

Desarrollo y validación inicial del Cuestionario de Comunicación Efectiva en Oncología

*Development and initial validation
of the Effective Communication in Oncology Questionnaire*

Dehisy Marisol Juárez-García¹, Hebert Moncada²,
Sonia María Flores-Moreno³, Arnoldo Téllez-López¹
y Diego Guajardo-Nieto⁴

Universidad Autónoma de Nuevo León¹
Secretaría de Salud^{3,4}

Autor para correspondencia: Dehisy Marisol Juárez García, dehisy.juarezgrc@uanl.edu.mx.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue desarrollar y validar un cuestionario de comunicación efectiva en oncología. Para el diseño del instrumento se utilizó el protocolo de seis pasos para la comunicación de malas noticias (SPIKE, por sus siglas en inglés) y las recomendaciones para la comunicación de la Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO, por sus siglas en inglés). Los ítems obtenidos se valoraron en cuanto a su relevancia, coherencia y claridad por un grupo de seis expertos en el área. Se llevó a cabo el pilotaje en 25 residentes de medicina interna, y la aplicación final se efectuó en 87 médicos y residentes de oncología. Los resultados muestran que el cuestionario de comunicación efectiva alcanzó un coeficiente alfa de Cronbach de .97 en la escala total. En el análisis factorial exploratorio se obtuvieron 30 ítems divididos en tres factores: Habilidades básicas de comunicación ($\alpha = .91$), Discusión de objetivos de la atención y pronóstico ($\alpha = .84$) y Empatía ($\alpha = .78$), que explican en conjunto 44.4% de la varianza y muestran una consistencia interna adecuada. Se concluye que el cuestionario de comunicación efectiva en oncología muestra propiedades psicométricas adecuadas para su uso en la investigación. Se recomienda proseguir la recolección de evidencias de la validez de dicho instrumento ampliando para ello la muestra, aplicarlo en diferentes poblaciones y, asimismo, relacionarlo con otras variables.

Palabras clave: Habilidades de comunicación; Malas noticias; Oncología; Validez; Confiabilidad.

ABSTRACT

Communication of bad news represents a frequent, unavoidable, and stressful situation in clinical settings. The manner in which bad news is communicated affects patients in different ways. Thus, it has become increasingly important to adequately assess the communication skills involved.

¹ Facultad de Psicología, Av. Carlos Canseco 110, Col. Mitras Centro, 64460 Monterrey, Nuevo León, México, correos electrónicos: dehisy.juarezgrc@uanl.edu.mx, <https://orcid.org/0000-0002-5166-4611> y atellez50@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2338-3062>

² Investigador independiente, Acatzingo 115, Mitras Centro, Monterrey, N.L, correo electrónico: hebbertt-@hotmail.com.

³ Hospital Regional de Alta Especialidad Materno-Infantil, Av. San Rafael 460, 67140 Guadalupe, Nuevo León., México, correo electrónico: soniaflores@yahoo.com.

⁴ Hospital Metropolitano “Dr. Bernardo Sepúlveda”, Av. Lic. Adolfo López Mateos 4600, Floridos Bosques del Nogalar, 66480 San Nicolás de los Garza, Nuevo León, México, correo electrónico: diego_guajo@hotmail.com.



Current instruments for measuring such skills in oncology present limited evidence of validity, they are not very accessible because they require a great deal of training and time. Such procedures are used more in teaching and training than in research. The present study aimed to develop and validate an effective communication questionnaire in oncology. A cross-sectional design was used in which oncologists and residents participated. The six-step protocol for communicating bad news (SPIKE) and the communication recommendations of the American Society of Clinical Oncology (ASCO) were used to design the instrument, and the items obtained were evaluated for relevance, coherence, and clarity by a group of six experts in the field. Piloting was performed on 25 internal medicine residents, and a final application was performed on 87 oncology physicians and residents. The results show that the effective communication questionnaire presents from good to excellent content validity in each item and the whole scale showed an alpha coefficient of .97. Exploratory factor analysis yielded 30 items in three factors: basic communication skills ($\alpha = .91$), discussion of goals of care and prognosis ($\alpha = .84$), and empathy ($\alpha = .78$), that together explain 44.4% of the variance, and show adequate internal consistency. It is concluded that the Questionnaire of Effective Communication in Oncology shows adequate psychometric properties for its use in research. Data showed the questionnaire is useful to explore the communication skills of oncologists and residents. Future studies should continue collecting evidence of the instrument's validity by expanding the number of participants and applying it to diverse professional populations, as well as relating it to other variables.

Key words: Communication skills; Bad news; Oncology; Validity; Reliability.

Recibido: 18/06/2024

Aceptado: 26/08/2025

En el área clínica, la comunicación de malas noticias representa una situación frecuente, inevitable y estresante, ya que sin importar cuál sea la noticia, lo que la convierte en “mala” es el impacto emocional que causa en el paciente y la actitud que éste puede desarrollar al conocer la nueva enfermedad o al intentar adaptarse a las

nuevas circunstancias. Baile *et al.* (2000) definen una mala noticia como aquella que cambiará de forma grave o adversa las perspectivas o expectativas del paciente sobre su futuro.

Comunicar información acerca de un diagnóstico, tratamiento y pronóstico es un desafío para los oncólogos, pues la formación clínica no los prepara lo suficientemente para ello y, como consecuencia, las indicaciones u opciones de tratamiento pueden no ser claras para los pacientes y familiares, lo que posiblemente genere en ellos temor, dolor, negación o ira, emociones que pueden repercutir en el afrontamiento del cáncer (Gilligan *et al.*, 2018).

Por el contrario, cuando el médico cuenta con la capacitación suficiente en la comunicación, emplea declaraciones más empáticas, sus pacientes refieren haber recibido más y mejor información y muestran niveles más altos de confianza. Lo anterior es importante debido a que el médico es una fuente principal de apoyo y puede proporcionar tranquilidad cuando la comunicación con el paciente es efectiva (Back *et al.*, 2019; Mack *et al.*, 2018).

Se han presentado diferentes propuestas de protocolos de comunicación de las malas noticias en el ámbito de la oncología, siendo uno de los principales el SPIKES (por sus siglas en inglés), un protocolo de seis pasos en el que cada letra es la inicial de uno de los seis pasos que en él se proponen, y que a su vez dan cuenta de los elementos más importantes a considerar en una entrevista médico-paciente, los que son, a saber: 1) *Setting up* (entorno o configuración de la entrevista), que consiste en preparar un ambiente privado, el tiempo y el espacio, además de ciertos elementos no verbales, como asumir una postura relajada y empática desde el inicio de la consulta; 2) *Perception* (percepción), que indaga la percepción del paciente averiguando lo que éste entiende acerca de su padecimiento y complicaciones; 3) *Invitation* (invitación), en el que el médico pregunta al paciente qué tanta información desea tener; si hay en algún tema en el que quiera centrarse más, o si le da la información completa y en qué formato; 4) *Knowledge* (conocimiento) que se refiere a brindar la información al paciente de forma veraz

y directa, sin enmascararla u ocultarla, resolviendo sus dudas de manera adecuada y evitando frases como “No hay nada más qué hacer”; 5) *Emotions* (Emociones), consistente en responder a las emociones del paciente con respuestas empáticas, estar pendiente de las mismas para poder indagar sus preocupaciones, disipar sus dudas o creencias erróneas, y respetar su espacio para expresarse de manera empática; 6) *Strategy* (Estrategia), que resume la estrategia de acción, para lo cual se proporciona un resumen de lo hablado en la consulta para conocer qué tan clara es la información para o del paciente, así como esbozar con éste el plan de tratamiento o de seguimiento (Baile *et al.*, 2000).

Además del protocolo SPIKES se dispone de la guía de comunicación efectiva en oncología, elaborada por la American Society of Clinical Oncology (ASCO), que busca orientar a los médicos oncólogos sobre cómo comunicarse de manera eficaz con los pacientes y sus familiares. Las principales recomendaciones que este protocolo formula son las siguientes: *a)* Tener habilidades básicas de comunicación, *b)* discutir los objetivos de atención y pronóstico, *c)* discutir las opciones de tratamiento y los ensayos clínicos, *d)* discutir la atención al final de la vida, *e)* usar la comunicación para facilitar la participación de la familia en la atención, y hacerla efectiva cuando existe una barrera para aquélla; *f)* adaptarse o encontrar los medios necesarios para comunicar una información esencial; *g)* discutir el costo de la atención; *h)* satisfacer las necesidades de las poblaciones desatendidas, e *i)* capacitar al clínico en habilidades de comunicación (Gilligan *et al.*, 2017).

Evaluar adecuadamente tales habilidades de comunicación se ha vuelto cada vez más importante con los años y se han desarrollado diferentes instrumentos de comunicación médica tanto general como específica. Radziej *et al.* (2017) apuntan que los instrumentos para evaluar la comunicación médico-paciente enfrentan varios desafíos, como la operacionalización de una buena comunicación, el que la evaluación se centre en los entornos y demandas objetivos, muestre propiedades psicométricas adecuadas y sea factible su aplicación.

En una revisión sistemática de Boucher *et al.* (2020) se señala que los instrumentos para evaluar la comunicación presentan escasas evidencias sobre su validez, por lo que se recomienda seguir investigando lo necesario para desarrollar y validar instrumentos accesibles y fáciles de administrar.

En cuanto a los instrumentos de comunicación en el campo de la oncología, Stubenrauch *et al.* (2012) analizaron cuatro utilizados en ese contexto: el Roter Interaction Analysis System, el Medical Interaction Process System, la Booth Rating Scale y el CANCODE-CN-Logit, los cuales hacen posible analizar la comunicación con videos o transcripciones de consultas grabadas, una consecuencia negativa de lo cual es que lleva mucho tiempo responderlos; además, no evalúan aspectos importantes de la comunicación, como la participación de los familiares en la consulta. Esto último se incluye en el COM-ON-Checklist, que hace posible identificar las fortalezas y debilidades del médico en la comunicación, y no funciona como un examen de competencia comunicacional de los médicos; además, le falta confirmar las listas de verificación obtenidas en una consulta real.

Dichos instrumentos se utilizan principalmente en el contexto de la capacitación o la educación, y aunque pueden emplearse en la investigación, es necesario desarrollar otros más que evalúen las habilidades de comunicación de manera práctica en una población que carece del tiempo suficiente para evaluarse o capacitarse. Uno de los instrumentos desarrollado para estos fines es el Persian Questionnaire of SPIKES, el cual cuenta con 16 ítems con cinco opciones de respuesta que van de “siempre” a “nunca”, mismo que fue validado en médicos residentes logrando propiedades psicométricas aceptables (Farokhyar *et al.*, 2014; Mostafavian y Abbasish, 2018). Pese a ello, no fue aplicado propiamente a una muestra de oncólogos, ni considera las recomendaciones actuales para una comunicación efectiva.

Respecto a la población de habla hispana, ha surgido el interés por una comunicación efectiva en el área de la oncología. Hoy día, se desarrollan en España diversos estudios que abordan este asunto

y se desarrolla además un instrumento de comunicación en el que el paciente evalúa las habilidades comunicativas del médico (Arraras *et al.*, 2017; Gutiérrez *et al.*, 2014). En Perú, los expertos también han mostrado interés y evaluado de forma descriptiva algunos aspectos de comunicación en la medicina en general (Guillén y Olascoaga, 2017; Luna, 2019). En México, a su vez, diversos autores han evidenciado la necesidad de explorar este campo con el fin de humanizar, informar e identificar los principales retos de comunicación en el terreno de la oncología (Ascencio *et al.*, 2013; Flores, 2018; Platas *et al.*, 2020).

Por todo lo anterior, pareció relevante diseñar un instrumento en idioma español basado en los criterios actuales de una comunicación efectiva en el campo de la oncología para identificar y evaluar dichas habilidades, así como obtener sus propiedades psicométricas.

MÉTODO

Participantes

Mediante un diseño transversal, se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia de médicos y residentes que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: ser médicos o residentes de la especialidad de oncología que al momento del estudio estuvieran asignados a áreas administrativas, que no estuvieran en contacto con pacientes o que formaran parte del personal rotante.

El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética DEISC-190120 001, y los datos se recolectaron en el periodo de marzo de 2020 a enero de 2021.

Procedimiento

Construcción de los ítems

Se desarrolló un criterio de referencia cuyo objetivo fue determinar si los participantes habían adquirido diversos comportamientos. En este tipo de medidas es importante especificar las conductas más relevantes para construir una prueba que discrimine entre los sujetos que tienen o carecen de las conductas objetivo, para lo cual se requiere identi-

ficar los estándares del comportamiento a evaluar, y asimismo elaborar un formato con opciones de respuesta en una escala de calificación apropiada para este tipo de medidas.

Con base en lo anterior, para la elaboración de los ítems se utilizó como marco teórico la Declaración de Consenso de Kalamazoo sobre los elementos esenciales de la comunicación en los encuentros médicos y basada en el análisis de cinco modelos de enseñanza de habilidades de comunicación, la que integra tanto las de comunicación básica como las interpersonales al considerar que forman una competencia integrada con dos partes distintas (Makoul, 2001). Las habilidades de comunicación consisten en el desempeño de tareas y ciertos comportamientos específicos, tales como obtener un historial médico, explicar un diagnóstico y un pronóstico, o proporcionar instrucciones terapéuticas y asesoría. A su vez, las habilidades interpersonales son inherentemente relacionales y orientadas al proceso; son, así, el efecto que la comunicación tiene sobre otra persona, como aliviar su ansiedad o establecer una relación de confianza (Duffy *et al.*, 2004).

Estas definiciones son congruentes con la información que brindan los seis pasos del protocolo SPIKE y la guía de recomendaciones de la ASCO para la comunicación médico-paciente en oncología. Específicamente, para la elaboración del presente instrumento se consideraron las habilidades de comunicación básica, la discusión de cuidados y pronósticos, el uso de la comunicación para facilitar la participación de un familiar en la atención, la comunicación efectiva cuando hay barreras, y la discusión de opciones de tratamiento (*cf.* Baile *et al.*, 2000; Gilligan *et al.*, 2017).

Además, se siguieron las recomendaciones de De Vellis (2017) para la elaboración de los ítems. En total, se redactaron 46 que evalúan la frecuencia en el uso de las habilidades de comunicación e interpersonales necesarias para una comunicación efectiva en el citado campo de la oncología. Las opciones de respuesta se muestran en una escala Likert en la que 0 significa “nunca”; 1, “casi nunca”; 3, “casi siempre”, y 4, “siempre. Un mayor puntaje indica un mayor uso de las habilidades de comunicación y una comunicación más efectiva.

Juicio de expertos

Para validar el contenido de los ítems se convocó a seis especialistas en oncología: dos cirujanos oncólogos, tres médicos oncólogos y una psicóloga experta en el área de cuidados paliativos, a los cuales se les proporcionó una planilla de evaluación que explicaba el objetivo del estudio, el objetivo de la prueba y la descripción de las dimensiones de la misma con los 46 ítems. Los expertos revisaron la suficiencia, coherencia, claridad y relevancia de los ítems, puntuando cada categoría del 1 al 4. Todos los ítems obtuvieron un coeficiente de validez de contenido y una concordancia de buena a excelente (véase Tabla 2), por lo que no se eliminó ninguno de los ítems.

Pilotaje

La versión obtenida del instrumento se aplicó a 25 residentes de medicina interna, que es una disciplina afín a la oncología y en la que también se comunican las malas noticias a los pacientes. En esta aplicación se presentó el cuestionario en su forma final con las instrucciones, ítems y opciones de respuesta, y se evaluó asimismo la dificultad para entender las instrucciones, la necesidad de ayuda, la dificultad para entender palabras o preguntas e identificar las incomodas o molestas. La aplicación se realizó en grupo, se dieron las instrucciones de manera general y el cuestionario fue autoaplicado. Dos observadores estuvieron pendientes de la dudas o comentarios sobre el instrumento. El tiempo estimado de respuesta fue de 15 minutos. No se reportaron dificultades en cuanto a la comprensión de los aspectos evaluados, por lo que no se eliminó ningún ítem.

Aplicación final

La recolección de datos se llevó a cabo mediante un formulario en Google, el cual se envió a los participantes por correo electrónico y por mensajes de texto. Al ingresar al enlace, se presentaba una primera sección con el objetivo de la investigación, la necesaria confidencialidad de la información proporcionada y el carácter voluntario de su participación. Al terminar esta sección se mostraba al participante la opción de ser incluido o no

en el estudio. Si aceptaba participar, se le transfería a la sección de preguntas sociodemográficas y al cuestionario de comunicación efectiva en oncología; si no, a la sección de agradecimientos.

Análisis de datos

Los datos obtenidos del formulario se exportaron y analizaron mediante el SPSS, v. 23, obteniéndose la frecuencia de los datos sociodemográficos. Para la validez de contenido se obtuvo el coeficiente de validez de Hernández-Nieto (2002), que valora el grado de acuerdo de los expertos respecto a cada uno de los ítems y el instrumento total. A fin de identificar la estructura factorial del cuestionario, se efectuó el análisis factorial exploratorio con el método de factor de ejes principales, en el que se propusieron seis factores acordes con los seis pasos propuestos en el protocolo SPIKES. Además, se utilizó el método de rotación ortogonal varimax como criterio de retención de los ítems, empleándose una carga factorial mayor a 0.40. Se aplicó la prueba Kaiser-Meyer-Olkin como medida de la adecuación muestral y se obtuvo la prueba de esfericidad de Bartlett para examinar la matriz de correlación. Como medida de confiabilidad, se obtuvo el coeficiente alfa de Cronbach y se retuvieron los ítems con una correlación igual o mayor a 0.30. Para obtener los indicadores de validez discriminante, se efectuó el análisis de correlación de Spearman y el análisis de comparación de Mann-Whitney.

RESULTADOS

Análisis descriptivos

Participaron 87 médicos, la mayoría varones, casados, con un rango de edad de 27 a 67 años, oncólogos del área de oncología médica o cirugía oncológica. La frecuencia en que daban malas noticias era diaria o una vez por semana; la mayoría no había recibido capacitación para dar las malas noticias o sobre la comunicación en la oncología (Tabla 1).

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los participantes (N = 87).

Características de los participantes	
Edad	
M(D.E.)	39.97(10.15)
Años laborando	
M(D.E.)	10.38 (9.5)
Sexo	
Masculino	56
Femenino	31
Profesión actual	
Médico	67
Residente	20
Estado civil	
Solteros	33
Casados/Unión libre	50
Divorciados	4
Especialidad	
Hematooncología	3
Oncología médica	34
Oncólogo pediátrica	2
Radiooncología	4
Cirugía oncológica	39
Ginecología oncológica	5
Frecuencia de entrega de malas noticias	
Una vez al mes	8
Cada 15 días	12
Una vez por semana	24
Dos veces a la semana	19
Diariamente	24
Capacitación previa en malas noticias	
Sí	39
No	48
Dónde recibió la capacitación	
Pregrado	3
Posgrado	22
Cursos	6
Congresos	5
Seminarios	3
Talleres	3
No aplica	45
En cuál de los siguientes protocolos ha sido capacitado	
SPIKES	11
ABCDE	1
ASCO	19
Ninguno	44
No aplica	9

Validez de contenido

Se obtuvo el coeficiente de validez para cada uno de los ítems, siendo el rango obtenido de 0.88 a 1, lo que se considera una validez y una concordan-

cia de buenas a excelentes. Para el cuestionario completo se obtuvo un coeficiente de 0.97, que indica igualmente una validez y concordancia excelentes (Tabla 2).

Tabla 2. Descripción estadística de los ítems.

ÍTEM	CVC	Factor			CTIC	ACSI
		1	2	3		
Corrijo la información incorrecta que el paciente tiene sobre su situación médica.	.989	.516			.495	.916
Muestro mi disponibilidad para responder preguntas sobre los estudios o el tratamiento en e futuro.	.958	.478			.551	.914
Proporciono la información acerca del diagnóstico y el pronóstico al paciente, adaptándola a su nivel educativo y socioeconómico.	.916	.533			.555	.914
Doy la noticia con un lenguaje que el paciente puede comprender.	.989	.564			.606	.913
Uso términos simples y directos para explicar al paciente.	.989	.567			.598	.913
Cuando uso palabras técnicas, me aseguro de que el paciente las comprenda.	.989	.686			.639	.912
Evito sobrecargar de información al paciente, de modo que la proporciono en partes y me aseguro que el paciente la comprenda.	.989	.564			.595	.913
Cuando el pronóstico es fatal o que implica incapacidad, me concentro en otros posibles objetivos del paciente, como el manejo del dolor o el alivio de sus síntomas.	.968	.595			.583	.914
Proporciono información sobre el pronóstico y el tratamiento de acuerdo con las necesidades del paciente.	.979	.742			.715	.910
Me aseguro que la información proporcionada brinde esperanza y tranquilidad al paciente sin engañarle.	.989	.625			.569	.914
Identifico la emoción que manifiestan los pacientes ante la mala noticia y les expreso mi solidaridad.	.979	.564			.612	.913
Le expreso mi apoyo al paciente reafirmando el compromiso de ayudarlo.	.989	.447			.505	.915
Mencionó los objetivos del tratamiento (curación, aumento de la supervivencia, mejoramiento de su calidad de vida...) con el fin de que el paciente entienda el probable resultado del tratamiento.	.979	.438			.501	.915
Al revisar las opciones de tratamiento, le informo al paciente los beneficios e inconvenientes de las mismas.	.989	.559			.645	.912
Me aseguro de que el paciente entienda el propósito y la efectividad del tratamiento.	.989	.572			.648	.912
Identifico y abordo las creencias equivocadas del paciente sobre el tratamiento.	.989	.630			.627	.912
Identifico y considero los objetivos de tratamiento del paciente, como que sea el mejor posible.	.989	.619			.620	.913
Afirmo mi compromiso de apoyar al paciente y le hago saber que se le dará la mejor atención posible.	.989	.520			.488	.916
Sugiero al paciente que involucre a sus familiares en su atención médica	.989	.450	.532		.582	.826

Continúa...

ÍTEM	CVC	Factor			CTIC	ACSI
		1	2	3		
Busco que mi posición corporal en el consultorio me permita el contacto visual con el paciente.	.979		.529		.518	.838
Mantengo un contacto visual con el paciente mientras hablo con él.	.958		.510		.402	.845
Exploro lo que el paciente sabe sobre su situación médica.	.968		.750		.692	.811
Exploro la información que tiene el paciente respecto a los estudios que se le han realizado.	.989		.767		.776	.802
Exploro si el paciente tiene clara la razón por la cual se le solicitan los estudios.	.989		.422		.480	.838
Confirmo que el paciente tenga las expectativas correctas sobre los estudios que se le practiquen.	.989		.671		.690	.812
Busco identificar las necesidades, objetivos y prioridades de información del paciente.	.885	.423	.519		.599	.832
Respondo de manera empática ante las emociones verbales y no verbales de los pacientes ante la noticia.	.989	.506		.527	.473	.859
Cuando el paciente se queda en silencio después de la mala noticia, le pregunto qué es lo que piensa.	.927			.713	.779	.509
Trato de identificar la razón de la emoción del paciente; si no estoy seguro, pregunto.	.958			.795	.703	.618
Doy oportunidad de que el paciente exprese sus emociones sobre el tratamiento.	.989	.433			.557	.914
		CVCT .973	$\alpha = .918$	$\alpha = .845$	$\alpha = .782$	

Nota: Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser,

CVC: Coeficiente de validez de contenido; CVCT: coeficiente de validez de contenido total; CTIC: correlación total del ítem corregida; ACSI: coeficiente alfa de Cronbach si se elimina el ítem.

Validez de constructo

Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio (AFE) y se obtuvieron las medidas de adecuación muestral. El valor del KMO fue de 0.801, que es un valor adecuado para factorizar, y la prueba de esfericidad fue significativa ($\chi^2 [465] = 1642.88$, $p < .001$), lo que indica que los elementos están interrelacionados. Ambos valores confirman la adecuación muestral para realizar el AFE. Así, se obtuvieron 30 ítems divididos en tres factores: Discusión de objetivos de la comunicación y pronóstico, Habilidades básicas de comunicación, y Empatía, factores los cuales explican 44.4% de la varianza (Tabla 2). En total, se eliminaron dieciséis ítems por tener bajas cargas factoriales: cinco relacionados con elementos del entorno; ocho con habilidades básicas de comunicación, que incluyen la exploración de las expectativas y preferencias de información del paciente, y tres con el uso de len-

guaje de advertencia o de contundencia excesiva y oportunidad de expresión emocional.

Confiabilidad

Se obtuvo el coeficiente alfa de Cronbach (α) de cada uno de los factores hallados. El factor 1, con diecinueve ítems, obtuvo un α de .918; el factor 2, con ocho ítems, uno de .845, y el factor 3, con tres ítems, un α de .782, lo que muestra una consistencia interna de adecuada a buena.

Validez discriminante

En el análisis de correlación entre los factores del cuestionario, la edad y los años de trabajo, sólo se halló una relación positiva y significativa entre el factor de habilidades básicas de comunicación y los años de labor ($r = .214$, $p < .05$). En el análisis de comparación no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las dimensiones entre

médicos y residentes ni entre hombres y mujeres entre quienes reportaron tener alguna capacitación en la comunicación de malas noticias y los que carecían de la misma; únicamente se encontraron diferencias significativas en el factor de empatía ($z = -1.97, p < .05$).

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo desarrollar y obtener las propiedades psicométricas de un cuestionario de comunicación efectiva en oncología. El instrumento resultante, esto es, el Cuestionario de Comunicación Efectiva en Oncología (CCEO en lo sucesivo), muestra indicadores de validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad.

En cuanto a la validez de contenido, dicho cuestionario mostró tener propiedades de buenas a excelentes. Otros instrumentos de análisis de la comunicación médico-paciente han mostrado validez según sus propósitos, como el RIAS y el COM-ON Checklist, con validez de contenido y de confiabilidad entre evaluadores en el ambiente oncológico (Stubenrauch *et al.*, 2012). Pese a sus buenas propiedades psicométricas, dichos instrumentos requieren una capacitación para poder aplicarse y consumen mucho tiempo, por lo que usarlos con fines de identificación o de sondeo de habilidades de comunicación es poco factible.

Por otra parte, los instrumentos para la investigación, como el CCEO, pueden tener el mismo efecto que los instrumentos utilizados para evaluar los resultados de la capacitación, principalmente para aumentar la percepción de la importancia de las habilidades de comunicación que se evalúan en profesionales y estudiantes, y servirles así de retroalimentación sobre cómo mejorar dichas habilidades (Manna *et al.*, 2017).

En cuanto a la validez de constructo, el CCEO obtuvo una estructura de tres factores que explican 44% de la varianza, lo que es congruente con el marco teórico utilizado y con una buena confiabilidad, factores que muestran mejores propiedades que el cuestionario SPIKE, que sólo cuenta con un factor, un menor número de ítems y una confiabilidad más pobre (Farokhyar *et al.*, 2014).

En cuanto a los ítems eliminados por su baja carga factorial, cinco de éstos aludían al entorno, como por ejemplo “Busco un lugar privado donde dar la mala noticia”, “Evito responder llamadas telefónicas mientras estoy con el paciente” o “Informo al paciente el tiempo de que dispongo o de las posibles interrupciones”. Estos aspectos se consideran relevantes dentro de los protocolos utilizados como referencia, aunque es difícil determinar por qué no son relevantes en esta muestra. Se podría considerar que son aspectos básicos para los médicos o que deben formularse siempre, y también puede ser que en virtud de que muchos médicos trabajan para instituciones públicas o en la consulta privada, las condiciones del entorno en ambos escenarios pueden variar, lo que dificulta responder a tales enunciados.

Ocho de los ítems eliminados estaban relacionados con las habilidades básicas de comunicación; por ejemplo: “Pregunto al paciente la cantidad de información que desea recibir respecto a resultados de los estudios o tratamientos”, “Uso la información obtenida del paciente para explicarle la noticia de manera que la entienda” y “Pregunto al paciente en qué tipo de información prefiere que me centre más, como en los resultados de los estudios o las opciones de tratamiento”, pues es posible que la redacción de las preguntas sea poco clara. Aunque en la revisión de los expertos y el pilotaje no se dice algo al respecto, también podría ser que los médicos consideren que deben dar *toda* la información que suponen importante; además, en el cuestionario hay otros enunciados referidos a explorar la información que el paciente tiene o necesita sobre su situación médica, con lo que se cubren los aspectos evaluados con estas preguntas. Tales indicadores de comunicación son importantes ya que se recomienda identificar cuánta información se le puede proporcionar al paciente en un momento dado y qué información es relevante para él mismo, lo que podría hacerse identificando los aspectos importantes para su recuperación, estilo de vida y planes a futuro (Klocker-Kaiser y Klocker, 2013).

Finalmente, dos de los ítems eliminados tenían que ver con el uso de lenguaje de advertencia o de contundencia excesiva; por ejemplo: «Utilizo

frases de advertencia que permitan que el paciente se prepare para la noticia, como “desafortunadamente” o “siento decirle”, y «Evito dar la noticia con contundencia excesiva, como “Usted tiene cáncer y necesita tratamiento urgente o morirá”, pues esta forma de expresarse queda ya evidenciada en otros ítems que evalúan si la mala noticia se proporciona de manera empática.

Los treinta ítems que integran el CCEO son congruentes con las actuales recomendaciones de la ASCO, que buscan principalmente mejorar las prácticas de comunicación en los médicos que atienden a pacientes con cáncer, para lo que son importantes valores tales como construir una relación más sólida con los pacientes y sus familias mediante la expresión y creación de oportunidades para obtener una mayor comprensión de quiénes son éstos y qué les importa, con el fin de que puedan ser socios más activos en su propia atención médica. También estas recomendaciones implican comunicarse de tal manera que los pacientes entiendan y retengan la información que se les brinda, incluyendo la información que buscan, como la información que se cree deberían tener (Gilligan *et al.*, 2017).

Sobre la validez discriminante, en el estudio solamente se encontró una correlación entre los años de trabajo y las habilidades básicas de comunicación, así como diferencias en la dimensión de empatía entre los participantes que señalaron tener cierta capacitación en la comunicación. Algunos análisis muestran las dificultades de adquirir tales habilidades de comunicación. Un estudio de Kramer *et al.* (2004) mostró que después de tres años de enseñar las habilidades de comunicación a un grupo de estudiantes de posgrado, éstos tuvieron un desempeño insuficiente de las mismas, y que en comparación con un grupo con práctica en la consulta médica, tenían el mismo desempeño. También se ha indicado que no cualquier tipo de enseñanza de habilidades de comunicación

tiene efecto en éstas, y que para ello se necesita que la enseñanza tenga características tales como la presentación del contenido básico, combinado con un aprendizaje experimental y una práctica actual (Rosenbaum y Silverman, 2014). Téllez *et al.* (2023) demuestran a su vez los efectos de un taller psicoeducativo en habilidades de comunicación, e indican asimismo la importancia de valorar los contenidos, objetivos, técnicas de enseñanza y habilidades que se requieren en la formación médica. También destacan la importancia de crear espacios formales para que los estudiantes conozcan desde el principio los beneficios de aprender a comunicarse eficazmente con los pacientes. Considerando lo anterior, es importante continuar efectuando estudios que posibiliten obtener una validez discriminante y de criterio para este instrumento.

Este estudio sufre de algunas limitaciones, como el tipo de muestreo por conveniencia debido a la aplicación del cuestionario en línea. Los resultados también pudieron verse afectados por la deseabilidad social, ya que los médicos pueden anticipar la respuesta que se espera de ellos.

Se recomienda continuar la recolección de evidencias de validez de este instrumento ampliando la muestra, aplicándolo en diferentes poblaciones y relacionándolo con otras variables. La fortaleza del estudio es que muestra las primeras evidencias de validez de un instrumento en español, autoaplicable, con propiedades psicométricas adecuadas para la investigación, y pueda servir para evaluar una comunicación efectiva en médicos y residentes de oncología.

En conclusión, el CCEO tiene propiedades psicométricas adecuadas para su uso, toda vez que es un instrumento que no requiere mucho tiempo para aplicarse, lo que lo hace apropiado para explorar las habilidades de comunicación de médicos y residentes de oncología.

Citación: Juárez-García, D.M., Moncada, H., Flores-Moreno, S.M., Téllez-López, A. y Guajardo-Nieto, D. (2026). Desarrollo y validación inicial del Cuestionario de Comunicación Efectiva en Oncología. *Psicología y Salud*, 36(1), 107-118. <https://doi.org/10.25009/pys.v36i1.3036>

REFERENCIAS

- Arraras, J.I., Wintner, L.M., Sztankay, M., Tomaszewski, K., Hofmeister, D., Costantini, A., Bredart, A., Young, T., Kuljanic, K., Tomaszecka, I.M., Kontogianni, M., Chie, W.C., Kullis, D., Greimel, E. y Zarandona, U. (2017). La comunicación entre el paciente oncológico y los profesionales. El Cuestionario de Comunicación de la EORTC. *Psicooncología*, 14(1), 107-120. Doi: 10.5209/PSIC.55815
- Ascencio H., L., Allende P., S., Castañeda, C. y Varástequi A., E. (2015). La comunicación de las “malas noticias” en cuidados paliativos. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 12(4), 276-279.
- Back, A., Fromme, E. y Meier, D. (2019). Training Clinicians with Communication Skills Needed to Match Medical Treatments to Patient Values. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(2), 435-441. Doi: 10.1111/jgs.15709
- Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Globor, G., Beale, E.A. y Kudelka, A.P. (2000). SPIKES —A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. *The Oncologist*, 5, 302-311. Doi: 10.1634/theoncologist.5-4-302
- Boucher, V.G., Gemme, C., Dragomir, A.I., Bacon, S.L., Larue, F. y Lavoie, K.L. (2020). Evaluation of communication skills among physicians: A systematic review of existing assessment tools. *Psychosomatic Medicine*, 82(4), 440-451. Doi: 10.1097/PSY.0000000000000794
- De-Vellis, R. 2017. *Scale development: Theory and Applications*. (pp. 105-151). Sage.
- Duffy, F.D., Gordon, G.H., Whelan, G., Cole-Kelly, K. y Frankel, R. (2004). Assessing competence in communication and interpersonal skills: The Kalamazoo II report. *Academic Medicine*, 79(6), 495-507.
- Farokhyar, N., Shirazi, M., Bahador, H., Baradaran, H. y Jahanshir, A. (2014). Assessing the validity and reliability of SPIKES questionnaires regard in of medical residents awareness breaking bad news in TUMS 2012. *Razi Journal of Medical Sciences*, 21(122), 1-36.
- Flores M., S. (2018). *Bioética en la formación del cirujano oncológico*. Recuperado de <https://oncologia.mx/2018/11/05/bioetica-en-la-formacion-del-cirujano-oncologo/>
- Gilligan, T., Coyle, N., Frankel, R., Berry, D., Bohlke, K., Epstein, R., Finlay, E., Jackson, V., Lathan, C., Loprinzi, C., Nguyen, L., Seigel, C. y Baile, W. (2018). Patient-clinician communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 73(2), 96-97. Doi: 10.1097/01.ogx.0000530053.40106.9b
- Guillén L., O. y Olascoaga M., A. (2017). Habilidad de los médicos residentes para comunicar malas noticias. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 30(2), 78-81. Doi: 10.36393/spmi.v30i2.65
- Gutiérrez L., M., de Castro E., K. y Fernández C., M.G. (2014). El proceso de comunicación en oncología: Relato de una experiencia. *Psicooncología*, 11(2/3), 403-418.
- Hernández N., R.A. (2002). *Contributions to Statistical Analysis*. Caracas: Universidad de Los Andes.
- Klocker-Kaiser, U. y Klocker, J. (2013). The setting, the truth, and the dimensions of communication with cancer patients. En Surbone, A., Zwitter, M., Rajer, M. y Stiefel, R. (Eds.): *New challenges in communication with cancer patients*. (pp. 231-234). Boston: Springer. Doi: 10.1007/978-1-4614-3369-9_19
- Kramer, M., Düsmen, H., Tan, C., Jansen, M., Grol, M. y Van der Vleuten, M. (2004). Acquisition of communication skills in postgraduate training for general practice. *Medical Education*, 38(2), 158-167.
- Luna S., Y. (2019). How to say bad news without compromising the patient’s humanity. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(1), 123-127. Doi: 10.17843/rpmesp.2019.361.3921
- Mack, J., Fasciano, K. y Block, S. (2018). Communication about prognosis with adolescent and young adult patients with cancer: Information needs, prognostic awareness, and outcomes of disclosure. *Journal of Clinical Oncology*, 36(18), 1861-1867. Doi: 10.1200/JCO.2018.78.2128
- Makoul, G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters. *Academic Medicine*, 76(4), 390-393.
- Manna, R., Bylund, C.L., Brown, R.F., Di Ciccone, B.L. y Konopasek, L. (2017). Facilitating communication role play sessions. En Oxford University Press eBooks. <https://doi.org/10.1093/med/9780198736134.003.0054>
- Mostafavian, Z. y Abbasiz, Z. (2018). Evaluation of physicians’ skills in breaking bad news to cancer patients. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(2), 601-605. Doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc
- Platas, A., Cruz R., M., Mesa C., F., Jasqui B., A., De la Rosa P., S., Rivera, F., Mohar, A. y Villarreal G., C. (2020). Communication challenges among oncologists in Mexico. *Journal of Cancer Education*. Doi: 10.1007/s13187-020-01703-7
- Radziej, K., Loechner, J., Engerer, C., Niglio, M., Freund, J., Sattel, H., Bachmann, C., Berberat, P. O., Dinkel, A. y Wuensch, A. (2017). How to assess communication skills? Development of the rating scale ComOn Check: Evaluation of communication skills. *Medical Education Online*, 22(1), 1-11. Doi: 10.1080/10872981.2017.1392823

- Rosenbaum, M. y Silverman, J. (2014). Training for effective communication in health settings. En L. Martins y R. Dimateo. *Health communication, behavior change and treatment adherence*. Oxford.
- Stubenrauch, S., Schneid, E.M., Wünsch, A., Helmes, A., Bertz, H., Fritzsche, K., Wirsching, M. y Gölz, T. (2012). Development and evaluation of a checklist assessing communication skills of oncologists: The COM-ON-Checklist. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(2), 225-230. Doi: 10.1111/j.1365-2753.2010.01556.x
- Téllez T., M.Y., Bernal C., I., Seáñez M., A.R. y Delgado R., M. (2023). Efectos diferenciales de un taller de entrenamiento en habilidades comunicativas para estudiantes de Medicina. *Psicología y Salud*, 33(1), 187-207. Doi: 10.25009/pys.v33i1.2783