



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













































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 (<math>\alpha=0.86</math>)</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 (<math>\alpha=0.89</math>)</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 (<math>\alpha=0.89</math>)</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

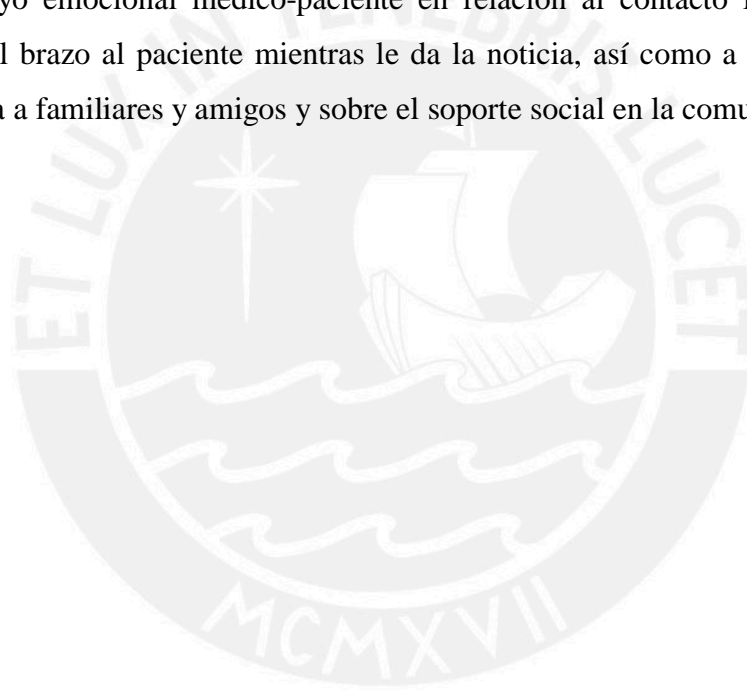
Valores mínimos, máximos, medias y desviación estándar de todos los ítems por subescalas

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.

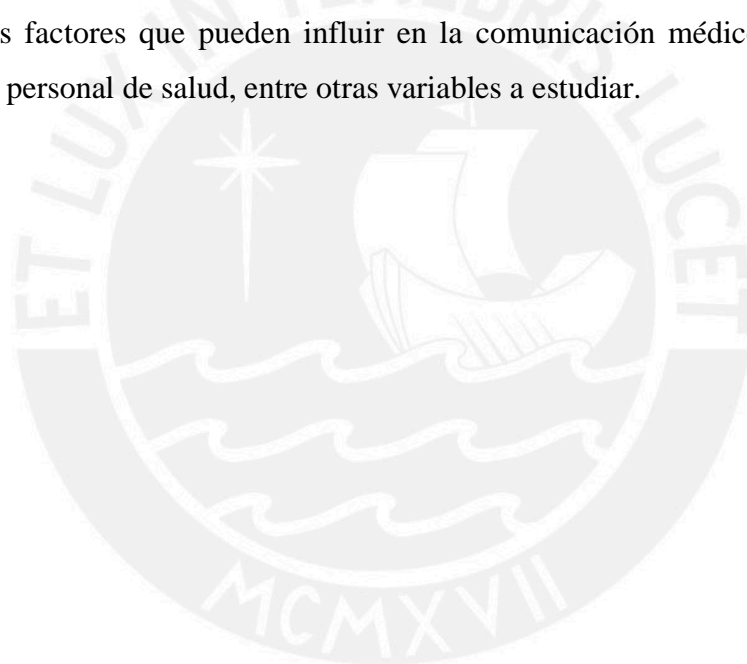
Así también, se recomienda realizar más adaptaciones de la escala MPP en otras zonas del Perú y de Latinoamérica para verificar si el instrumento cuenta con propiedades psicométricas en otros contextos latinoamericanos y si se replica la estructura factorial en el presente estudio. De esta manera, se 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., Gloger, 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 lunch cáncer. *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, cáncer-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](mailto:margorie.paredesm@pucp.pe).



**ANEXO A3.**  
**ESTADÍSTICOS**

Figura 1: Gráfico de sedimentación (Catell)

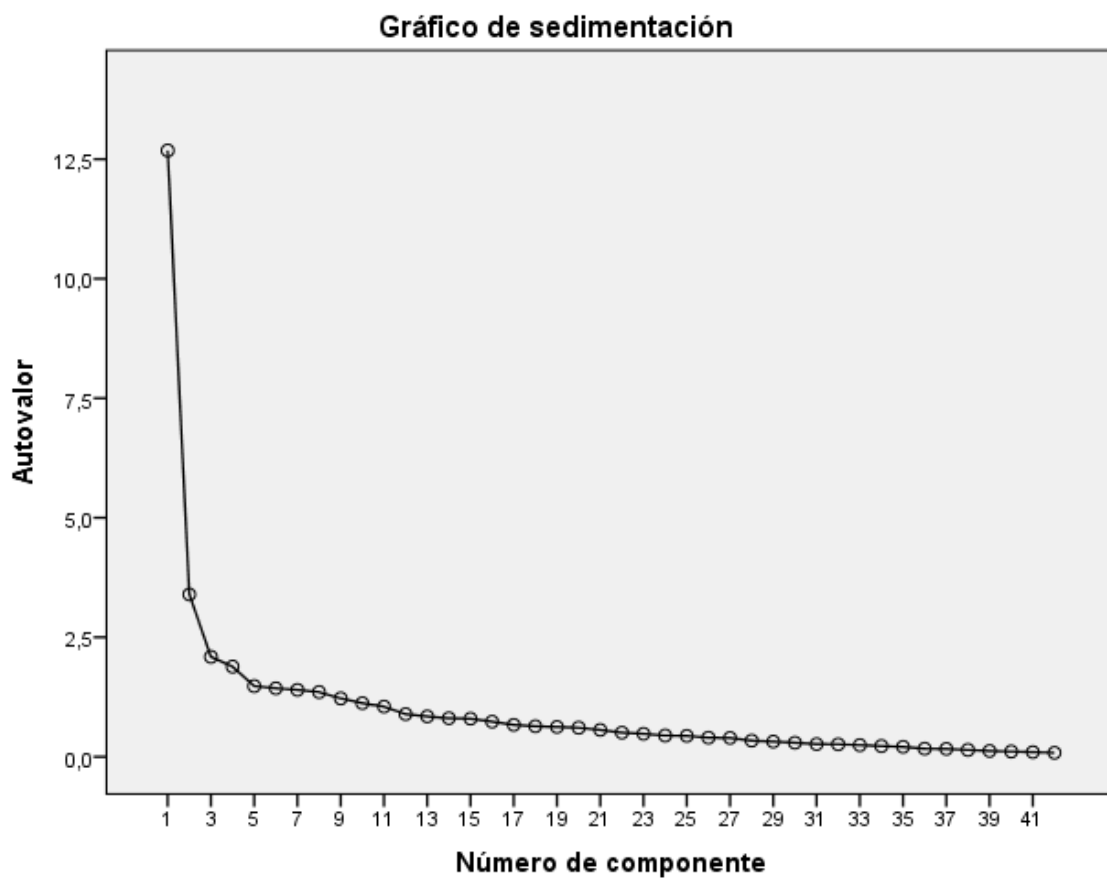


Tabla 1

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

Ítem	Componente Factorial			h <sup>2</sup>
	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 <sup>2</sup>
	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 <sup>2</sup>
	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

