente. Los resultados se interpretan a raíz del puntaje obtenido en cada factor, siendo el mayor el más preferido en la comunicación (Parker et al. 2001).

En relación a las propiedades psicométricas del instrumento, los tres factores explicaron el 50.3% de la varianza total. Asimismo, el análisis de confiabilidad arrojó alfas de 0.92 para *contenido*, 0.90 para *soporte* y 0.80 para *facilitación* lo que indica que las tres subescalas del MPP cuentan con buena consistencia interna (Parker et al. 2001). Respecto a la validez de criterio del instrumento, los autores resaltan que aunque no existen medidas establecidas para evidenciar la validez convergente del MPP, la escala “Monitoring Subscale of the Miller Behavioral Style” (MBSS) (Miller, 1987) fue utilizada para establecer su validez discriminante. El MBSS es un cuestionario diseñado para medir la inclinación de las personas para buscar o evitar información frente a cuatro escenarios hipotéticos, potencialmente estresantes, en los que se les brinda su diagnóstico (frente al dentista, al despido, como rehenes y en un avión). Se les

pide a los participantes que identifiquen las estrategias de afrontamiento más características de su respuesta y se les da ocho opciones de afrontamiento, cuatro opciones representan la búsqueda de información o "monitoreo", mientras que las otras cuatro opciones son de evitación o "embotamiento" (Miller, 1987). Según dicho autor, el MBSS ha sido utilizado en pacientes con cáncer y se ha demostrado su estabilidad estructural sobre el tiempo.

Ya que el instrumento mide los estilos de respuesta individual que están relacionados a la forma cómo los pacientes responden ante la noticia de su diagnóstico, en teoría las respuestas deberían estar relacionadas a las preferencias de los pacientes del MPP respecto a la forma en que es transmitida la información sobre su diagnóstico de cáncer. Se encontró una asociación significativa y positiva entre el MPP y el MBSS respecto a la escala de contenido ($r = 0.18$, $P = .01$) y al soporte ($r = 0.15$, $P = .01$) en la comunicación.

En vista de las adecuadas propiedades psicométricas del MPP en EE.UU, Davison, Parker y Goldenberg (2004) llevaron a cabo la adaptación del cuestionario en Canadá, con 87 pacientes hombres que se atendieron en un hospital general en Vancouver. En dicha adaptación, se replicó la estructura factorial de la prueba original, ya que los ítems se ordenaron en tres factores *contenido*, *soporte* y *facilitación* y se obtuvieron adecuadas propiedades psicométricas. (54.8% de varianza total explicada y alfa de Cronbach entre 0.83 y 0.91 para los tres factores). El factor *contenido* explicó el 34.4% del total de la varianza y obtuvo un 0.91 de alfa de Cronbach; el factor *soporte*, un 14% de varianza explicada y un 0.91 de consistencia interna y el factor *facilitación* un 6.5% de varianza explicada y 0.83 de alfa de Cronbach. De esta manera, se concluyó que el MPP es un instrumento útil y confiable para medir las preferencias de comunicación de pacientes hombres canadienses que padecen cáncer a la próstata y que ellos consideran a la competencia del médico como profesional y el tipo y extensión de información que les provee sobre su tratamiento como contenidos de gran importancia en la comunicación médico-paciente.

Una nueva adaptación del MPP fue llevada a cabo en España por Sánchez et al. (2005) aplicada a 180 pacientes oncológicos tratados en diferentes centros de Cataluña. Se tomaron en cuenta variables sociodemográficas como edad, sexo, nivel educativo y situación laboral, así como variables médicas como tipo de cáncer (mama, hematológico, próstata, otros), tiempo y experiencia del diagnóstico (primer diagnóstico o recidiva), tipo de tratamiento actual, situación evolutiva (estadios iniciales, cáncer avanzado) y régimen hospitalario (ambulatorio, hospitalización). Si bien no se llevó a cabo un análisis factorial, se realizó un análisis de

confiabilidad en donde se encontró que los tres factores: *contenido*, *apoyo* y *contexto* obtuvieron propiedades psicométricas apropiadas (rango de alfa entre 0.77 y 0.91). El primer factor *contenido* ($\alpha = 0.91$); el factor *apoyo* ($\alpha = 0.89$) y el factor *facilitación* ($\alpha = 0.77$). Asimismo, se concluyó que los pacientes españoles pueden distinguir diferentes aspectos de la comunicación médica y que mantienen preferencias sobre el tipo de comunicación que esperan recibir frente a un cuadro oncológico, ya que le dieron mayor importancia a los aspectos relacionados con el contenido de la información y la competencia del médico que a las muestras de apoyo y elementos del contexto en el que se da la información.

El escenario fue distinto en Japón, en donde Fujimori et al. (2007) adaptaron el MPP, llamándolo MPP-J, con 529 pacientes oncológicos ambulatorios del Hospital Nacional Central de Cáncer del Este. Las características de los participantes fueron similares a las de la versión original pues se trató de pacientes ambulatorios de un centro de atención de cáncer con un tiempo de diagnóstico similar. Sin embargo, se diferenció de ciertas características como el origen étnico y el tipo de cáncer que presentaban los participantes.

Según los autores, se encontró que las preferencias de comunicación de los pacientes japoneses difieren de las de los pacientes americanos, canadienses y españoles ya que a través del análisis factorial el MPP-J no reprodujo los tres factores originales sino que se distribuyó en cinco factores los cuales explicaron el 54.5% de la varianza total y arrojaron un alfa de Cronbach mayor a 0.80. El primero es el *soporte emocional*, que responde al apoyo al paciente y ayuda al comunicar la enfermedad a los miembros de la familia, el cual explicó el 14.5% de la varianza total; *información médica*, que mide la preferencia por obtener información médica y la experiencia del médico en la enfermedad (por ejemplo la discusión de las opciones de tratamiento y nuevas terapias), el cual explicó el 11.8% de la varianza total ; *explicación clara*, factor relacionado a la forma cómo el médico comunica la enfermedad al paciente, es decir cómo brinda la explicación del cuadro médico con palabras claras, el cual explicó el 11.5% de la varianza total; *fomento de respuesta de preguntas*, ítems que miden la oportunidad para responder preguntas y brindar un espacio de consulta a los pacientes para responder todas las preguntas de manera completa, el cual explicó un 9.9% de la varianza total y finalmente el factor *contexto*, que evalúa el lugar y el momento en el que se le comunica al paciente su enfermedad, incluye la privacidad y el recibir la total atención del médico, el cual explicó el 6.8% de la varianza total.

En el 2009, Mauri, Vegni, Lozza, Parker y Moja adaptaron el MPP en el contexto italiano, llamándolo MPP-It, con un total de 210 pacientes con cáncer que presentaron las mismas características que los participantes de la prueba original. Se encontraron tres factores que explicaron el 44.31% de la varianza total. Asimismo, la prueba demostró adecuada consistencia interna entre 0.88 y 0.93. El factor *información*, relacionado a la comunicación de la enfermedad y opciones de tratamiento, explicó el 30.94% de la varianza total y obtuvo un alfa de Cronbach de 0.93; *sopORTE*, referido al aspecto relacional y de apoyo emocional médico-paciente, explicó el 7.68% de la varianza total y obtuvo una consistencia interna de 0.89 y *cuidado*; vinculado a la imagen ideal del médico que el paciente tiene, es decir a las expectativas sobre sus actitudes personales, por ejemplo: “Que me haga sentir lo suficientemente cómodo para plantear cualquier pregunta”, explicó el 5.69% de la varianza total y obtuvo un alfa de Cronbach de 0.88. Como señalan los autores, los dos primeros factores fueron similares al estudio original, lo que sugiere que podría existir uniformidad cultural sobre las preferencias comunicativas de los pacientes con cáncer, quienes priorizaron la parte informativa y la claridad del mensaje médico, así como el apoyo emocional entre médicos y pacientes. El tercer factor pertenece únicamente al contexto italiano.

El MPP fue también adaptado en Malasia por Tan, Hayati, Shamsul, Aida y Khairani (2012) en donde se creó una versión basada en el idioma malayo (MPP – BM). Se encontró la existencia de tres factores similares a los de la prueba original los cuales fueron denominados: “*Contenido y facilitación*” ($\alpha = 0.92$), “*sopORTE emocional*” ($\alpha = 0.81$) y “*sopORTE estructural y de información*” ($\alpha = 0.84$). Los dos primeros factores son similares a la prueba original; sin embargo, el tercer factor es propio de la cultura asiática, ya que se encuentra relacionado a la capacidad del médico a invitar al paciente a hacer preguntas, teniendo en cuenta que la mayoría de pacientes en Malasia tiende a mostrar una actitud de reserva (Tan et al. 2012). Así como en los otros estudios en donde se adaptó el MPP, se encontró que los pacientes asiáticos tienen preferencias similares a la población de países occidentales, ya que le dan mayor importancia a la experiencia profesional del médico y aprecian la habilidad del doctor para proveer información adecuada a través de técnicas de comunicación apropiadas.

Además de las evidencias de validez factorial, a partir de las adaptaciones del instrumento y de diversos trabajos de investigación, se ha encontrado que las preferencias de comunicación médico-paciente se encuentran relacionadas a variables socio demográficas como sexo, edad y nivel de instrucción (Brown et al. 2011; Fujimori et al. 2007; Parker et al. 2001,

Sánchez et al. 2005, Sánchez et al. 2009). En ese sentido, se halló que las pacientes mujeres le dan mayor importancia a los factores relacionados al *contenido* de la información, al *soporte* y a la *facilitación*, es decir al contexto de la comunicación médica en comparación a los pacientes hombres. Según Sánchez et al. (2009) las mujeres muestran más necesidades que los hombres por recibir información sobre su diagnóstico y tratamiento y por ser acompañadas emocionalmente durante el diálogo que mantienen con el profesional de la salud.

Respecto a la variable edad y preferencias de comunicación, los estudios demuestran que a menor edad mayor preferencia por el *contenido* del mensaje y el contexto de la comunicación (*facilitación*); es decir mientras más jóvenes sean los pacientes desearán estar más informados sobre los detalles de su diagnóstico y tratamiento, así como conocer la competencia del médico que trata su enfermedad (Brown, 2011; Fujimori, 2007; Sánchez, 2001; Sánchez 2009).

En ese sentido, los estudios concluyen que las mujeres jóvenes tienen mayor preferencia por recibir información detallada sobre su cuadro clínico y tratamiento, le dan mayor importancia al soporte emocional ofrecido por el profesional de salud y por contar con un contexto idóneo en la comunicación médico-paciente (Butow, Maclean, Dunn, Tattersall, Boyer, 1997; Jenkins, Fallowfield, Saul, 2001).

Por el contrario, los resultados son diversos sobre el efecto que tiene el nivel educativo en las preferencias de comunicación. En ese sentido, Parker et al. (2001) encontraron que en EE.UU a mayor nivel educativo mayor preferencia por el contenido del mensaje y el contexto en el que se brinda la información oncológica. En contraste a dicho hallazgo, Fujimori et al. (2007) halló que en Japón a menor nivel educativo mayor preferencia por el contenido y el contexto en el diálogo médico.

Además de ello, es esencial mencionar que las investigaciones sugieren que los factores culturales se relacionan también a las preferencias de comunicación médico-paciente en oncología (Almyroudi et al. 2011; Fujimori et al. 2007, Fujimori & Uchitomi, 2009). Los pacientes provenientes de culturas individualistas como EE.UU, Canadá e Inglaterra reconocen la relevancia del *contenido*, *soporte* y *contexto* en la comunicación médico-paciente; sin embargo, le brindan mayor importancia a los aspectos del *contenido* del mensaje y a la competencia del médico más que al *soporte* o *contexto* en la comunicación. Por el contrario, los pacientes de culturas colectivistas tales como Japón y Grecia tienen mayor expectativa por el *soporte* emocional que el profesional de la salud les pueda brindar en el diálogo médico (Brown et al. 2011; Davison et al. 2003; Parker et al. 2001).

Al respecto, Fujimori & Uchitomi (2009) afirman que las variables culturales además de influir en las preferencias de comunicación tienen incidencia en el rol activo o pasivo que el paciente cumple en la toma de decisiones de su enfermedad. Se encontró que en países colectivistas los pacientes prefieren recibir la información médica en compañía de un familiar y cumplir un rol pasivo en las decisiones de su diagnóstico, dejando que el familiar tome decisiones sobre el curso del tratamiento. En ese sentido, Almyroudi et al. (2011) identificaron que la proporción de mujeres con cáncer de mama en Grecia, país con tendencia colectivista y donde existe un modelo médico paternalista, que quería cumplir un papel pasivo al tomar la decisión de su enfermedad fue más alta comparada con estudios semejantes de otros países. De manera similar, Fujimori y Uchitomi (2009) mencionan que los pacientes asiáticos quisieron que sus familiares estén presentes cuando debían recibir la noticia de su enfermedad más que los pacientes de países occidentales, pues el 81% de pacientes estadounidenses rechazó esta propuesta.

Por el contrario, en países occidentales e individualistas, los pacientes jóvenes, mujeres y con mayor nivel educativo, además de buscar recibir tanto detalle de su enfermedad como sea posible (*contenido*), desean cumplir un rol activo al participar en la decisión de su tratamiento (Brown et al. 2011; Davison et al. 2003; Jenkins, Fallowfield, Saul, 2001; Parker et al. 2001).

Por otro lado, Sánchez et al. (2005) agrega que en ausencia de información sobre las preferencias de los pacientes, los oncólogos deciden qué información necesita el paciente partiendo en base a su criterio personal. En concordancia, Parker et al. (2001) refieren que los estudios recientes señalan que el 51.9% de los oncólogos de hospitales americanos utilizan algunas técnicas para brindar la noticia de la enfermedad de sus pacientes, mas no cuentan con protocolos elaborados de comunicación. Asimismo, la mayoría de recomendaciones sobre cómo comunicar la noticia de la enfermedad son escritas desde la perspectiva de los propios médicos, sin atender a la percepción y preferencias de los pacientes.

A pesar de la importancia de la CBP, se encuentra que en países de Latinoamérica como Chile, Venezuela y Brasil, en muchas instituciones de salud la comunicación médico-paciente continua optando por una actitud paternalista y dejando de lado las preferencias reales de los propios pacientes (Gajardo, 2009; Goncalves et al. 2005; Torres & Guarino 2013). Como señalan Torres & Guarino (2013) esto se debe a un escaso entrenamiento en comunicación médica por parte del personal de salud, así como a la poca conciencia sobre la importancia de la implicación del paciente en todos los procesos de salud en países del tercer mundo.

En el Perú, durante los meses de septiembre y diciembre del 2011, se realizó un estudio con 317 profesionales de salud del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen (categoría III-1), ubicado en la ciudad de Lima, cuyo objetivo fue identificar las situaciones que fueron consideradas difíciles al momento de comunicar el diagnóstico a los pacientes (Bardales, Querevalú & Maquera-Afaray, 2014). Se encontró que la mayoría de los médicos (90%) reconoció que la comunicación de malas noticias es un proceso difícil y la mayoría mencionó no haber recibido algún tipo de capacitación al respecto (72%). Se evidenció que los datos obtenidos son muy similares a lo encontrado en otros estudios (Gajardo, 2009; Goncalves et al. 2005; Torres & Guarino, 2013) donde se considera que la comunicación de malas noticias en la salud es una debilidad en el personal médico que requiere del establecimiento de estrategias de instrucción, en el personal de salud, con el fin de mejorar la capacidad de información, así como fortalecer la relación médico-paciente y la ética profesional.

Las investigaciones halladas demuestran que la comunicación médico-paciente es relevante en el contexto de la salud y ha sido ampliamente estudiada a nivel internacional tanto en países europeos como en EE.UU. Sin embargo, en América Latina y en el Perú, existe poca investigación al respecto a pesar de la alta incidencia del cáncer en los últimos años. Más aun, Gumucio-Dragon (2010) sostiene que en países en vías de desarrollo como el Perú, existe un abismo comunicacional entre los servicios de salud pública y la población.

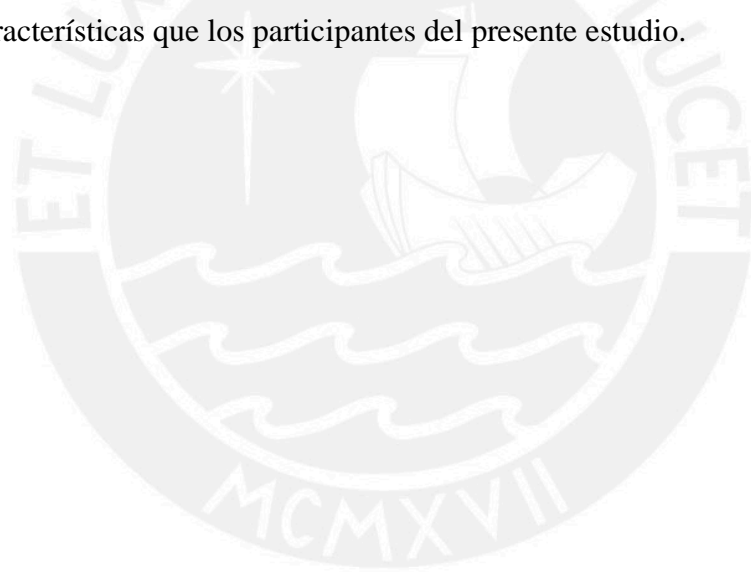
Dada la procedencia extranjera de la mayoría de investigaciones sobre comunicación médico-paciente, resultaría inadecuado generalizar las conclusiones de dichos estudios a nuestras condiciones, de ahí la importancia de explorar las características de esta comunicación en nuestro contexto de acuerdo a los factores culturales, económicos y sociales en nuestro país. Sin embargo, para ello, es fundamental contar con instrumentos que muestren evidencias de validez y confiabilidad y sirvan como base para estudios futuros.

En ese sentido, tal como aseguran Sánchez et al. (2005) el MPP permite obtener información sobre las preferencias de los pacientes respecto a la información sobre su enfermedad oncológica, las necesidades de apoyo y la importancia de elementos del contexto que pueden facilitar la comunicación con el médico. La escala cuenta con diversas ventajas para su aplicación, a diferencia de otros instrumentos utilizados, pues contiene preguntas generales que permiten su aplicación a pacientes con todo tipo de cuadro oncológico y de ambos sexos. Asimismo, presenta adecuadas propiedades psicométricas que dan cuenta de la confiabilidad y validez del instrumento. Más aun, el MPP además de haber sido aplicado en EE.UU, ha sido

adaptado en diversos países como Canadá, Japón, Italia y Malasia obteniéndose propiedades psicométricas adecuadas a diferencia de otros instrumentos como el de Navarro et al. (2010).

Como señalan Sánchez et al. (2005), el poder disponer de instrumentos sencillos de aplicar, que permitan conocer las preferencias de los pacientes oncológicos sobre la comunicación médica, es de gran relevancia pues ello permitirá orientar la formación de los profesionales de la medicina en la medida que facilitará la elaboración de recomendaciones al momento de comunicar el diagnóstico, mejorará la calidad asistencial y la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud.

Por todo lo mencionado anteriormente, la presente investigación tuvo como propósito adaptar la prueba Measure of Patients Preferences (MPP, Parker et al. 2001) en un grupo de pacientes oncológicos peruanos que se atienden en hospitales nacionales ubicados en la ciudad de Lima. Al investigar las propiedades psicométricas de dicho instrumento se podrá evidenciar si cuenta o no con las condiciones necesarias para su utilización en nuestro medio con pacientes con las mismas características que los participantes del presente estudio.



MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo conformada por 190 pacientes con diagnóstico de cáncer de tres hospitales nacionales de Lima Metropolitana, pertenecientes al MINSA y a las Fuerzas Armadas del Perú. Para participar en el presente estudio, los pacientes tuvieron que ser mayores de 18 años, con un diagnóstico de enfermedad oncológica mínimo de un mes y cuyo estado físico y mental les permita responder con autonomía el cuestionario. Las personas que aceptaron participar libremente firmaron un consentimiento informado (Anexo A1) en el cual se les explicaba las condiciones de la investigación y sus derechos como participantes de la misma. Asimismo, completaron una ficha sociodemográfica en donde se recogieron datos demográficos y médicos (Anexo A2).

En cuanto a las características demográficas, la mayoría de los participantes fueron mujeres (65.3%) entre 18 y 90 años ($M=52.73$, $D.E.=16.21$), procedentes de provincia (72.9%). Respecto a su estado civil, el 50.8% es casado, con 2 a 4 hijos (84.6%). En relación al nivel de instrucción, el 35.8% tiene secundaria completa y el 25.7% cuenta con estudios superiores. El 49.7% se dedica a su casa. La mayoría de ellos (73.2%) vive con su familia nuclear y el 77.4% profesa la religión católica.

En cuanto a las variables médicas, la mayoría de los pacientes (83.2%) se atiende de manera ambulatoria, el 25% presentó cáncer de mama, el 9.5% cáncer al útero, el 7.9% de las personas leucemia, el 6.9% cáncer al estómago, diagnosticados mayormente hace 5 años (77.1%). El 41.8% de los participantes no conoce su estadio ni su pronóstico y el 30.4% tiene su enfermedad controlada. El 31.4% de los pacientes recibió o recibe actualmente quimioterapia como tratamiento clínico. En relación a la frecuencia de consulta médica, el 16.6% de los pacientes acude a consulta semanalmente, el 9.9% cada quince días y el 37.7% mensualmente, mientras que el 17.2% visita al médico cada tres meses, el 11.9% cada seis meses y solo el 6% acude anualmente. Asimismo, el 84.6% se atiende con su médico desde el inicio de la enfermedad. Respecto a la satisfacción con la atención brindada, el 57.1% se siente muy satisfecho y el 32.8% satisfecho. Del mismo modo, la mayoría de pacientes (53.7%) se encuentra muy satisfecho con la comunicación con su médico. Cabe señalar que un porcentaje importante de pacientes (más del 50%) asiste a consulta mínimo una vez al mes posiblemente debido a que

en la evolución de su enfermedad han surgido otras complicaciones lo que los llevaría a continuar con un seguimiento médico.

Medición

Las preferencias de comunicación médico-paciente fueron medidas a través del cuestionario Measure of Patients Preferences (MPP, Parker et al, 2001). El objetivo de la prueba fue medir las preferencias de comunicación médico-paciente en el contexto oncológico. Es decir, identificar las preferencias de los pacientes respecto a la información diagnóstica que su médico les brinda y la forma cómo dicha información es otorgada. Dicha prueba consta de 46 ítems divididos en tres áreas: *Contenido*, el cual se relaciona a diversos aspectos del contenido del mensaje como la información sobre la enfermedad, tratamiento e impacto en el funcionamiento, así como que el paciente se sienta seguro sobre la competencia del médico y sus conocimientos sobre su tipo de cáncer (p.e. “Ser informado detalladamente de los resultados de las pruebas médicas”); *soporte*, el cual enfatiza el aspecto de apoyo emocional y soporte en la comunicación, así como el brindar al paciente información sobre los recursos de apoyo en la comunidad (p.e. “Que me haga sentir cómodo para mostrar mis emociones”) y por último *facilitación* el cual se refiere al lugar y a la forma cómo es transmitido el mensaje (p.e. “Ser informado en un lugar privado y tranquilo”). Los ítems se redactaron a modo de declaraciones y el formato de respuesta es de tipo Likert de 5 opciones: (1) No es importante en absoluto, (2) es opcional, el médico puede hacerlo o no, (3) es importante, (4) es muy importante, (5) es esencial, el médico debería hacerlo siempre.

La versión original presenta evidencias de validez y confiabilidad, encontrándose que los tres factores explican el 50.3% de la varianza total. El primer factor *contenido* explica un 33.4% de la varianza total, con una confiabilidad de 0.92, el segundo factor *soporte* explica un 10.7% de la varianza total y cuenta con un 0.90 de alfa de Cronbach y el tercer factor *facilitación* explica un 6.3% de la varianza total y obtuvo un 0.80 de confiabilidad. Asimismo, se comprobó que cuenta con validez discriminante a través del cuestionario “Monitoring Subscale of the Miller Behavioral Style” (MBSS, Miller, 1987) en donde se encontró una asociación significativa y positiva entre el MPP y el MBSS respecto a la escala de contenido ($r = 0.18, P = .01$) y al soporte ($r = 0.15, P = .01$) en la comunicación.

Del mismo modo, el MPP cuenta con adaptaciones en Canadá, España, Japón, Italia y Malasia en las que se reportan adecuadas propiedades psicométricas en términos de confiabilidad

y validez. De todas las adaptaciones realizadas, el único país en donde se obtuvo una distribución factorial similar a la prueba original fue en Canadá, pues en Japón, Italia y Malasia se obtuvieron diferentes estructuras factoriales. Asimismo, cabe mencionar que en España no se realizó un análisis factorial, solo se analizó la consistencia interna del cuestionario en dicha cultura.

En cuanto a la confiabilidad, en Canadá y España, el factor *contenido* obtuvo 0.91 de alfa de Cronbach; el factor *soporte*, entre 0.89 y 0.91 y el factor *facilitación* entre 0.77 y 0.83. Asimismo, en Japón, se hallaron 5 factores los cuales obtuvieron una consistencia interna mayor a 0.80; mientras que en Italia los 3 factores formados alcanzaron un alfa de Cronbach que fluctuó entre 0.88 y 0.93. Finalmente, en Malasia, se halló una adecuada consistencia interna para los 3 factores la cual fluctuó entre 0.81 y 0.92 (Davison et al. 2004; Fujimori et al. 2007; Mauri et al. 2009; Sánchez et al. 2005; Tan et al. 2012).

Respecto a la validez obtenida en las adaptaciones realizadas, en todos los estudios se realizaron análisis factorial bajo el método ACP con rotación ortogonal Varimax, tal como se llevó a cabo en el estudio original, a excepción de Japón. En Canadá, así como en Italia, los 3 factores formados explicaron un 44.31% de varianza total (Davison et al. 2004; Mauri et al. 2009). Por otro lado, en Japón se utilizó el método de máxima verosimilitud con rotación ortogonal Varimax, ya que se obtuvo una estructura factorial distinta a la del estudio original. En dicho estudio se encontraron 5 factores que explicaron un 54.5% de la varianza total (Fujimori et al. 2007).

Procedimiento

Se tomaron en cuenta los 46 ítems originales de la versión americana del MPP (Parker et al. 2001) con la intención de analizar de qué manera funcionaría la totalidad de ítems de la prueba en el contexto peruano. En primer lugar, se llevó a cabo la traducción de los ítems del idioma inglés al español. Para ello, un grupo de jueces, tres psicólogos clínicos con conocimientos del idioma inglés y de términos psicológicos relacionados a la comunicación médico-paciente, corroboraron la adecuación de la traducción realizada y la preservación del sentido que los autores originales de la prueba quisieron dar a los ítems. Después de ello, se realizó una prueba piloto en la que se contó con la colaboración de seis pacientes con diferentes tipos de cáncer que se atendían en la Unidad de Hospitalización de Onco-hematología de un hospital de las Fuerzas Armadas del Perú. Dichos pacientes respondieron favorablemente al

contenido y a la claridad de las preguntas, por lo que la redacción de los ítems y de las instrucciones fue aceptada a partir de la retroalimentación brindada.

En cuanto a la aplicación del MPP, en primer lugar se tramitó la autorización para poder aplicar el estudio en los departamentos de capacitación e investigación de los hospitales de Lima donde se obtuvo la muestra. Después de que dichos departamentos examinaron las principales consideraciones éticas y la relevancia del estudio, se obtuvieron los permisos necesarios. Posteriormente se aplicó el MPP de manera individual. Ya que muchos pacientes presentaban un nivel educativo bajo, fue necesario leer con cada uno las instrucciones de la prueba y permanecer a su lado para aclarar cualquier duda en relación a las preguntas. Se tomó en cuenta la totalidad de la muestra independientemente de su nivel de instrucción. El tiempo aproximado por aplicación fue de 15 minutos.

Finalmente, para el análisis estadístico se transfirieron los datos recogidos al programa estadístico SPSS (versión 22). Se realizó un análisis descriptivo de las características demográficas y médicas de la muestra. Posteriormente, se aplicó un análisis factorial exploratorio a través del método ACP con rotación Varimax, replicando el análisis realizado por los creadores del instrumento y comparando las soluciones obtenidas con 3, 4 y 5 factores. Sin embargo, también se realizó un análisis factorial exploratorio bajo el método de mínimos cuadrados no ponderados con rotación Oblimin, pues se presumía que los factores podrían estar relacionados, lo cual fue confirmado a través del análisis de correlación de las subescalas. Del mismo modo, se llevó a cabo un análisis de consistencia interna, por medio del alfa de Cronbach, para cada factor y finalmente se identificaron los ítems con mayor puntuación a través de una comparación de medianas entre las subescalas de la prueba.

RESULTADOS

A continuación se presentarán los resultados obtenidos a partir de los objetivos establecidos en la investigación.

En primer lugar, se realizó un análisis factorial exploratorio para examinar si los ítems se agrupan en factores de manera similar a la prueba original y con el fin de probar su validez factorial. Se utilizó el método de ACP con rotación ortogonal Varimax tal y como lo hicieron los creadores de la prueba original (Parker et al. 2001). Primero, se comprobó la pertinencia del uso de análisis factorial a través del test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Barlett, los cuales alcanzaron valores adecuados ($KMO=.85$; $\chi^2=4673.404$ $p<0.000$).

Según el método de Cattell y su gráfico de sedimentación, se muestra que el número óptimo de factores estaría entre 3 y 5, ya que el punto de inflexión se encuentra entre el tercer y quinto factor y posteriormente no se observa una diferencia marcada entre los valores pues la pendiente se estabiliza (ver Anexo B. Figura 1).

Posteriormente, se probaron soluciones factoriales con 3, 4 y 5 factores utilizando el método de ACP con rotación ortogonal Varimax replicando el criterio utilizado por los autores de la prueba original (ver anexo A3 Tablas 1, 2 y 3.). Se encontró que las soluciones de 4 y 5 factores no fueron adecuadas, pues en cada una el último factor estuvo conformado sólo por dos ítems lo cual atenta contra los criterios de parsimonia e interpretabilidad. Por ello se tomó en consideración la solución de tres factores. Sin embargo, la solución factorial de tres factores, bajo el método de ACP y rotación Varimax, no fue considerada la más apropiada ya que se encontró que existe una correlación significativa y fuerte entre los factores, según el criterio de Cohen, como se observa en la tabla 4.

Tabla 4
Correlaciones entre las subescalas del MPP

Variable	1	2	3
1. Diagnóstico Asertivo	-		
2. Información	.60	-	
3. Soporte	.66	.52	-

Nota: Todas las correlaciones fueron significativas a nivel $p<0.00$

En ese sentido, se podría afirmar que existe una relación significativa entre las subescalas del instrumento. Al respecto, Tabachnick y Fidell (2001) señalan que cuando los factores presentan correlaciones mayores a 0.32 es recomendable utilizar una rotación oblicua, la cual es

apropiada para variables relacionadas. Por dicho motivo, se decidió realizar un análisis factorial con rotación Oblimin al tener el supuesto de que existe relación entre los factores del MPP. Se probó entonces una solución factorial con 3 factores bajo el método de mínimos cuadrados no ponderados con rotación Oblimin y se encontró que esta última fue la más satisfactoria, interpretable y parsimoniosa.

Mientras que en el estudio original del MPP (Parker et al. 2001) se determinó el 0.5 como carga factorial mínima, en la presente adaptación se definió una carga factorial mínima de 0.4, ya que con este requisito los ítems adoptaron un orden armonioso y la distribución obtenida bajo este criterio brindó un sentido lógico e interpretable al significado de cada factor. Se eliminaron los ítems 2, 36, 40 y 46 por obtener cargas factoriales menores a 0.4 por lo que se obtuvo un total de 42 ítems finales, de los 46 ítems originales, los cuales explicaron el 39.32% de la varianza total como se observa en la tabla 5.

Tabla 5

Autovalores, porcentajes de varianza y porcentajes acumulados de los factores del MPP

Factor	Autovalor	% de la varianza	% acumulado
1	12.27	29.21	29.21
2	2.74	6.53	35.74
3	1.50	3.58	39.32

Se evidenció la existencia de tres factores. El primer factor cuenta con 11 ítems y fue denominado *diagnóstico asertivo*, el cual explica el 29.21% de la varianza total y se relaciona a la habilidad del médico para expresar una postura receptiva y empática en la comunicación, demostrando apertura a absolver las dudas del paciente sobre su diagnóstico y tratamiento e incentivándolo a plantear preguntas con comodidad y confianza, tomando en cuenta sus necesidades. El segundo factor consta de 17 ítems y fue llamado *información*, el cual explica el 6.53% de la varianza total y se relaciona a la información médica relevante sobre la enfermedad que brinda el médico al paciente (información sobre resultados de pruebas médicas, tratamiento, pronóstico) y a la posibilidad de que se cumplan condiciones favorables para que la información se dé de la mejor manera, como que el médico brinde la atención y tiempo suficiente a la comunicación. Finalmente, el tercer factor de 14 ítems fue nombrado *soporte* el cual explica el 3.58% de la varianza total y se refiere al apoyo emocional brindado por el médico al paciente en la comunicación de su enfermedad, incluye la información manifestada a la familia, así como la comunicación sobre el soporte social en la comunidad.

A continuación, se presenta en la tabla 6 el resumen de reactivos, cargas factoriales y comunalidades para una solución Oblimin de los 42 ítems finales ordenados en tres factores en donde solo se mantuvieron las cargas factoriales mayores a 0.4.

Tabla 6

Ítems, cargas factoriales y comunalidades para una solución Oblimin de tres factores del MPP (n = 190)

Ítem	Factor			h ²
	1	2	3	
32. Que el médico me diga cómo contactarlo/a para discutir preguntas adicionales	.74			.56
13. Que el médico me pregunte cuánto deseo saber sobre mis opciones de tratamiento.	.65			.43
31. Que coordine otra cita en un día o dos para discutir los planes de tratamiento.	.65			.43
27. Que se detenga a preguntar si tengo preguntas sobre lo que me está diciendo.	.63	.49		.46
8. Que el médico me dé la noticia lo antes posible.	.59	.44		.41
12. Que el médico me brinde la información usando un lenguaje simple y claro.	.58	.49		.43
38. Que mi médico realmente me escuche.	.57	.64		.52
34. Que el médico me haga sentir cómodo para hacerle cualquier pregunta.	.54	.42	.40	
14. Que el médico me pregunte cuánto deseo saber sobre mi cáncer.	.53			
1. Ser informado en persona y no por teléfono.	.49	.47		
3. Ser informado en un lugar privado y tranquilo	.41			
26. Que se tome el tiempo para responder a todas mis preguntas exhaustivamente.		.70		.52
21. Que el médico me de mucha información sobre mi cáncer.		.69		.49
20. Ser informado sobre mi pronóstico.		.65		.43
22. Que el médico sea sincero sobre la gravedad de mi situación.		.63		.42
23. Que el médico me diga cómo el cáncer puede afectar mi funcionamiento diario.		.63		.43
5. Que mi médico me preste toda su atención.		.63		.43
24. Sentirme seguro sobre las capacidades y habilidades de mi médico.		.58		
17. Que el médico me describa con detalle todas mis opciones de tratamiento.		.58		
28. Que se me dé tiempo suficiente para hacer preguntas sobre mi cáncer y tratamientos.		.58	.47	.45
25. Que mi médico esté al día de las investigaciones sobre mi tipo de cáncer.		.56		
18. Que el médico me permita conocer las diferentes opciones de tratamiento.		.55		
4. Que prevea el tiempo para no ser interrumpido durante la conversación	.41	.55	.40	
16. Que el médico me diga la mejor opción de tratamiento.		.54		
9. Que espere a tener todos los resultados antes de informarme.		.53		
10. Que el médico me de la información directamente y sin rodeos.	.48	.52		
15. Ser informado detalladamente sobre los resultados de las pruebas médicas.		.51		
19. Ser informado de los nuevos tratamientos experimentales.		.40		
39. Que el médico me haga sentir que está bien mostrar mis reacciones emocionales.	.57		.73	.63
45. Que el médico me oriente a cómo hablar con mi familia y amigos sobre mi cáncer.	.46		.70	.53
37. Que me aliente a hablar de mis sentimientos con respecto a esta noticia.	.42		.68	.49
41. Que me haga sentir cómodo para mostrar mis emociones ante la noticia.	.54		.65	.53
43. Que el médico informe a mi familia sobre mi diagnóstico.			.65	.44
44. Que el médico informe a mi familia sobre mi pronóstico.			.65	.44
29. Que el médico me informe sobre la asistencia social disponible.	.41		.57	
7. Que el médico me sujete la mano o el brazo mientras me da la noticia			.57	
42. Que haya otro profesional de la salud presente para ofrecer apoyo			.52	
35. Que me reconforte si me emociono.	.52		.52	.40
6. Que el médico me mire a los ojos durante la entrevista.	.43		.49	
33. Que el médico haga cosas que demuestren su preocupación por mí.		.41	.49	
11. Que me advierta que habrán noticias desfavorables.	.40		.48	
30. Que el médico me informe sobre los recursos disponibles en la comunidad.	.48		.48	

NOTA: 1: Diagnóstico Aserivo, 2: Información, 3: Soporte, h²: Comunalidad

Como se puede observar en la tabla 6, los 11 ítems del primer factor *diagnóstico asertivo* presentan una carga factorial que oscila entre 0.41 a 0.74 y las comunalidades se encuentran entre el rango de 0.25 a 0.56. En el segundo factor *información*, los 17 ítems exponen una carga factorial que va del rango de 0.40 a 0.70 con comunalidades entre 0.20 a 0.52. Finalmente, en el tercer factor *soporte*, los 14 ítems presentan carga factorial de 0.48 a 0.73, así como comunalidades entre 0.28 a 0.63.

Además de tener el supuesto de correlación significativa entre los factores y de ser la rotación Oblimin la más adecuada para tal caso, dicha distribución factorial satisfizo las condiciones de parsimonia e interpretabilidad de los datos, ya que los ítems se ordenaron en 3 factores susceptibles a interpretación, además los reactivos se distribuyeron de manera proporcional entre los factores del instrumento. Asimismo, presentaron cargas factoriales adecuadas y los ítems finales que conforman la distribución factorial lograron darle un sentido lógico y coherente al significado general de cada factor. Por ello se decidió que sería la distribución factorial de 3 factores bajo el método de mínimos cuadrados no ponderados con rotación Oblimin la más apropiada para la presente adaptación del MPP.

Cabe mencionar que, en esta distribución factorial, 5 ítems presentaron cargas factoriales cruzadas como es el caso del ítem 1. “Ser informado en persona y no por teléfono” el cual carga tanto en el factor *diagnóstico asertivo* como en el factor *información*. Dicho ítem formó parte del factor *diagnóstico asertivo*, ya que si bien el hecho de ser informado personalmente alude a una condición favorable para la comunicación, significado relacionado a *información*, también se refiere a la disposición del médico a tener una comunicación presencial con el paciente, como una manera de satisfacer sus necesidades, y no brindarle la información a través de un medio indirecto como una llamada telefónica, todo lo cual hace referencia al factor *diagnóstico asertivo*.

Asimismo, el ítem 10. “Que el médico me de la información directamente y sin rodeos” carga en el factor *diagnóstico asertivo* como en *información* y se decidió que conformaría el factor *información*, pues si bien hace referencia a la forma cómo se puede transmitir el mensaje, lo cual depende de la actitud del médico, se considera que el ítem alude a la importancia de ser informado de manera directa y sin interferencias de por medio, como una forma de que se cumplan condiciones necesarias para la comunicación con el fin de asegurar la comprensión del mensaje, todo lo cual se relaciona con el factor *información*.

Del mismo modo, el ítem 35. “Que el médico me reconforte si me emociono” carga tanto en el factor *diagnóstico asertivo* como en *soporte*. Se decidió que el ítem formaría parte del factor *soporte* ya que dicha variable, más que referirse a una información empática, resalta principalmente el apoyo afectivo en la información por lo que corresponde al significado del factor *soporte*.

Así también, el ítem 30 “Que el médico me informe sobre los recursos disponibles en la comunidad” carga en el factor *diagnóstico asertivo* como en *soporte* y de la misma manera se decidió que formaría parte de *soporte*, ya que hace referencia a la información, transmitida por el médico, acerca del apoyo que la comunidad puede brindarle al paciente como un soporte socioafectivo importante, significado que pertenece a este factor.

Finalmente, el ítem 38. “Que mi médico realmente me escuche” carga tanto en el factor *diagnóstico asertivo* como en *información* y se decidió que formaría parte de *diagnóstico asertivo*, pues alude a la actitud receptiva del médico y al interés por brindarle al paciente la escucha necesaria con el fin de que pueda expresar sus dudas con comodidad y confianza, lo cual se relaciona al factor *diagnóstico asertivo* en su totalidad.

Respecto a la distribución de ítems en cada factor, en la presente adaptación y en la versión original del MPP, cabe mencionar que los factores adoptan ordenes diferentes ya que en la presente investigación el primer factor es *diagnóstico asertivo*; el segundo, *información* y el tercero *soporte*, mientras que la versión original el orden de los factores fue: *Contenido*, *soporte* y *facilitación*. La principal diferencia se dio con el primer factor *diagnóstico asertivo* el cual se refiere a la habilidad del médico para demostrar una postura receptiva y empática en la comunicación, demostrando apertura a absolver las dudas del paciente e incentivándolo a plantear sus preguntas con comodidad y confianza, tomando en cuenta sus necesidades. La mayoría de ítems de dicho factor (32, 13, 31, 27, 8, 12, 34 y 14) fue eliminada en la versión original por obtener cargas factoriales menores a 0.50 (Parker et al. 2001).

Así también, el segundo factor denominado *información* es similar al factor *contenido* de la versión original y la distribución de la mayoría de ítems fue parecida a la versión americana, a excepción del ítem 38 “Que mi médico realmente me escuche” que fue eliminado en dicha versión y de los ítems 5, 4, 9, 10 que pertenecieron al factor *facilitación* en la prueba original.

Tabla 7

Correlación ítem-test corregida y Alfa de Cronbach si se elimina el ítem del total de ítems del MPP por subescalas

	r^2	Alfa si se elimina el ítem
<i>Diagnóstico Asertivo ($\alpha=0.86$)</i>		
32. Que el médico me diga cómo contactarlo/a para discutir preguntas adicionales	.67	.84
27. Que se detenga a preguntar si tengo preguntas sobre lo que me está diciendo.	.64	.84
13. Que el médico me pregunte cuánto deseo saber sobre mis opciones de tratamiento.	.63	.84
38. Que mi médico realmente me escuche.	.61	.85
31. Que coordine otra cita en un día o dos para discutir los planes de tratamiento.	.60	.85
8. Que el médico me dé la noticia lo antes posible.	.56	.85
12. Que el médico me brinde la información usando un lenguaje simple y claro.	.56	.85
14. Que el médico me pregunte cuánto deseo saber sobre mi cáncer.	.53	.85
34. Que el médico me haga sentir cómodo para hacerle cualquier pregunta.	.53	.85
1. Ser informado en persona y no por teléfono	.51	.85
3. Ser informado en un lugar privado y tranquilo	.44	.86
<i>Información ($\alpha=0.89$)</i>		
26. Que se tome el tiempo para responder a todas mis preguntas exhaustivamente.	.66	.88
21. Que el médico me de mucha información sobre mi cáncer.	.64	.88
23. Que el médico me diga cómo el cáncer puede afectar mi funcionamiento diario.	.61	.88
22. Que el médico sea sincero sobre la gravedad de mi situación.	.61	.88
20. Ser informado sobre mi pronóstico.	.60	.88
5. Que mi médico me preste toda su atención.	.58	.88
28. Que se me dé tiempo suficiente para hacer preguntas sobre mi cáncer y tratamientos.	.56	.88
24. Sentirme seguro sobre las capacidades y habilidades de mi médico.	.54	.88
17. Que el médico me describa con detalle todas mis opciones de tratamiento.	.54	.88
25. Que mi médico esté al día de las investigaciones sobre mi tipo de cáncer.	.53	.88
4. Que prevea el tiempo para no ser interrumpido durante la conversación	.53	.88
18. Que el médico me permita conocer las diferentes opciones de tratamiento.	.53	.88
10. Que el médico me de la información directamente y sin rodeos.	.50	.88
9. Que espere a tener todos los resultados antes de informarme.	.49	.88
16. Que el médico me diga la mejor opción de tratamiento.	.48	.88
15. Ser informado detalladamente sobre los resultados de las pruebas médicas.	.46	.88
19. Ser informado de los nuevos tratamientos experimentales.	.39	.89
<i>Soporte ($\alpha=0.89$)</i>		
11. Que me advierta que habrán noticias desfavorables.	.49	.86
39. Que el médico me haga sentir que está bien mostrar mis reacciones emocionales.	.74	.87
41. Que me haga sentir cómodo para mostrar mis emociones ante la noticia.	.69	.88
45. Que el médico me oriente a cómo hablar con mi familia y amigos sobre mi cáncer.	.68	.88
37. Que me aliente a hablar de mis sentimientos con respecto a esta noticia.	.68	.88
29. Que el médico me informe sobre la asistencia social disponible.	.59	.88
35. Que me reconforte si me emociono.	.59	.88
44. Que el médico informe a mi familia sobre mi pronóstico.	.53	.88
43. Que el médico informe a mi familia sobre mi diagnóstico.	.52	.88
30. Que el médico me informe sobre los recursos disponibles en la comunidad.	.52	.88
6. Que el médico me mire a los ojos durante la entrevista.	.51	.88
33. Que el médico haga cosas que demuestren su preocupación por mí.	.51	.88
42. Que haya otro profesional de la salud presente para ofrecer apoyo	.47	.89
7. Que el médico me sujete la mano o el brazo mientras me da la noticia	.53	.89

Finalmente, el factor *soporte* mantuvo la similitud con el factor *soporte* en la versión original y está conformado por la mayoría de ítems de dicha adaptación a excepción del ítem 41 “Que me haga sentir cómodo para mostrar mis emociones”, ítem 7 “Que el médico me sujete la mano o el brazo mientras me da la noticia” y del ítem 11 “Que me advierta que habrán noticias desfavorables” los cuales fueron eliminados en la versión americana y del ítem 6 “Que el médico me mire a los ojos durante la entrevista” que conformó en dicho estudio el factor *facilitación*.

Por otro lado, se realizó un análisis de confiabilidad de cada factor a través del índice de alfa de Cronbach como se observa en la tabla 7. Los tres factores alcanzaron adecuados niveles de consistencia interna (0.86 para *diagnóstico asertivo* y 0.89 para *información y soporte*). Para el factor *diagnóstico asertivo* todos los ítems aportan a la confiabilidad con correlaciones ítem test corregidas entre 0.44 y 0.67 y un alfa de Cronbach si se elimina el ítem entre 0.84 y 0.86. El segundo factor *información* muestra correlaciones ítem-test entre 0.39 a 0.66 y un alfa de Cronbach si se elimina el ítem entre 0.89 y 0.90 y el tercer factor *soporte* presenta correlaciones ítem-test entre 0.47 y 0.74 y un alfa de Cronbach si se elimina el ítem entre 0.86 y 0.89.

Asimismo, se encontraron diferencias entre los tres factores de la prueba en la muestra total a nivel descriptivo como se observa en la tabla 8.

Tabla 8

Estadísticos descriptivos de las subescalas del MPP en la muestra

Subescalas	M	DE	Me
Diagnóstico Asertivo	4.52	0.56	4.73
Información	4.69	0.41	4.89
Soporte	4.17	0.71	4.36

n=193

Se halló que el total de los participantes prefiere en primer lugar una comunicación centrada en la *información* que brinda el médico; en segundo lugar, muestran interés por un *diagnóstico asertivo* y en última prioridad una comunicación centrada en el *soporte* emocional. Estas diferencias fueron puestas a prueba con el test de Wilcoxon, ya que la distribución de las puntuaciones de las subescalas no era normal (Kolmogorov Smirnov, $p < 0.05$). Se encontró que: *Información* puntúa más alto que *diagnóstico asertivo* ($Z=6.15$, $p < 0.000$) y *diagnóstico asertivo* puntúa más alto que *soporte* ($Z=8.29$, $p < 0.000$).

Finalmente, del total de 42 ítems, se identificaron aquellos que fueron puntuados por la muestra como los de mayor y menor preferencia. En la tabla 9, se presenta la lista de todos los

ítems agrupados por factores y ordenados de forma descendente, así como la puntuación media que va desde 3.21 a 4.82 puntos y la desviación estándar comprendida entre 0.51 a 1.48 puntos.

Tabla 9

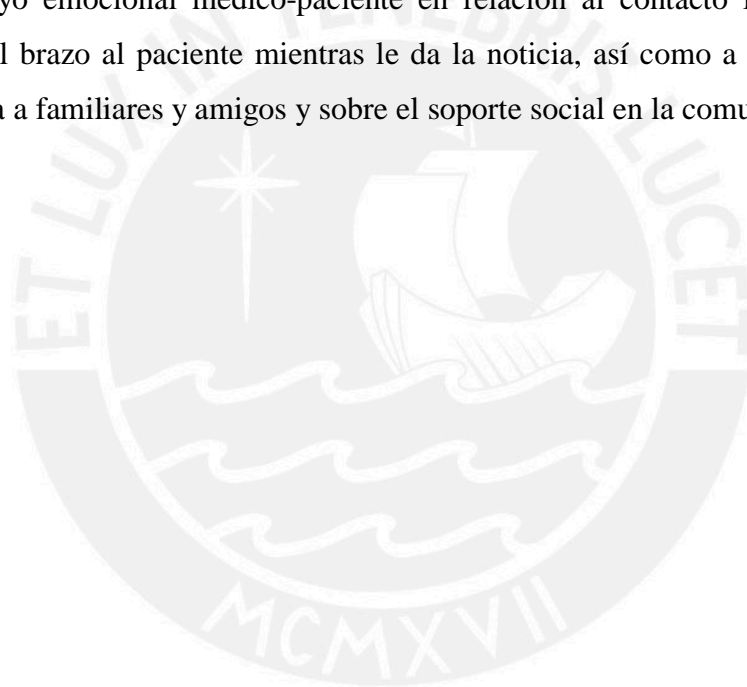
Valores mínimos, máximos, medias y desviación estándar de todos los ítems por subescalas

Ítem	Mínimo	Máximo	M	DE
12. Que me brinde la información usando un lenguaje simple (D.A)	2	5	4.82	.52
38. Que mi médico realmente me escuche (D.A)	2	5	4.76	.57
34. Que me haga sentir cómodo para hacerle cualquier pregunta(D.A)	1	5	4.65	.67
1. Ser informado en persona y no por teléfono (D.A)	1	5	4.63	.86
14. Que me pregunte cuánto deseo saber sobre mi cáncer (D.A)	1	5	4.62	.75
27. Que el médico se detenga a preguntar si tengo preguntas (D.A)	1	5	4.57	.81
13. Que me pregunte cuánto deseo saber sobre mi tratamiento (D.A)	1	5	4.54	.85
8. Que me dé la noticia lo antes posible (D.A)	1	5	4.50	.91
3. Ser informado en un lugar privado y tranquilo (D.A)	1	5	4.46	.91
32. Que me diga cómo contactarlo para discutir preguntas (D.A)	1	5	4.19	1.15
31. Que coordine otra cita en un día o dos para discutir el tratamiento(D)	1	5	4.02	1.22
22. Que sea sincero sobre la gravedad de mi situación (I)	1	5	4.81	.58
25. Que esté al día de las investigaciones sobre mi tipo de cáncer (I)	2	5	4.81	.51
20. Ser informado sobre mi pronóstico (I)	1	5	4.78	.62
9. Que espere a tener todos los resultados antes de informarme (I)	1	5	4.78	.57
16. Que me diga la mejor opción de tratamiento (I)	2	5	4.77	.54
5. Que mi médico me preste toda su atención (I)	1	5	4.74	.65
18. Que me permita conocer diferentes opciones de tratamiento (I)	2	5	4.73	.61
17. Que me describa con detalle mis opciones de tratamiento (I)	1	5	4.72	.65
26. Que se tome el tiempo para responder a todas mis preguntas (I)	2	5	4.71	.69
10. Que me dé la información directamente y sin rodeos (I)	2	5	4.71	.66
24. Sentirme seguro sobre las habilidades de mi médico (I)	1	5	4.68	.67
28. Tiempo para hacer todas las preguntas sobre mi cáncer (I)	1	5	4.68	.74
21. Que el médico me dé mucha información sobre mi cáncer (I)	1	5	4.65	.74
23. Que me diga como el cáncer puede afectar mi funcionamiento (I)	1	5	4.65	.73
15. Ser informado sobre los resultados de las pruebas médicas (I)	2	5	4.63	.72
4. Que prevea el tiempo para no ser interrumpido (I)	1	5	4.51	.85
19. Ser informado de los nuevos tratamientos experimentales (I)	1	5	4.31	1.13
33. Que haga cosas que demuestren su preocupación por mí (S)	1	5	4.43	.89
44. Que informe a mi familia sobre mi pronóstico (S)	1	5	4.37	1.09
41. Que me haga sentir cómodo para mostrar mis emociones (S)	1	5	4.37	.93
6. Que el médico me mire a los ojos durante la entrevista (S)	1	5	4.33	1.02
35. Que me reconforte si me emociono (S)	1	5	4.31	.99
43. Que informe a mi familia sobre mi diagnóstico (S)	1	5	4.30	1.20
29. Que me informe sobre la asistencia social disponible (S)	1	5	4.24	.99
39. Que me haga sentir que está bien mostrar mis emociones (S)	1	5	4.22	1.03
37. Que me aliente a hablar de mis sentimientos (S)	1	5	4.21	1.03
42. Que haya otro profesional de la salud presente para dar apoyo (S)	1	5	4.14	1.14
30. Que me informe sobre los recursos en la comunidad (S)	1	5	4.10	1.09
11. Que me advierta que habrán noticias desfavorables (S)	1	5	4.03	1.23
45. Que me oriente a cómo hablar con mi familia sobre mi cáncer (S)	1	5	3.99	1.26
7. Que me sujete la mano mientras me da la noticia (S)	1	5	3.21	1.48

Si bien todos los ítems son de importancia para los pacientes, ya que obtienen una puntuación mayor a 3 según el criterio de Parker et al. (2001), para el total de la muestra los ítems con mayor puntuación fueron en su mayoría las variables pertenecientes a los factores

información y diagnóstico asertivo, por lo cual los pacientes valoran en primer lugar la total sinceridad al recibir la información sobre su diagnóstico clínico, respecto al pronóstico y a la mejor opción de tratamiento. Asimismo, la actitud del médico en este encuentro cobra importancia para los pacientes, ya que consideran relevante que la información sea transmitida con un lenguaje simple y claro que les facilite la comprensión del mensaje. Del mismo modo, prefieren la disposición del médico a la comunicación, sobre todo que muestre actitud de escucha y que sea capaz de hacer sentir cómodo al paciente para que este pueda plantear sus dudas con libertad.

Finalmente, los ítems que se consideraron importantes para el total de la muestra, pero que obtuvieron menor grado de preferencia, son aquellos pertenecientes al factor *soporte* y vinculados al apoyo emocional médico-paciente en relación al contacto físico, como que el médico le sujete el brazo al paciente mientras le da la noticia, así como a la orientación sobre cómo dar la noticia a familiares y amigos y sobre el soporte social en la comunidad.



DISCUSIÓN

Los resultados estarían dando cuenta que el MPP es un instrumento que cuenta con una adecuada confiabilidad expresada en coeficientes alfa de Cronbach apropiados y evidencias de validez de constructo, lo cual coincide con lo encontrado en las distintas adaptaciones realizadas con población americana, canadiense, japonesa, española, italiana y malaya (Davidson et al. 2004; Fujimori et al. 2007; Mauri et al. 2009; Parker et al. 2001; Sánchez et al. 2005, Tan et al. 2012).

Las subescalas del instrumento cuentan con un buen nivel de confiabilidad, según el índice alfa de Cronbach, lo que evidencia que la prueba presenta una adecuada consistencia interna. Los ítems se encuentran relacionados pero cada uno contribuye con información importante y única al constructo de base. Un factor que contribuye a esto es que la prueba fue construida desde una mirada interdisciplinaria, teniendo como base una importante revisión literaria sobre la interacción médico-paciente en diversos contextos y culturas. Por ello, se hizo un esfuerzo por incluir un rango amplio de características y comportamientos en torno al constructo (Parker et al. 2001). Del mismo modo, la retroalimentación de la prueba piloto, aplicada a pacientes con cuadros oncológicos de diferente etiología y de distintos estadios, fue de gran utilidad para evaluar el contenido y claridad de los ítems.

Respecto a la validez de constructo del MPP, el análisis factorial realizado evidenció la existencia de tres factores. El primer factor fue denominado *diagnóstico asertivo*, el cual se relaciona a la disposición del médico a mantener una actitud receptiva y empática en la comunicación, mostrando apertura a absolver las preguntas del paciente sobre su diagnóstico y tratamiento, así como a incentivarlo a expresar sus dudas con comodidad y confianza, según sus necesidades. El segundo factor fue llamado *información*, el cual se refiere a la información médica relevante sobre la enfermedad que brinda el médico al paciente (información sobre resultados de pruebas médicas, tratamiento, pronóstico) y a la posibilidad de que se cumplan condiciones favorables para que la información se dé de la mejor manera, como que el médico brinde la atención y tiempo suficiente a la comunicación. Finalmente, el tercer factor fue nombrado *soporte* el cual se relaciona al apoyo emocional brindado por el médico al paciente en la comunicación de su enfermedad, incluye la información manifestada a la familia, así como la comunicación sobre el soporte social en la comunidad.

Sin embargo, a diferencia del estudio original, el método de extracción y rotación utilizados en la presente adaptación fueron otros. Se empleó el método de mínimos cuadrados no

ponderados ya que presenta ventajas frente al método de ACP (Forero, Maydeu & Gallardo, 2009). En esencia, el análisis factorial es un modelo de extracción de datos basado en el principio de que las variables tienen error de medida, para lo cual resulta óptimo reproducir tan solo la varianza común. Por el contrario, el ACP reproduce la varianza total sin hacer distinción entre la varianza común y la varianza del error de los ítems (Ximénez & García 2005). Asimismo, resulta útil emplear dicho método cuando no se cumple con el supuesto de normalidad y la muestra es pequeña ($n < 200$).

En relación al cambio de rotación, mientras que en el estudio original se eligió la rotación ortogonal Varimax, en el presente estudio se empleó una rotación Oblimin. Si bien las correlaciones entre las subescalas en la adaptación americana fueron moderadas, en el presente estudio se obtuvieron correlaciones fuertes. En ese sentido, los autores del MPP consideraron que las correlaciones eran significativas pero de magnitud media y que si bien los factores estaban relacionados eran lo suficientemente independientes como para explicarse por separado (Parker et al. 2001).

Al respecto, en la presente adaptación se considera que si bien cada factor del MPP aporta un significado único y especial al constructo subyacente de preferencias de comunicación médico-paciente, los ítems si mantienen aspectos en común lo que explica el nivel de correlación significativo que se encontró en los análisis realizados, como puede observarse en la tabla 6 en donde algunos ítems presentan cargas cruzadas. Dicho hallazgo se relaciona a lo explicado por Costello y Osborne (2005) quienes afirman que en las ciencias sociales, generalmente, se espera algún grado de correlación entre los factores, ya que la conducta humana es rara vez dividida en pequeñas unidades que funcionen de manera independiente. En ese sentido, podría concluirse que los tres factores del MPP se encuentran relacionados y subyacen a un constructo mayor que es el de *preferencias de comunicación médico paciente* pues cada uno brinda componentes necesarios para la conformación del constructo.

Es decir, se podría pensar que el factor *diagnóstico asertivo* mantiene cierta relación significativa con el factor *soporte*, ya que para que el médico muestre disposición a la comunicación, así como una actitud empática al diálogo, muchas veces es necesario brindar un trato cálido y cordial al paciente, lo que puede relacionarse a un vínculo cercano y de confianza que puede ser percibido por el paciente como un soporte. Un ejemplo de ello puede encontrarse en los ítems 35 (“Que el médico me reconforte si me emociono”) e ítem 30 (“Que el médico me

informe sobre los recursos disponibles en la comunidad”) que obtuvieron cargas factoriales tanto en el factor *diagnóstico asertivo* como en el de *soporte*.

Asimismo, se podría considerar que el factor *diagnóstico asertivo* mantiene también cierta relación con el factor *información*, ya que para que el médico pueda brindar información al paciente de una manera adecuada, y que se cumplan las condiciones favorables para que el contenido del mensaje sea transmitido de forma idónea, es necesaria cierta disposición y apertura del médico hacia la comunicación, lo cual haría que este proceso sea más sencillo y viable.

Del mismo modo, puede establecerse cierta relación entre el factor *información* y *soporte* ya que en ambos el médico debe transmitir información al paciente y los familiares. Mientras que en el factor *información* el contenido del mensaje es básicamente relacionado al cuadro clínico (diagnóstico, tratamiento y pronóstico) en el factor *soporte*, además de brindar apoyo emocional, se brinda información sobre el soporte en la comunidad y se informa sobre la enfermedad a la familia.

Es decir, las preferencias de comunicación médico-paciente se entenderían como un constructo multidimensional con tres factores que corresponden a la capacidad de brindar un diagnóstico asertivo por parte del médico, al tipo de información que brinda a los pacientes y familiares sobre el cuadro clínico y al soporte emocional que transmite al paciente en la comunicación. En dicho sentido, se hace necesario que la prueba tenga un puntaje total que de cuenta del constructo global.

Asimismo, otra diferencia entre la presente adaptación y el estudio original del MPP fue que en la adaptación original se trabajó con los 32 ítems que obtuvieron una carga factorial mínima de 0.50, mientras que en el presente estudio se consideraron los 42 ítems con carga factorial mínima de 0.40, ya que dichos ítems en conjunto formaron una solución factorial armoniosa e interpretable y el significado de los mismos le dio un sentido lógico y esperado al contenido de cada factor, lo que no sucedió con el resto de ítems.

En relación a los factores encontrados en el presente estudio y en el estudio original, se encontraron ciertas similitudes y diferencias. La principal diferencia se dio con el primer factor de la presente adaptación denominado *diagnóstico asertivo*, entendido como la disposición del médico a la comunicación y la capacidad de incentivar al paciente a hacer preguntas con confianza y comodidad, ya que esta subescala no fue comprendida por ninguno de los factores

del estudio original, más aún la mayoría de ítems que conformaron ese factor fueron eliminados en la versión americana por obtener cargas factoriales menores a 0.50. Un hallazgo interesante es que el factor *diagnóstico asertivo* se posiciona como el factor principal en este estudio al obtener el mayor porcentaje de varianza explicada (29.21%) a diferencia del estudio original y de las adaptaciones realizadas en donde el factor principal fue *información*. Esto puede explicarse debido a la homogeneidad en las respuestas de los ítems, lo que conlleva a que presenten altas saturaciones, es decir representen componentes importantes dentro del factor. Asimismo, las variables de la subescala se relacionan a la definición operacional del constructo, por lo que dichos ítems, vinculados a la disposición del médico a mantener una actitud receptiva y empática en la comunicación, tendrían una relación directa con el patrón ideal de comunicación médico-paciente de la muestra, que responde al significado del constructo preferencias de comunicación.

Respecto al segundo factor de la presente adaptación denominado *información*, se encontró cierta similitud con el factor *contenido* de la versión original y la distribución de la mayoría de ítems fue similar a la versión americana, a excepción del ítem 38 “Que mi médico realmente me escuche” que fue eliminado en dicha versión, y que en esta versión formó parte de *diagnóstico asertivo* al ser una actitud que demuestra empatía y de los ítems 4, 5, 9, 10 que pertenecieron al factor *facilitación* en la prueba original. La subescala *información*, además de referirse al mensaje del cuadro clínico que el médico transmite al paciente, hace referencia a las condiciones favorables para que esta información se transmita de manera fluida. Por lo tanto, dichos ítems pasaron a formar parte de este factor, ya que el contenido de los mismos se relaciona al cumplimiento de condiciones propicias para que la comunicación se dé de la mejor manera. Por ejemplo: ítem 4 “Que prevea el tiempo para no ser interrumpido durante la conversación” e ítem 10 “Que el médico me de la información directamente y sin rodeos”.

Finalmente, el factor *sopORTE* mantuvo similitud con el factor *sopORTE* en la versión original y está conformado por la mayoría de ítems de dicha adaptación, ya que mantuvieron un contenido similar relacionado al apoyo emocional en la comunicación médico-paciente. Sin embargo, los ítems 41 “Que me haga sentir cómodo para mostrar mis emociones”, ítem 7 “Que el médico me sujete la mano o el brazo mientras me da la noticia” y el ítem 11 “Que me advierta que habrán noticias desfavorables” fueron eliminados en la versión americana. Asimismo, el ítem 6 “Que el médico me mire a los ojos durante la entrevista” conformó el factor *facilitación* en la versión original; mientras que, en el presente estudio, este ítem aportaría un contenido similar a los

demás ítems que forman parte del factor *soporte*. El hecho de que el médico mantenga contacto visual con el paciente alude a una conducta no verbal de cercanía entre ambas personas, la cual es importante para establecer un vínculo entre ellas al momento de entablar una comunicación y forma parte de la calidez, una cualidad necesaria en todo médico para propiciar una relación amable y de confianza con el paciente (CEEM, 2009). Por dicho motivo, la muestra habría entendido dicho ítem como parte del factor *soporte*, mientras que en la versión americana, el contacto visual pudo haber sido comprendido como un criterio que da cuenta de la forma cómo es transmitido el mensaje, significado que pertenece al factor *facilitación* en dicho estudio.

Por otro lado, según Almyroudi (et al. 2011; Fujimori et al. 2007; Surbone, 2008) los factores culturales influyen en la forma en que los pacientes, médicos y las comunidades se ocupan de la comunicación en el ámbito clínico y existen grandes diferencias entre las culturas de todo el mundo con respecto a la información y la toma de decisiones en oncología. En ese sentido, los estudios que han utilizado las diferentes versiones del MPP han demostrado que el factor cultural afecta las preferencias de comunicación de los pacientes con cáncer. Por ello, los ítems de la prueba han adoptado diferentes estructuras factoriales y algunos ítems han obtenido mayor importancia que otros de acuerdo al lugar y a la cultura donde se aplicó el instrumento (Fujimori et al. 2007; Mauri et al. 2009). En relación a ello, se encontró que en contextos occidentales como en EE.UU y Canadá se formaron tres factores principales sobre las preferencias de comunicación médico-paciente: *Contenido*, *soporte* y *facilitación* y que lo más importante para los pacientes era el tipo y la cantidad de información que se les brindaba y la experiencia del médico demostrada en la comunicación (Davison et al. 2004; Parker et al. 2001).

Sin embargo, en otros contextos como Japón, Italia y Malasia no se replicó la versión original de la prueba, lo que sí sucedió en Canadá, posiblemente debido a las diferencias culturales entre dichos países. El análisis factorial en Japón incluyó un nuevo factor “Alentar a hacer preguntas”, asimismo el factor *contenido* fue dividido en dos factores “Información médica” y “Explicación clara”. Este hallazgo pudo deberse a que la relación médico-paciente en Japón ha sido basada en una cultura paternalista y jerárquica que desalienta a los pacientes a hacer preguntas a los médicos. Por dicho motivo, los pacientes japoneses pueden necesitar más tiempo para plantear preguntas y para sentirse lo suficientemente cómodos para hacerlas. En ese sentido, les agradecería que el médico les consulte si tienen preguntas y los incentive a plantearlas, brindándoles seguridad y confianza para hacerlas (Fujimori et al. 2007).

De la misma manera, Tan et al. (2012) señalan que en Malasia se formó el factor “soporte estructural y de información” relacionado a la capacidad del médico a invitar a los pacientes a plantear preguntas. En base a ello, surgió la recomendación a los médicos a fomentar la participación de los pacientes japoneses y malayos invitándoles a hacer preguntas para asegurarse de que se satisfacen sus necesidades de apoyo informativo.

Por otro lado, los ítems obtuvieron diferente importancia en países como Japón y EE.UU, ya que los pacientes japoneses le dieron mayor relevancia a que el médico informe a la familia sobre el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad en comparación a los pacientes estadounidenses. Este resultado comprueba que mientras que en EE.UU los pacientes muestran mayor interés por su autonomía y por estar involucrados en las decisiones de su enfermedad, la cultura japonesa prioriza la decisión de la familia en todo lo que respecta a la salud y la comunicación médico-paciente se ubica en un contexto donde se prioriza el colectivismo.

De manera similar, en Italia, Mauri et al. (2009) argumentan que el tercer factor *cuidado* revelaría la función crucial que debería cumplir el médico para los pacientes italianos como una imagen ideal de cuidado, en la que el médico se pueda involucrar personalmente con la atención del paciente, lo cual reflejaría la presencia de una relación asimétrica entre médicos y pacientes que confirmaría que en el contexto italiano el médico es aún visto como una persona idealizada a diferencia de Norteamérica.

Respecto a las preferencias de comunicación médico-paciente, en el caso del Perú, los resultados de la presente investigación arrojan que la muestra en general considera que los tres factores *diagnóstico asertivo*, *información* y *soporte* son importantes dentro de la comunicación médico-paciente. Sin embargo, la muestra en general prefiere en primer lugar recibir *información* sobre su cuadro clínico, para lo cual desean la total sinceridad del médico al ser diagnosticados y requieren información relevante relacionada a su pronóstico y tratamiento, así como que se den las condiciones necesarias para recibir dicha información. Asimismo, en segundo lugar prefiere el *diagnóstico asertivo* del médico en la comunicación, ya que valoran un trato empático, así como su disposición a la atención y la capacidad de incentivarlos a plantear preguntas con comodidad. En último término, considera importante el *soporte* en la comunicación vinculado al apoyo emocional médico-paciente en relación al contacto físico, como que el médico les sujete el brazo mientras les da la noticia, así como a la orientación sobre cómo dar la noticia a familiares y amigos y sobre el soporte social en la comunidad.

Este resultado apoya lo encontrado en diversas investigaciones sobre preferencias de comunicación médico-paciente en el contexto oncológico (Brown et al. 2011; Chiu et al. 2006; Davidson et al. 2003; Jenkins, Fallowfield & Saul, 2001; Navarro et al. 2010; Sánchez et al. 2005; Parker et al. 2001) respecto a la prioridad que tiene para los pacientes con cáncer el recibir toda la información sobre su enfermedad, lo que incluye detalles sobre su diagnóstico, conocimiento sobre las pruebas médicas, opciones terapéuticas, efectos secundarios y pronóstico, para lo cual es necesario contar con la total sinceridad del médico y la seguridad de que se le está informando con veracidad todo lo referente a su cuadro clínico.

Asimismo, resulta interesante la preferencia por el factor *diagnóstico asertivo* el cual no fue contemplado en el estudio original ni en las distintas adaptaciones realizadas. En primer lugar, es necesario resaltar que en la presente adaptación más del 65% de la muestra son mujeres procedentes de provincia con un nivel educativo bajo, por lo que se trata de un grupo significativo de pacientes. Además, se trata de pacientes con un nivel socioeconómico bajo. Desde el punto de vista de Maes, Leventhal y Johnston (1992) el género constituye un factor mediador en la enfermedad por lo que, en este contexto, las mujeres suelen buscar una mayor expresión emocional y orientarse hacia los otros. Del mismo modo, según Páramo (2011) el nivel socioeconómico bajo está directamente relacionado a un menor acceso a servicios de salud, por ello es muy probable que los pacientes con dichas características nunca hayan asistido a una posta u hospital para hacerse un chequeo y que la experiencia de su diagnóstico de cáncer sea totalmente nueva y por ello más traumática aún. En ese sentido, se podría afirmar que las pacientes mujeres y procedentes de provincia necesitarían de un *diagnóstico asertivo* por parte del médico, en la medida que esperarían que el profesional de salud adopte una actitud receptiva y empática en la comunicación que mantienen, sea capaz de incentivarlas a plantear sus dudas y a absolverlas con comodidad, todo lo cual podría aliviar en parte el estrés de la etapa del diagnóstico de la enfermedad.

Cabe mencionar que si bien el factor *soporte* fue el de menor preferencia resulta también importante para la muestra total. Al respecto, Surbone (2008) señala que los pacientes que proceden de provincia y que cuentan con bajos niveles educativos suelen adoptar una actitud pasiva y paternalista frente a la salud y en general tienden a esperar que un otro “les dé todo”. En este caso, podrían estar esperando que el médico, quién suele ser visto como una figura idealizada, no solo los cure, sino también los proteja, los cuide, les dé soporte (Mendoza, 2003; Vargas, Campos & Casillas, 2010).

Mientras que el perfil del paciente peruano, que procede de provincia específicamente, tiende a ser de sumisión frente a la figura idealizada del médico (Mendoza, 2003; Surbone, 2008), el paciente americano suele caracterizarse por la autonomía e iniciativa en la toma de decisiones de su enfermedad, lo cual se transmite en la comunicación que establece con el personal de salud (Brown et al. 2011; Davison et al. 2003; Jenkins, Fallowfield, Saul, 2001; Parker et al. 2001; Vargas, Campos & Casillas, 2010). Esto podría explicar por qué el factor *diagnóstico asertivo* cobra un papel importante en el presente estudio y por el contrario su contenido es eliminado casi en su totalidad en la versión original.

Por otro lado, cabe mencionar que se midió la satisfacción con la atención y comunicación médica en la muestra del presente estudio a fin de identificar si este indicador correlacionaba con las preferencias de comunicación médico-paciente. Los resultados demostraron que no existe una correlación significativa entre ambos. Sin embargo, se evidenció una aparente “satisfacción” por parte de la muestra con la atención y comunicación médica aunque estos resultados no fueron verbalizados durante la aplicación del MPP. Muchos pacientes manifestaron su queja por la frialdad e ineficiencia de la comunicación recibida (son informados de manera dura y poco empatía, no les dan tiempo para expresar sus dudas, no les explican con claridad los aspectos de su enfermedad, etc.). Posiblemente, lo que pudo influir en que se obtengan niveles de satisfacción altos, a pesar de su real insatisfacción con estos servicios, pudo ser que la mayoría de pacientes fue atendida por diferentes médicos, lo cual dificultó que se pueda evaluar una sola atención y comunicación médica. Por ello, se pidió a los pacientes que valoren la atención recibida hasta el momento de manera general. Sin embargo, lo que se observó fue que muchos pacientes evaluaban la atención del médico que más recordaban y precisamente recordaban al médico que mejor atención les brindó.

La poca calidad en la comunicación médica podría deberse a la gran cantidad de pacientes que son atendidos en muchos hospitales públicos de Lima, lo que conlleva a que el personal médico tenga que afrontar altas cargas de trabajo y se encuentre atravesando lo que se conoce como estrés laboral o agotamiento profesional. En muchos hospitales nacionales del Perú existe una fuerte demanda de atención por día. Además de ello, los médicos deben luchar contra diversas situaciones como contar con poco tiempo en las entrevistas médicas, lidiar con el cansancio por pocas horas de sueño cuando cumplen guardias médicas, entre otras situaciones. Algunos estudios como el de Higginson (2009) confirman que dichos factores son suficientes

para que la capacidad empática en los médicos disminuya, facilite la aparición de síntomas de estrés laboral y todo ello afecte la comunicación entre médicos y pacientes.

En ese sentido, es comprensible que muchos pacientes hayan reportado de manera verbal que recibieron un mal trato y que por ello se encuentren insatisfechos con la atención y comunicación recibida por parte del personal médico. Resulta esencial señalar que si lo que se busca es mejorar la calidad de la comunicación médico-paciente en el Perú, con el fin de que los pacientes peruanos gocen de una recuperación satisfactoria, se debe atender también a los diversos factores que influyen en esta dinámica, como el agotamiento profesional del personal de salud y la empatía en la comunicación.

Según Mingote et al. (2009) en la práctica hay una carencia de instrumentos de medida fiables y específicamente centrados en el paciente que evalúen este constructo. En ese sentido la adaptación realizada ha permitido lograr un acercamiento al tema de la comunicación médico-paciente dentro del contexto latinoamericano, específicamente en el Perú, teniendo en cuenta que dicho tema no ha sido estudio anteriormente a profundidad en la región. Asimismo, la adaptación del MPP resulta oportuna, en la medida en que se trata de un instrumento fiable y validado internacionalmente que permite la comparación entre distintas culturas y posibilita la investigación internacional en torno al tema. Se considera que el MPP puede ser utilizado como herramienta de estudio multicultural para investigar la influencia de la cultura en la comunicación médico-paciente. Del mismo modo, a partir de cada uno de sus ítems y de la relevancia dada por la muestra a cada uno de los factores, este instrumento podría ser utilizado como medida de análisis cualitativo en la práctica diaria, poniendo de manifiesto su posible uso en programas de formación en comunicación dirigida al personal médico.

Si bien no fue el objetivo de la presente investigación analizar las preferencias de comunicación de acuerdo a las variables socio demográficas, estos resultados podrían proponer que se establezcan ciertas generalizaciones en relación a las preferencias de los pacientes peruanos con características socio demográficas similares a los de la muestra, lo cual permitiría generar protocolos de comunicación al momento de brindar el diagnóstico oncológico a los pacientes.

Cabe mencionar que el presente estudio cuenta con ciertas limitaciones relacionadas al instrumento original y a la presente adaptación. Respecto a las limitaciones del instrumento, en primer lugar, pudo ser visible que el sentido de la consigna genera cierta confusión en los pacientes sobre si evaluar la forma ideal de comunicación, es decir la manera cómo les hubiera

gustado que su médico les comunique su enfermedad por primera vez, o la manera cómo realmente fueron informados.

En segundo lugar, el MPP puede ser aplicado a pacientes que se encuentran en diferentes etapas de la enfermedad y el tiempo en el que han sido diagnosticados varía considerablemente entre unos y otros. En ese sentido, mientras que algunos pacientes fueron diagnosticados hace dos meses, otros recibieron su diagnóstico de cáncer hace más de 5 años. En esa línea, no es lo mismo medir las preferencias de comunicación para un paciente que recibió su diagnóstico hace dos meses, como para otro paciente que fue diagnosticado hace más de 5 años. Como señalan Brown et al. (2011) es posible que las percepciones y emociones puedan haber variado en el tiempo y por ello las preferencias también se modifiquen.

En tercer lugar, el instrumento no cuenta con baremos que permitan contar con puntajes establecidos que faciliten la interpretación de los resultados. Asimismo, en el estudio original existe poca explicación acerca de la forma de calificación de los puntajes finales.

Respecto a las limitaciones de la presente adaptación, si bien la ficha de datos cuenta con información variada sobre los pacientes, como nivel educativo y lugar de nacimiento, no se profundizó en esta información como el saber si los pacientes de provincia se mudaron a Lima a raíz del diagnóstico de su enfermedad o no o si cuentan con su familia nuclear o familiares en Lima. Por ello, la falta de dicha información podría dificultar la interpretación de la preferencia por el soporte emocional, según el lugar de nacimiento, e indagar el motivo de este resultado, es decir si se debe a la carencia de ese soporte en Lima o no. Del mismo modo, el bajo nivel académico de la muestra de este estudio dificultó la comprensión de algunos ítems por lo que fue necesario que un colaborador explique detenidamente el significado de algunos enunciados. Asimismo, como se mencionó anteriormente, la forma cómo fue planteada la consigna acerca de la satisfacción con la atención y comunicación recibida pudo haber sesgado los resultados encontrados ya que los pacientes no evaluaron la atención médica en general, sino recordaron al médico que mejor atención les ofreció.

En ese sentido, para futuras investigaciones se recomienda dar mayor claridad a la consigna para que no genere confusión entre la forma cómo a los pacientes les gustaría que les informen sobre su enfermedad y la forma cómo realmente fueron informados. Del mismo modo, si se busca explorar la satisfacción con la atención médica y, en caso la muestra haya sido atendida por distintos doctores, se propone que la consigna pida que se evalúe al último médico que los atendió con el fin de evitar que sólo sea evaluado el médico que mejor atención les ofreció.

Del mismo modo, en relación a que la prueba puede ser aplicada a pacientes diagnosticados hace varios años y que esto podría originar que las preferencias también se modifiquen, podría ser conveniente centrarse en un solo momento de la enfermedad, ya sea en la etapa del diagnóstico, tratamiento, recaída, remisión o trabajar con pacientes supervivientes. Si lo que se desea es trabajar con pacientes que se encuentren atravesando la enfermedad, sería conveniente definir el tiempo en que estos pacientes han sido diagnosticados, como una manera de unificar las condiciones médicas que atraviesa la muestra de estudio, en relación a la etapa de la enfermedad y al tiempo del diagnóstico, y que sea menos probable que estas variables modifiquen el constructo subyacente de preferencias de comunicación.

Asimismo, es necesario desarrollar una ficha de datos que profundice un poco más en las variables sociodemográficas y médicas de los pacientes con el fin de que esa información sea utilizada en la interpretación de los resultados que se encuentren.

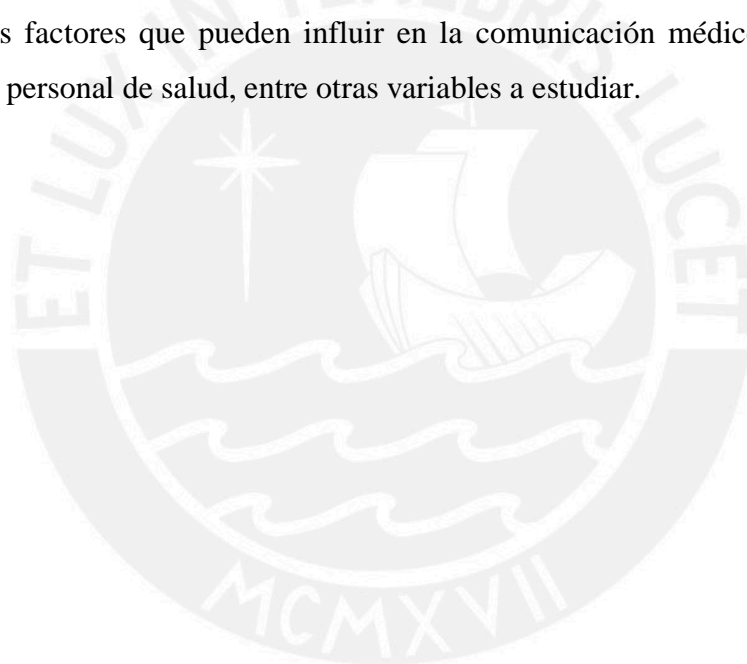
Así también, se recomienda realizar más adaptaciones de la escala MPP en otras zonas del Perú y de Latinoamérica para verificar si el instrumento cuenta con propiedades psicométricas en otros contextos latinoamericanos y si se replica la estructura factorial en el presente estudio. De esta manera, se pueden facilitar mayores oportunidades de investigación del constructo en la población latina. Cabe resaltar que el presente estudio ha sido limitado a una muestra determinada por ello no puede ser generalizado a la totalidad de la población peruana, únicamente a los pacientes peruanos que muestran características similares a los de la muestra. Asimismo, conforme se obtengan mayores adaptaciones del MPP en distintos contextos será posible establecer baremos para facilitar la interpretación de los resultados.

Como señalan Navarro et al. (2010) las prioridades en comunicación de una persona son dinámicas y por ello pueden modificarse en el curso o evolución de una enfermedad. En ese sentido, para futuras investigaciones, sería interesante evaluar las preferencias de comunicación a lo largo del proceso de la enfermedad para conocer la estabilidad de este constructo, así como investigar la percepción que tienen los médicos sobre sus pacientes y cómo ésta influye en la comunicación que se establece entre ambos al ser la comunicación una interrelación entre ambos participantes.

A pesar de los avances en técnicas de comunicación médica es evidente que en diversos lugares aún existe insatisfacción según la experiencia de los pacientes sobre cómo fueron informados sobre su diagnóstico de cáncer y por ello todavía hay mucho por mejorar en lo que

respecta a este tema (Brown et al. 2011). En ese sentido, el aporte de esta investigación es brindar a los médicos oncólogos herramientas para determinar el tipo y la cantidad apropiada de información que debe ser brindada a sus pacientes, basada en protocolos de información al momento de comunicar un diagnóstico oncológico, de acuerdo a las preferencias de comunicación de los pacientes respecto a su enfermedad. Además de ello, la utilidad de la presente adaptación está orientada también para fines de investigación del constructo en el contexto peruano, en donde no hay precedente de investigación al respecto, por lo que el presente estudio es un primer acercamiento al tema.

El conocer esta información es un paso para planificar técnicas y estrategias de comunicación en los médicos con el fin de satisfacer las necesidades comunicativas de los pacientes. Sin embargo, para poder aplicar intervenciones exitosas también se necesita tomar en cuenta los diversos factores que pueden influir en la comunicación médico-paciente, como el estrés laboral en el personal de salud, entre otras variables a estudiar.



REFERENCIAS

- Adler N. & Page, A. (Eds.) (2008). *Cancer care for the whole patient: Meeting psychosocial health needs*. National Academies Press: Washington.
- Alder, J. & Bitzer, J. (2003). Retrospective evaluation of the treatment for breast cancer: How does the patient's personal experience of the treatment affect later adjustment to the illness? *Arch Womens Ment Health*, 6(2), 7-91.
- Almyroudi, A., Degner, L., Paika, V., Pavlidis, N & Hyphantis, T. (2011). Decision-making preferences and information needs among Greek breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 20(8), 871-879.
- Arora, N. (2003). Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Social Science & Medicine*, 57, 791-806.
- Arora, N., Finney, L., Gustafson, D., Moser, R. & Hawkins, R. (2007). Perceived helpfulness and impact of social support provided by family, friends and health care providers to women newly diagnosed with breast cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 474-486.
- Arranz, P., Carrillo de Albornoz & Cancio, H. (2000). Counselling: Habilidades de información y comunicación con el paciente oncológico. En *Manual de psico-Oncología*, Madrid: Nova Sidonia Oncología.
- Arraras, J., Wright, S., Greimel, E., Holzner, B., Kuljanic-Vlasic, K., Velikova, G., Eisemann, M. & Visser, A. (2004). Development of a questionnaire to evaluate the information needs of cancer patients: The EORTC questionnaire. *Patient Education and Counseling*, 54(2), 235-241.
- Baile, W., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. & Kudelka, A. (2000). SPIKES-a six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *Oncologist*, 5(4), 302-311.
- Baile W., Lenzi, R., Parker, P., Buckman, R. & Cohen, L. (2002). Oncologists' attitudes toward and practices in giving bad news: an exploratory study. *J Clin Oncol*; 20, 2189-2196.
- Bardales, F., Querevalú, D. & Maquera-Afaray, J. (2014). Comunicación de malas noticias: experiencia en un hospital del Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 31(3), 601-10.
- Barnett, M. (2006). Does it hurt to know the worst? Psychological morbidity, information preferences and understanding of prognosis in patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, 15(1), 44-55.
- Blanchard, C., Labrecque, M., Ruckdeschel, J. & Blanchard, E. (1988). Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. *Soc Sci Med*, 27, 1139-1145.
- Bor, R., Miller, R., Goldman, E. & Scher., I. (1993). The meaning of bad news in HIV disease. *Couns Psych Q*, 6, 69-80.
- Bredart, A., Bouleuc, C. & Dolbeault, S. (2005). Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol*, 17(14), 351-354.
- Brown, V., Parker, P., Furber, L. & Thomas, A. (2011). Patient preferences for the delivery of bad news-the experience of a UK Cancer Centre. *European Journal of Cancer Care*, 20, 56-61.
- Butow, P., Maclean, M., Dunn, S., Tattersall, M. & Boyer, M. (1997). The dynamics of change: Cancer patient's preferences for information, involvement and support. *Ann Oncol*, 8, 857-863.
- Castillo, M. (2004). Comunicación: Medicina del pasado, del presente y del futuro. *Rev Clin Esp*, 204:181-4.

- Chiu, L., Lee, W., Gao, F., Parker, P., Ng G. & Toh, C. (2006). Cancer patient's preferences for communication of unfavourable news: An Asian perspective. *Support Care Cancer*, 14(8), 818-824.
- Costello, A. & Osborne, J. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical assessment, research & evaluation*, 10(7), 1-9.
- Davison, B., Parker, P. & Goldenberg, S. (2004). Patients' preferences for communicating a prostate cancer diagnosis and participating in medical decision-making. *International*, 93, 47-51.
- De Haes, H. (2009). Psychological factors and preferences for communicating prognosis in esophageal cancer patients. *Psycho-Oncology*, 18, 1199-1207.
- Diette, G. & Rand, C. (2007). The contributing role of health-care communication to health disparities for minority patients with asthma. *Chest*; 132((5 Suppl)): 802S-809S.
- Dwamena, F., Han, C. & Smith, R. (2008). Breaking Bad news: A Patient-Centered approach to delivering an unexpected cancer diagnosis. *Semin Med Pract*, 11, 1-10.
- Egbert, L., Battit, G., Welch, C. & Bartlett, M. (1964). Reduction of postoperative pain by encouragement and instructions of patients. A study of doctor-patient rapport. *N Eng J Med*, 270, 825-827.
- Fallowfield, L. & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet*; 363, 309-312.
- Fagerlind, Lindblad, Bergström, Nilsson, Naucle'r, Glimelius & Ring (2008). Patient-physician communication during oncology consultations. *Psycho-Oncology*, 17(10), 975-985.
- Fielding & Hung (1996). Preferences for information and involvement in decisions during cancer care among a Hong Kong Chinese Population. *Psycho-Oncology*, 5, 321-329.
- Fong Ha, J. & Longnecker, N. (2010). Doctor-Patient Communication: A Review. *The Ochsner Journal*, 10 (1), 38-43.
- Forero, C., Maydeu, A., & Gallardo Pujol, D. (2009). Factor analysis with ordinal indicators: A Monte Carlo study comparing DWLS and ULS estimation. *Structural Equation Modeling*, 16, 625-641.
- Franssen, S., Lagarde, S., Van Werven, J., Smets, E., Tran, K., Plukker, J., Van Lanschot, J., Fried, T., Bradley, E. & O'Leary, J. (2003). Prognosis Communication in Serious Illness: Perceptions of Older Patients, Caregivers, and Clinicians. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51, 1398-1403.
- Fujimori, M., Parker, P., Akechi, T., Sakano, Y., Baile, W. & Uchitomi, Y. (2007). Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news. *Psycho-Oncology*, 16, 617-625.
- Fujimori, M. & Uchitomi, Y. (2009). Preferences of Cancer Patients Regarding Communication of Bad News: A Systematic Literature Review. *Jpn J Clin Oncol*; 39(4), 201-216.
- Gajardo, A. (2009). La comunicación de la verdad en la relación médico-paciente terminal. *Acta Bioethica*, 15(2), 212-215.
- Gonçalves, F., Marques, A., Rocha, S., Leitaño, P., Mesquita, T. & Moutinho, S. (2005). Breaking bad news: experiences and preferences of advanced cancer patients at a Portuguese oncology centre. *Palliative Medicine*, 19, 526-531.
- Greenfield, S., Kaplan, S., Ware, J., Yano E. & Frank, H. (1988). Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Intern Med*, 3, 448-457.

- González, Lacasta & Ordoñez (2008). *El síndrome de agotamiento profesional en oncología*. Madrid, España: Médica Panamericana.
- Gumucio-Dragon, A. (2010). Cuando el doctor no sabe. Comentarios críticos sobre promoción de la salud, comunicación y participación. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. 16(31), 67-93.
- Hagerty, R., Butow, P., Ellis P. & Dimitry, S. (2005). Tattersall MH. Communicating prognosis in cancer care: A systematic review of the literature. *Ann Oncol*, 16(7), 53-1005.
- Haskard, K. & DiMatteo, M. (2009). Communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Med Care*, 47(8): 826-834.
- Herrera, N., Gutierrez-Malaver, M, Ballesteros-Cabrera, M., Izzedin-Bouquet, R., Gómez-Sotelo, A. & Sánchez-Martínez, L. (2010). Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Salud Pública*. 12(3), 343-355.
- Higginson, J. D. (2009). Perspective: Limiting resident work hours is a moral concern. *Academic Medicine*, 84, 310–314.
- Innes, S. & Payne, S. (2009). Advanced cancer patients' prognostic information preferences: A review. *Palliative Medicine*, 23(1), 29-39.
- Ishikawa, H., Takayama, T., Yamazaki, Y., Seki, Y. & Katsumata, N. (2002). Physician-patient communication and patient satisfaction in Japanese cancer consultations. *Social Science & Medicine*, 55(2), 301–311.
- Jenkins, V., Fallowfield, L. & Saul, J. (2001). Information needs of patients with cancer: Results from a large study in UK cancer centres. *British Journal of Cancer*, 84(1), 48-51.
- Kaplowitz, S., Campo, S. & Chiu, W. (2002). Cancer Patients' Desires for Communication of Prognosis Information. *Health Communication* 14,(2), 221-241.
- Ledford, C., Villagran, M., Kreps, G., Zhao, X., McHorney, C. Weathers, M. & Keefe, B. (2010). Practicing medicine: Patient perceptions of physician communication and the process of prescription. *Patient Education and Counseling*, 80(3), 384-392.
- Legón, M.; Vega, N. & Brito, L. (2010). El paradigma médico social y la competencia comunicativa del profesional de ciencias Médicas. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 9(3), 433-440.
- Lifshitz, A. (2012). La comunicación en la relación médico-paciente. *Medicina Interna de México*, 28, 2.
- Maes, S., Leventhal, H. & Johnston, M. (1992). *International Review of Health Psychology*. International Review of Health Psychology, vol. 1, 433-440.
- Maguire, P. & Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*, 325(7366), 697–700.
- Maslach, C. & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*, 2, 99-111.
- Maslach, C. & Pines, A. (1977). The burn-out syndrome in the day care setting. *Child Care Quarterly*, 6(2), 100-113.
- Mauri, E., Vegni, E., Lozza, E., Parker, P., Moja, E. (2009). An exploratory study on the Italian patient's preferences regarding how they would like to be told about their cancer. *Supportive Care in Cancer*, 17(12), 1523-1528.
- Mendoza, Z. (2003). La relación del personal de salud/paciente: El problema de la asimetría. En: *Servicios de salud con calidad intercultural en pueblos americanos* (1-12). México: Yolpahlitli.

- Miller, S., Brody, D., Summerton, J. (1988). Styles of coping with threat: Implications for health. *J Pers Soc Psychol*, 54, 142-148.
- Mingote, J., Moreno, B., Rodríguez, R., Gálvez, M. y Ruiz, P. (2009). Validación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Relaciones Médico-Paciente (CREM-P). *Actas Esp Psiquiatr*; 37(2), 94-100.
- Moore, M. (2008). What does patient-centred communication mean in Nepal? *Medical Education*, 42(1), 18-26.
- Navarro, E., Limonero, J., Mate, J. & Gómez – Romero, M. J. (2010). Necesidades de comunicación e información en el paciente oncológico superviviente. *Psico-Oncología*, 7(1), 127-141.
- Nieto, J., Abad, M., Esteban, A. & Tejerina, M. (2004). *Psicología para las ciencias de la salud: Estudio del comportamiento humano ante la enfermedad*. Madrid: McGraw-Hill.
- Ngo-Metzger, Q., August, K., Srinivasan, M., Liao, S. & Meyskens, F. (2008). End-of-Life Care: Guidelines for Patient-Centered Communication. *Am Fam Physician*. Jan 15; 77 (2), 167-174. <http://www.aafp.org/afp/2008/0115/p167.html>
- Ong, L; Visser, M; Lammes, F. & De Haes, J. (2000). Doctor–patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 41(2), 145-156.
- Orth J., Stiles W., Scherwitz, L., Hennrikus, D. & Vallbona, C. (1987). Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychol*, 6, 29-42.
- Páramo, M. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia psicológica*, 29(1), 85-95.
- Parker, P., Baile, W., Moor, C., Lenzi, R., Kudelka, A. & Cohen, L. (2001). Breaking Bad News About Cancer: Patients' Preferences for Communication, *J Clin Oncol*; 19, 2049-2056.
- Passalacqua, S. & Segrin, C. (2012). The effect of resident physician stress, burnout, and empathy on patient-centered communication during the long-call shift. *Health communication*, 27(5), 449 -456.
- Platt, F. & Keating, K. (2007). Differences in physician and patient perceptions of uncomplicated UTI symptom severity: Understanding the communication gap. *Int J Clin Prac*, 61(2), 303–308.
- Rodríguez, M. (2008). *Relación Médico Paciente*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
- Rosenbaum, M., Ferguson, K. & Lobas, J. (2004). Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: A review of strategies. *Acad Med*, 79,107–117.
- Ruiz-Moral, R., Gavilán-Moral, E., Pérula De Torres, A. & Jaramillo-Martín, L. (2008). ¿Cuáles son las expectativas de los pacientes cuando acuden a una consulta de atención primaria y qué piensan los médicos sobre ellas? *Revista de Calidad Asistencial*, 23(2), 45-51.
- Sánchez, N., Sirgo, A., León, C., Hollenstein, M., Lacorte-Pi, T., López, C. & Salamero, M. (2005). Preferencias de comunicación y apoyo de pacientes oncológicos españoles. Adaptación del “Measure of patient’s preferences”. *Psico-Oncología*, 2(1), 81-90.
- Sánchez, N., Sirgo, A., León, C., Hollenstein, M., Lacorte-Pi, T., López, C. & Salamero, M. (2009). Are the patient preferences for communication related with personality variables? A multicentric study in a Spanish cancer sample. *Psico-Oncología*, 6(1), 43-52.

- Sharf, B., Stelljes, L. & Gordon, H. 2005. A Little bitty spot and I'm a big man: Patient's perspective on refusing diagnosis or treatment for lung cancer. *Psycho-oncology*, 14(8), 636-646.
- Slevin, R., Hodorowski, J., Williams, L., Kornfeld, J., Davis, N., Monroe, M. & Bright, M. (2010). Patient-Centered Communication in Cancer Care: The Role of the NCI's Cancer Information Service. *J Canc Educ*.
- Song, L., Hamilton, J. & Moore, A. (2011). Patient-Healthcare provider communication: Perspectives of African American cancer patients. *American Psychological Association*.
- Surbone, A. (2008). Cultural aspects of communication in cancer care. *Support Care Cancer*, 16, 235-240.
- Tabachnick, B. & Fidell, L. (2001). *Using multivariate statistics* (5ta.ed.). Nueva York: Harper & Row.
- Tan, Hayati, Shamsul, Aida & Khairani (2012). Preferences of Malaysian cancer patients in communication of bad news. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13, 1-4.
- Tang, S. & Lee, S. (2004). Cancer diagnosis and prognosis in Taiwan: Patient preferences versus experiences. *Psycho-Oncology*, 13, 1-13.
- Tennstedt, S. (2000). Empowering older patients to communicate more effectively in the medical encounter. *Clin Geriatr Med*, 16, 61-70.
- Travado, L., Grassi, L., Gil, F., Ventura, C. & Martins, C. (2005). Physician-patient communication among southern European cancer physicians. The influence of psychosocial orientation and burnout. *Psycho-Oncology*, 14(8), 661-670.
- Torres, B. & Guarino, L. (2013). Diferencias individuales y burnout en médicos oncólogos venezolanos. *Universitas Psychologica*, 12(1), 95-104.
- Vargas, L., Campos, R. & Casillas, L. (2010). La atención a los pacientes en los servicios de salud para poblaciones indígenas. *Bol Mex His Fil Med*, 13(1), 21-26.
- Ximénez, M. & García, A. (2005). Comparación de los métodos de estimación de máxima verosimilitud y mínimos cuadrados no ponderados en el análisis factorial confirmatorio mediante simulación. *Psicothema*, 17(3), 528-535.
- Yamamoto, J., Feijoo, A., & Lazarte, A. (2008). Subjective wellbeing: An alternative approach. En Copestake, J. (Ed.), *Wellbeing and development in Perú: Local and universal views confronted* (pp. 61-101). Nueva York : Palgrave Macmillan.
- Yilmaz, S. & Vural, G. (2012). Determination of effects of perceived social support level on the chemotherapy symptoms for the women with gynaecologic cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 16, S38-S38.
- Zachariae, Pedersen, Jensen, Ehrnrooth, Rossen & Von der Maase (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer*, 88, 658-665.
- Zárate, E. (2003). Los derechos de los pacientes y el consentimiento informado en Perú. *SITUA-Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana-UNSAAC*, 12(23), 4-10.



ANEXOS

ANEXO A1. Consentimiento Informado

Ud. está siendo invitado(a) a participar en una investigación sobre Preferencias en la comunicación médico paciente. Este estudio es realizado por la estudiante de psicología Margorie Paredes y forma parte de una investigación que busca obtener una aproximación psicológica a temas de salud.

Si usted decide aceptar, se le solicitará contestar una pequeña encuesta sobre datos sociodemográficos y una prueba psicológica relacionada con el tema arriba mencionado. Su ayuda nos permitirá conocer más acerca de la variable mencionada. En ese sentido, su participación es muy valiosa ya que contribuye a generar conocimiento que puede ser útil en el desarrollo de futuras estrategias psicológicas.

Los derechos con los que cuenta incluyen:

- **Anonimato:** Todos los datos que usted ofrezca son absolutamente anónimos. Por lo tanto, no habrá manera de identificar individualmente a los participantes de la investigación.
- **Integridad:** Ninguna de las pruebas que le sean aplicadas le traerán algún tipo de daño o perjuicio.
- **Participación voluntaria:** Tiene el derecho a abstenerse de participar o incluso de retirarse de esta evaluación cuando lo considere conveniente. Para cualquier información adicional y/o dificultad puede contactarse al correo margorie.paredesm@pucp.pe.

ANEXO A3.

ESTADÍSTICOS

Figura 1: Gráfico de sedimentación (Catell)

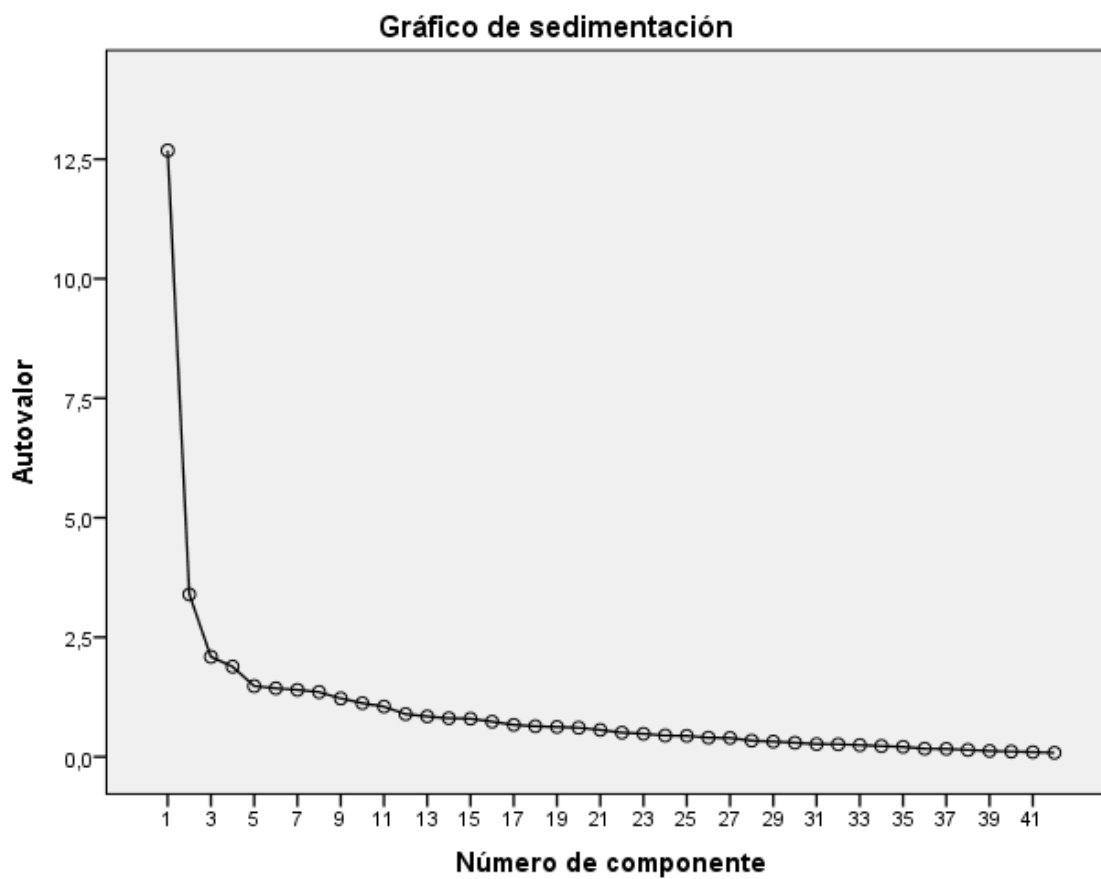


Tabla 1

Resumen de reactivos, cargas factoriales y comunalidades para una solución Varimax de tres factores del MPP (n = 190)

Ítem	Componente Factorial			h ²
	1	2	3	
26. Que se tome el tiempo para responder a todas mis preguntas exhaustivamente.	.69			.55
20. Ser informado sobre mi pronóstico.	.65			.47
21. Que el médico me de mucha información sobre mi cáncer.	.64			.52
23. Que el médico me diga cómo el cáncer puede afectar mi funcionamiento diario.	.62			.47
15. Ser informado detalladamente sobre los resultados de las pruebas médicas.	.60			
17. Que el médico me describa con detalle todas mis opciones de tratamiento.	.60			.40
18. Que el médico me permita conocer las diferentes opciones de tratamiento.	.60			
22. Que el médico sea sincero sobre la gravedad de mi situación.	.58			.45
16. Que el médico me diga la mejor opción de tratamiento.	.57			
5. Que mi médico me preste toda su atención	.56			.45
25. Que mi médico esté al día de las investigaciones sobre mi tipo de cáncer.	.56			
24. Sentirme seguro sobre las capacidades y habilidades de mi médico.	.56			
28. Que se me dé tiempo suficiente para hacer preguntas sobre mi cáncer y tratamientos	.55	.42		.48
38. Que mi médico realmente me escuche.	.52		.48	.54
9. Que espere a tener todos los resultados antes de informarme	.51			
4. Que prevea el tiempo para no ser interrumpido durante la conversación	.47			
19. Ser informado de los nuevos tratamientos experimentales.	.44			
10. Que el médico me de la información directamente y sin rodeos.	.44		.43	
37. Que me aliente a hablar de mis sentimientos con respecto a esta noticia.		.69		.55
39. Que el médico me haga sentir que está bien mostrar mis reacciones emocionales.		.68	.40	.65
43. Que el médico informe a mi familia sobre mi diagnóstico.		.66		.44
45. Que el médico me oriente a cómo hablar con mi familia y amigos sobre mi cáncer.		.65		.55
44. Que el médico informe a mi familia sobre mi pronóstico.		.64		.44
41. Que me haga sentir cómodo para mostrar mis emociones ante la noticia.		.62		.56
7. Que el médico me sujete la mano o el brazo mientras me da la noticia		.61		.43
42. Que haya otro profesional de la salud presente para ofrecer apoyo		.57		
29. Que el médico me informe sobre la asistencia social disponible.		.56		.41
35. Que me reconforte si me emociono.		.52		.44
33. Que el médico haga cosas que demuestren su preocupación por mí.		.48		
11. Que me advierta que habrán noticias desfavorables.		.45		
6. Que el médico me mire a los ojos durante la entrevista.		.45		
36. Que me diga que no pasa nada si me altero.		.44		
30. Que el médico me informe sobre los recursos disponibles en la comunidad.		.43		
32. Que el médico me diga cómo contactarlo/a para discutir preguntas adicionales			.71	.58
13. Que el médico me pregunte cuánto deseo saber sobre mis opciones de tratamiento.			.68	.51
31. Que coordine otra cita en un día o dos para discutir los planes de tratamiento.			.65	.48
27. Que se detenga a preguntar si tengo preguntas sobre lo que me está diciendo.			.62	.53
12. Que el médico me brinde la información usando un lenguaje simple y claro.			.61	.51
14. Que el médico me pregunte cuánto deseo saber sobre mi cáncer.			.57	
8. Que el médico me dé la noticia lo antes posible.			.56	.46
34. Que el médico me haga sentir cómodo para hacerle cualquier pregunta.			.48	
1. Ser informado en persona y no por teléfono.			.44	

Tabla 2

Resumen de reactivos, cargas factoriales y comunalidades para una solución Varimax de cuatro factores del MPP (n = 190)

Ítem	Componente Factorial				h ²
	1	2	3	4	
20. Ser informado sobre mi pronóstico.	.68				.47
26. Que se tome el tiempo para responder a todas mis preguntas exhaustivamente.	.65				.56
15. Ser informado detalladamente sobre los resultados de las pruebas médicas.	.64				
21. Que el médico me de mucha información sobre mi cáncer.	.64				.52
23. Que el médico me diga cómo el cáncer puede afectar mi funcionamiento diario.	.61				.47
16. Que el médico me diga la mejor opción de tratamiento.	.60				
18. Que el médico me permita conocer las diferentes opciones de tratamiento.	.59				
17. Que el médico me describa con detalle todas mis opciones de tratamiento.	.58				.40
24. Sentirme seguro sobre las capacidades y habilidades de mi médico.	.56				
22. Que el médico sea sincero sobre la gravedad de mi situación.	.54				.45
25. Que mi médico esté al día de las investigaciones sobre mi tipo de cáncer.	.49				
5. Que mi médico me preste toda su atención	.49				.45
28. Que se me dé tiempo para hacer preguntas sobre mi cáncer y tratamientos	.49			.47	.48
19. Ser informado de los nuevos tratamientos experimentales	.47				
9. Que espere a tener todos los resultados antes de informarme	.41	.40			
27. Que se detenga a preguntar si tengo preguntas sobre lo que me está diciendo.	.66				.53
13. Que me pregunte cuánto deseo saber sobre mis opciones de tratamiento.	.66				.51
12. Que el médico me brinde la información usando un lenguaje simple y claro.	.65				.51
32. Que el médico me diga cómo contactarlo/a para discutir preguntas adicionales	.62	.44			.58
14. Que el médico me pregunte cuánto deseo saber sobre mi cáncer.	.59				
31. Que coordine otra cita en un día o dos para discutir los planes de tratamiento.	.58	.40			.48
8. Que el médico me dé la noticia lo antes posible.	.56				.46
38. Que mi médico realmente me escuche.	.48	.51			.54
34. Que el médico me haga sentir cómodo para hacerle cualquier pregunta.	.50				
1. Ser informado en persona y no por teléfono.	.50				
10. Que el médico me de la información directamente y sin rodeos.	.50				
4. Que prevea el tiempo para no ser interrumpido durante la conversación	.45				
3. Ser informado en un lugar privado y tranquilo	.44				
2. Ser informado por un médico que me conozca bien.	.44				
37. Que me aliente a hablar de mis sentimientos con respecto a esta noticia.			.76		.55
35. Que me reconforte si me emociono.			.75		.44
39. Que me haga sentir que está bien mostrar mis reacciones emocionales.			.73		.65
41. Que me haga sentir cómodo para mostrar mis emociones ante la noticia.			.68		.56
45. Que me oriente a cómo hablar con mi familia y amigos sobre mi cáncer.			.61		.55
7. Que el médico me sujete la mano o el brazo mientras me da la noticia			.57		.43
33. Que el médico haga cosas que demuestren su preocupación por mí.			.57		
29. Que el médico me informe sobre la asistencia social disponible.			.56		.41
30. Que el médico me informe sobre los recursos disponibles en la comunidad.			.51		
36. Que me diga que no pasa nada si me altero.			.47		
42. Que haya otro profesional de la salud presente para ofrecer apoyo			.43	.41	
43. Que el médico informe a mi familia sobre mi diagnóstico.				.77	.44
44. Que el médico informe a mi familia sobre mi pronóstico.				.76	.44

Tabla 3

Resumen de reactivos, cargas factoriales y comunalidades para una solución Varimax de cinco factores del MPP (n = 190)

Ítem	Componente Factorial					h ²
	1	2	3	4	5	
20. Ser informado sobre mi pronóstico.	.73					.62
26. Que se tome el tiempo para responder a todas mis preguntas	.67					.58
21. Que el médico me de mucha información sobre mi cáncer.	.61					.56
16. Que el médico me diga la mejor opción de tratamiento.	.65					.50
23. Que me diga cómo el cáncer puede afectar mi funcionamiento	.62					.50
15. Ser informado sobre los resultados de las pruebas médicas.	.60					.42
24. Sentirme seguro sobre las capacidades de mi médico.	.56					.44
17. Que me describa con detalle mis opciones de tratamiento.	.54					.41
18. Que me permita conocer diferentes opciones de tratamiento.	.52					
22. Que el médico sea sincero sobre la gravedad de mi situación.	.51					.45
28. Que se me dé tiempo para hacer preguntas sobre mi cáncer	.46				.41	.50
38. Que mi médico realmente me escuche.	.46		.41			.54
5. Que mi médico me preste toda su atención	.46					.46
19. Ser informado de los nuevos tratamientos experimentales	.45					
35. Que me reconforte si me emociono.		.75				.70
37. Que me aliente a hablar de mis sentimientos sobre la noticia.		.73				.63
39. Que me haga sentir que está bien mostrar mis emociones		.72				.69
41. Que me haga sentir cómodo para mostrar mis emociones		.67				.60
33. Que haga cosas que demuestren su preocupación por mí.		.61				.50
29. Que me informe sobre la asistencia social disponible.		.56				.46
45. Que me oriente a cómo hablar con mi familia sobre mi cáncer.		.53				.57
36. Que me diga que no pasa nada si me altero.		.51				
7. Que me sujete la mano o el brazo mientras me da la noticia		.50				.48
30. Que me informe sobre recursos disponibles en la comunidad.		.47				
42. Que haya otro profesional de la salud para ofrecer apoyo		.43				
13. Que me pregunte cuánto deseo saber sobre mi tratamiento.			.73			.59
14. Que me pregunte cuánto deseo saber sobre mi cáncer.			.66			.53
31. Que coordine otra cita en un día o dos para discutir			.65			.54
32. Que me diga cómo contactarlo/a para discutir preguntas			.60			.61
27. Que se detenga a preguntar si tengo preguntas			.57			.55
8. Que el médico me dé la noticia lo antes posible.			.52			.46
12. Que me brinde la información usando un lenguaje simple			.51	.43		.52
46. Que me dé un resumen por escrito para llevar a casa			.45			
11. Que me advierta que habrá noticias desfavorables			.43			
10. Que el médico me de la información directamente y sin rodeos.				.70		
4. Que prevea el tiempo para no ser interrumpido				.69		.61
25. Que esté al día de las investigaciones sobre mi tipo de cáncer.				.60		.50
3. Ser informado en un lugar privado y tranquilo				.55		.42
1. Ser informado en persona y no por teléfono.				.54		.44
9. Que espere a tener todos los resultados antes de informarme				.51		.46
34. Que me haga sentir cómodo para hacerle cualquier pregunta.				.44		.43
43. Que el médico informe a mi familia sobre mi diagnóstico.					.83	.75
44. Que el médico informe a mi familia sobre mi pronóstico.					.81	.73

