

Construcción y análisis de propiedades psicométricas de la Escala de Apertura a la Comunicación en Pacientes de Cáncer (EACPC)

Mariana Alejandra Sierra-Murguía^{1*}; Ferrán Padrós-Blázquez²

Recibido: 8 de abril de 2021 / Aceptado: 15 de agosto de 2022

Resumen: La comunicación entre profesionales, pacientes y familiares ha sido objeto de interés y se han desarrollado algunas escalas para evaluar dicho proceso de comunicación. Es importante señalar que poder expresarse de temas que pueden provocar miedo como la muerte y el cáncer es un aspecto fundamental para el paciente. Por ello, disponer de una herramienta de evaluación que permita conocer el grado de apertura que muestra el paciente a la comunicación (aludiendo a la libertad, franqueza y confianza) es de gran utilidad. Sin embargo, no hemos detectado instrumentos diseñados para evaluar la apertura que muestran los pacientes a la comunicación. **Objetivo:** Diseñar una escala que evalúe de forma breve sólo la apertura a la comunicación del paciente con cáncer y estudiar las propiedades psicométricas de la misma. **Método:** Estudio instrumental, participaron 225 pacientes diagnosticados de diferentes tipos de cáncer a los que se administraron la escala de 9 reactivos. Posteriormente, se dividió la muestra en dos partes y se estudió la estructura interna mediante un Análisis factorial exploratorio y en la otra mitad un análisis factorial confirmatorio. **Resultados:** La Escala de Apertura a la Comunicación en Pacientes de Cáncer (EACPC) consta de nueve ítems, y mostró una estructura interna unifactorial. Los valores de alfa de cronbach de la escala resultaron adecuados ($\alpha = ,866$ en la primera mitad y $\alpha = ,865$ en la segunda). **Conclusión:** Las propiedades psicométricas de la EACPC indican que es un instrumento adecuado para ser utilizado en pacientes mexicanos con cáncer.

Palabras clave: Comunicación, cáncer, adultos, escala, psicometría, adaptación a la enfermedad.

[en] Design and psychometric property analysis of the Opening to Communication in Cancer Patients Scale (OCCPS)

Abstract. Communication process between patients, family and health professionals has been relevant in psycho-oncology, reason why assessment scales have been developed in order to measure this process. Expressing about issues related to concerns about death and cancer has been related to more adaptive coping, and promotes adaptation to cancer. Thus, having an assessment tool to measure the opening patient has to communicate these issues (aluding to liberty and confidence) is useful. Nevertheless we have not detected measurement tools designed to assess the opening patients have related to communication in this context. **Aim:** To design a scale that measures in a brief form only the opening to communication about death and cancer and to study psychometric properties of the same. **Method:** Instrumental study, participants were 225 patients diagnosed with different types of cancer.

1 Mariana Alejandra Sierra-Murguía. Cancer Center Tec100. Ignacio Zaragoza Pte 263 H16, col centro. Qro, Querétaro. México. CP 76000. México. <https://orcid.org/0000-0001-5806-0688>
E-mail: msierra@cancercentertec100.com

2 Ferrán Padrós-Blázquez. Facultad de Psicología, Universidad Michoacana San Nicolás de Hidalgo; Morelia, Michoacán; México. <https://orcid.org/0000-0001-8911-8096>.
E-mail: fpadros@uoc.edu

* Dirección de correspondencia: Mariana Alejandra Sierra-Murguía. Cancer Center Tec100. Ignacio Zaragoza Pte 263 H16, col centro. Qro, Querétaro. México. CP 76000. México. msierra@cancercentertec100.com

The 9 item scale was administered to the participants in a private oncologic clinic in Querétaro, Mexico. The study sample was split in halves and the internal structure was studied by an exploratory factorial analysis in the first half, and in the other half, by a confirmatory factorial analysis. Results: Communication Opening in Cancer Patients Scale (COCPS) has 9 items, and showed a unifactorial internal structure. Cronbach alfa value from the scale resulted acceptable ($\alpha = .866$ in the first half, and $\alpha = .865$ on the second half). Conclusion: The COCPS has psychometric properties that indicate that it can be used in Mexican cancer patients.

KeyWords: Communication, cancer, psychometrics, coping, sickness adaptation.

Sumario: 1. Introducción 2. Método 3. Análisis estadístico 4. Resultados 5. Discusión/conclusiones 6. Referencias bibliográficas

Cómo citar: Sierra-Murguía MA, Padrós-Blázquez F. Construcción y análisis de propiedades psicométricas de la Escala de Apertura a la Comunicación en Pacientes de Cáncer (EACPC). *Psicooncología* 2022; 19: 9(2): 241-253. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.84038>

1. Introducción

En los últimos años, el tratamiento del cáncer ha mejorado su eficacia de forma considerable, de modo que aproximadamente el 50 % de los pacientes sobreviven al cáncer y que la supervivencia al mismo se ha duplicado en los últimos 40 años⁽¹⁾. Sin embargo, frecuentemente, los pacientes y familiares afrontan el diagnóstico de cáncer como una enfermedad mortal y frecuentemente se inicia un proceso de duelo⁽²⁾.

Según Espinoza-Suárez et al.⁽³⁾, procesos psicológicos anómalos (como negación de la situación, aislamiento, hostilidad, sufrimiento, frustración, temor, etc.) aparecen dependiendo de diversos factores como los recursos propios del paciente y también los familiares entre los que se incluye el sistema de comunicación. La comunicación ha sido considerada como un factor fundamental para ofrecer apoyo al enfermo y satisfacer sus necesidades principalmente psicológicas⁽⁴⁾.

Sin embargo, en algunos casos el paciente o los familiares se comunican de forma errática debido al temor a los efectos negativos derivados de informar y hablar con franqueza sobre la enfermedad y posibles consecuencias. Algunas personas creen que ocultando la información y evitando hablar de temas como la muerte protegen a sus seres queridos⁽⁵⁾. Incluso algunos autores describen el fenómeno conocido como conspiración del silencio^(3,6), el cual es muy frecuente^(7,8) y alude a un acuerdo (frecuentemente tácito) entre familiares, amigos y/o personal sanitario, para omitir u ofrecer una información falsa o incompleta sobre el diagnóstico, pronóstico y/o gravedad de la enfermedad al paciente con el objetivo de protegerlo. Sin embargo, las consecuencias de la conspiración del silencio frecuentemente son incremento en el miedo, ansiedad, confusión, depresión, sufrimiento innecesario, incomprensión, ira y engaño⁽⁹⁾. Dichas reacciones afectivas dificultan los procesos psicológicos que permiten la reorganización y adaptación a la situación estresante que deben afrontar⁽¹⁰⁾. Cabe mencionar que un porcentaje importante de pacientes prefieren conocer sus pronósticos y negárselo puede generar estrés e incidir negativamente en la evolución de la enfermedad y en la calidad de vida⁽¹¹⁾. Aunque es importante destacar que en el caso de que el propio enfermo prefiere ignorar la información,

entonces no se considera conspiración del silencio, algunos autores denominan a dicha situación conspiración adaptativa⁽⁶⁾.

Ruiz-Benítez de Lugo y Coca⁽¹⁰⁾ elaboraron una escala hetero-administrada para evaluar la presencia del consentimiento informado que consta de 23 reactivos distribuidos en 4 factores (“Repercusiones de la verdad”, “Desbordamiento emocional”, “Dificultades de comunicación” y “apoyo en las creencias religiosas”), las cuales fueron administradas a familiares y población general. Nótese que algunos de los factores que se contemplan se relacionan con la conspiración del silencio, pero el aspecto esencial es la comunicación.

Por otro lado, frecuentemente se ha señalado que la conspiración del silencio se genera principalmente por el bloqueo de la comunicación que fomenta la familia entre el profesional y el paciente que tiene como resultado la ocultación de información⁽¹²⁻¹⁴⁾. De hecho los pacientes habitualmente tienen conocimiento del diagnóstico, pero con menor frecuencia disponen de información respecto al pronóstico⁽⁷⁾. Además, varios estudios ponen de manifiesto que evitar hablar o discutir respecto a la experiencia (incluyendo los temores) del cáncer incide de forma negativa en la salud mental de los pacientes, por otro lado, una adecuada calidad de la comunicación entre los pacientes y familiares predice un buen ajuste al cáncer⁽¹³⁾, asimismo favorece el manejo del dolor^(13,14) y mejora de la toma de decisiones. Skinner et al.⁽¹⁵⁾ y Espinoza-Suárez et al.⁽³⁾ señalan la relevancia de definir con claridad por parte del equipo de salud la información que se ofrece al paciente y a la familia respecto al diagnóstico, características de la enfermedad y el pronóstico, lo cual debe realizarse con una actitud de aceptación y receptividad respecto a las dudas, creencias, fantasías, etc. que el paciente y la familia muestren sobre la enfermedad. Asimismo se ha hecho hincapié en que el tipo de comunicación entre el equipo médico, la familia y el paciente en el proceso del final de la vida debe ser adecuada, de modo que permita reducir el impacto emocional y la asimilación gradual de la situación⁽¹⁶⁾. De igual manera, se señala que la información debe ofrecerse en función de la “verdad soportable” diferente a la que puede mostrar el familiar o el paciente⁽¹⁷⁾. Los temores respecto a la muerte se relacionan negativamente con la calidad de las relaciones humanas, cuando estas son íntimas se reduce la tanatofobia⁽¹⁸⁾. Siminoff et al.⁽¹⁹⁾ señala que los pacientes con cáncer con frecuencia tienen necesidades de comunicación conflictivas y no satisfechas.

De modo que poder expresarse de temas que pueden provocar miedo como la muerte y el cáncer es un aspecto fundamental para el paciente. Disponer de una herramienta de evaluación que permita conocer el grado o tipo de comunicación (aludiendo a la libertad, franqueza y confianza) que el paciente establece con sus familiares y/o amigos es de gran utilidad.

Como se ha señalado antes, el tema de la comunicación entre profesionales, pacientes y familiares ha sido objeto de interés⁽²⁰⁾ y se han desarrollado algunas escalas para evaluar dicho proceso de comunicación, véase una revisión en Epstein & Street⁽²¹⁾.

Sin embargo, no hemos detectado instrumentos diseñados para evaluar la apertura que muestran los pacientes a la comunicación. Por ello, en la presente investigación se pretende diseñar una escala que evalúe de forma breve sólo la apertura a la comunicación del paciente con cáncer.

2. Método

Diseño

El presente estudio es de tipo psicométrico instrumental, transversal y correlacional-explicativo⁽²²⁾. Se ha realizado en dos fases; primero se redactaron los ítems y fueron valorados por jueces expertos. Posteriormente se administró la escala a pacientes diagnosticados de cáncer y se estudiaron las propiedades psicométricas de la misma.

Redacción de reactivos y juicio de expertos

Se elaboraron 12 reactivos tomando en consideración temáticas (como hablar sobre el cáncer, la muerte, emociones, incluyendo temores) y el aspecto genérico (hablar de pensamientos íntimos), así como los interlocutores (familiares, amigos o personas de confianza). Los ítems fueron desarrollados a partir de un estudio previo, en donde se analizaron de manera cualitativa el contenido y forma de pensamientos que tenían los pacientes relacionados a la comunicación sobre la enfermedad y emociones relacionadas⁽²³⁾. Posteriormente, se informó a tres personas con título de posgrado en Psicología y experiencia en el ámbito de la psicooncología sobre el constructo que se pretendía evaluar, así como las temáticas e interlocutores contemplados. Se les solicitó que valoraran la redacción y congruencia con el constructo de cada uno de los reactivos. Los jueces valoraron en base a una escala de puntuaciones de diez (1 = Nada adecuado y 10 = Muy adecuado) tomando en consideración tanto aspectos de contenido como de forma. Se eliminaron tres ítems que obtuvieron una puntuación media inferior a 8. La media de valoraciones de los ítems que se mantuvieron fue de 9,86.

Finalmente el instrumento quedó constituido por 9 reactivos que conforman la Escala de Apertura a la Comunicación en Pacientes de Cáncer (EACPC) cuyas propiedades psicométricas fueron el objeto de estudio de la presente investigación.

Participantes

La muestra estuvo constituida por 225 personas diagnosticadas de algún tipo de cáncer, se utilizaron los siguientes criterios de inclusión; pacientes mexicanos diagnosticados con una enfermedad oncológica, mayores de 18 años que supieran leer y escribir, y que aceptaran voluntariamente participar en el estudio. Como criterio de eliminación sólo se consideró que los pacientes que no completaran el inventario. La muestra pertenecía a un hospital de la Ciudad de Querétaro, México, mostraron un promedio de edad de 49,56 (DT = 14,03) y 158 (70,20 %) eran de sexo femenino. La mayoría refirieron estar casados o en unión libre (n= 121, 53,8%), 19,1% (n=43) eran solteros, 14 (6,2%) divorciados, 7 (3,1%) viudos y 40 no reportaron el estado civil. Las características de nivel educativo se muestran en la tabla 1, y las características en cuanto al tipo de cáncer se muestran en la tabla 2.

Tabla 1. Escolaridad de los participantes

Escolaridad	n(%)
Primaria	6 (2,7)
Secundaria	13 (5,8)
Preparatoria	13 (5,8)
Carrera Técnica	12 (5,3)
Licenciatura	96 (42,7)
Posgrado	42 (18,7)

Tabla 2. Tipo de cáncer de los participantes

Tipo de cáncer	n(%)
Mama	87 (38,7)
Ginecológico	33 (14,7)
Gástrico	21 (9,3)
Hematológico	17 (7,6)
Próstata	13 (5,8)
Cabeza y cuello	8 (3,6)
Pulmón	5 (2,2)
Sistema Nervioso Central	5 (2,2)
Renal	2 (0,9)
Otro	17 (7,6)

Instrumentos

La Escala de Apertura a la Comunicación en Pacientes de Cáncer (EACPC) compuesta por 9 reactivos con 4 opciones de respuesta que fueron aprobados por los jueces expertos (ver escala en anexo).

También se utilizó un cuestionario elaborado con preguntas ex profeso donde se solicitaron datos sociodemográficos y clínicos.

Procedimiento

Se contactó con usuarios que habían recibido el diagnóstico de un trastorno oncológico del Cancer Center Tec100 de la Ciudad de Querétaro (México), mediante un link y se les invitó a responder a la EACPC, haciendo uso del Google Forms en la que se incluían preguntas respecto al sexo, edad, escolaridad, estado civil y tipo de cáncer. Además antes de iniciar a responder a las preguntas se ofrecía una explicación de los objetivos y del manejo de los datos haciendo hincapié en la participación voluntaria (sin ningún tipo de consecuencia positiva o negativa derivada de la aceptación o rehusó) y la confidencialidad de los datos. Todos los participantes firmaron por escrito

un consentimiento informado. El tiempo aproximado de respuesta fue de 7 minutos. El protocolo fue sometido al comité de ética del centro y aprobado por el mismo.

3. Análisis de datos

Los análisis de datos se realizaron con IBM SPSS versión 22 y con el programa AMOS. Respecto a la estadística descriptiva se ofrecen los siguientes índices; frecuencias, porcentajes, media, desviación típica, asimetría y curtosis. La muestra total se dividió en dos para realizar el estudio de la estructura interna (una mitad para cada tipo de análisis factorial). Una recomendación sobre el uso de análisis factorial es hacer un uso secuencial de ambos tipos de análisis (factorial y exploratorio) dividiendo la muestra aleatoriamente en dos submuestras. En la primera submuestra se busca la estructura factorial (con análisis factorial exploratorio) y confirmarlo con la segunda submuestra y el análisis factorial confirmatorio⁽²⁴⁾. Si bien, la escala consta de un solo factor, es una escala que se ha construido desde el inicio, por lo que se consideró importante confirmarlo de esta manera.

Se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) en el cual se hizo uso del método de máxima verosimilitud con rotación varimax⁽²⁴⁾. Se usó la prueba de esfericidad de Bartlett y el índice de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Posteriormente, se realizó un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) mediante el método de Mínimos Cuadrados Ponderados Robustos porque se ha señalado como adecuado para datos categóricos⁽²⁸⁾. Se hizo uso de los siguientes índices de ajuste: chi-cuadrada de Satorra-Bentler (χ^2) y grados de libertad, el valor de p de χ^2 no significativo indica buen ajuste, por otro lado, $\chi^2/df < 3$, indica ajuste excelente y < 5 aceptable). Además se utilizaron los siguientes; índice de ajuste normado (NFI), Tucker-Lewis (TLI) y comparativo (CFI), los valores se interpretan como excelente ajuste cuando son superiores a 0,95 y adecuados por encima de 0,90⁽²⁷⁾. También se ofrece el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), donde valores por debajo de 0,08, indican buen ajuste⁽²⁷⁾. Para el cálculo de la consistencia interna se utilizó el Alfa de Cronbach, para valorar la bondad de los reactivos se utilizaron los valores de correlación corregida entre el reactivo y el total de la escala sin contar con el propio ítem, el valor del alfa si se elimina el ítem, y el peso factorial del ítem.

4. Resultados

Respecto a la estructura de la escala, el AFE mostró valores de KMO = 0,830, y de la prueba de esfericidad de Bartlett de $\chi^2 = 976,240$, $df = 36$, resultó significativa ($p < 0,001$), lo cual es indicador que el AFE es factible. A pesar de que tres componentes mostraron autovalores superiores a la unidad, se observó una importante diferencia entre el primer y el segundo factor, además en las soluciones de dos o tres factores la mayoría de ítems mostraban pesos factoriales elevados (por encima de 0,40) en dos o tres factores, asimismo los posibles factores no eran interpretables de forma congruente. Por ello, se consideró como mejor solución la unifactorial que explica el 49% de la varianza (véase tabla 3).

Tabla 3. Valores propios, varianza explicada y acumulada de los factores de la EACPC.

Componente	Autovalor	% Varianza explicada	% Varianza acumulado explicada
01	4,411	49,008	49,008
02	1,279	14,210	63,218
03	1,015	11,272	74,490
04	,681	7,562	82,052
05	,429	4,768	86,821

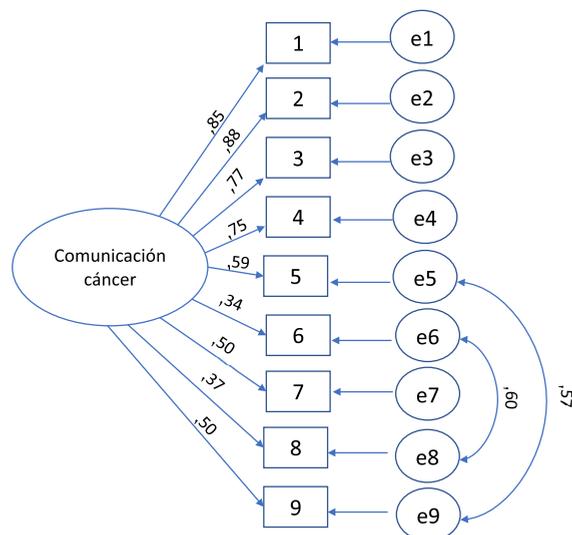
La estructura unifactorial fue evaluada mediante un AFC, donde el valor de chi-cuadrado de Satorra-Bentler (χ^2) resultó de 55,847 con 25 grados de libertad y fue $p < 0,001$. Sin embargo, el valor de χ^2/gl resultó < 3 , lo cual se interpreta como excelente ajuste. Además los índices NFI, TLI y CFI y RMSEA también resultaron adecuados (véase tabla 4 y figura 1).

Tabla 4. Índices de bondad de ajuste para el modelo de tres factores de la EACPC.

	χ^2 (gl)	p	χ^2/gl	NFI	TLI	CFI	RMSEA
Versión 15 ítems IEPRaC (25)	55,847	<,001	2,234	,944	,954	,968	,074

Nota: Índices corregidos (método robusto). S-B $\chi^2 = \chi^2$ escalado de Satorra-Bentler, dividido entre grados de libertad; NFI = índice de ajuste normalizado; TLI = índice de Tucker-Lewis CFI = índice de bondad de ajuste comparativo; RMSEA = Índice de error de aproximación cuadrático medio

Figura 1: Estimación de los parámetros del modelo unifactorial de la EACPC.



El valor de alfa de Cronbach de la EACPC resultó aceptable en ambas submuestras ($\alpha = 0,866$ en la primera y $\alpha = 0,865$ en la segunda). Los valores de la media de los reactivos osciló de 0,92 (ítem 6) a 2,00 (ítem 7), y la desviación típica de todos los reactivos estuvo alrededor de 1 (ver tabla 5). En la tabla 6, puede observarse que todos los reactivos al ser eliminados hacen reducir el valor del Alfa de Cronbach, excepto el ítem 6 que no lo modifica. Todos los ítems mostraron correlaciones corregidas con la escala total superiores a 0,49. Excepto el ítem 6 que muestra un valor de 0,373, el resto de reactivos obtuvieron una carga factorial por encima de 0,40. El máximo valor de asimetría es de 0,560 (ítem 6) y los de curtosis no fueron muy superiores a los de la unidad, por ello puede inferirse que los ítems se distribuyen siguiendo la ley normal (ver tabla 6).

Tabla 5. Para cada ítem se muestra su media y desviación estándar.

Ítems	Media	Desviación típica
1. Hablo de mis sentimientos sobre el cáncer con las personas de confianza	1,82	0,94
2. Comparto mis preocupaciones sobre el cáncer con personas de confianza	1,79	0,96
3. Expreso mis temores sobre el cáncer a personas de confianza	1,58	1,04
4. Actualmente comparto mis pensamientos más íntimos con personas de confianza	1,80	0,98
5. Evito hablar del tema del cáncer con mi familia	1,85	1,08
6. Hablo con mis amistades de la muerte	0,92	0,85
7. Hablo de temas personales con mi familia	2,00	0,84
8. Hablo con mis familiares de la muerte	1,01	0,86
9. Evito hablar sobre el cáncer con mis familiares	1,80	1,04

Tabla 6. Para cada ítem de la EACPC se muestra su asimetría, curtosis, correlación ítem-total corregida, Alfa de Cronbach del total de la escala si dicho ítem es eliminado y peso factorial.

Ítem	s	k	r_i (c)	α	λ
1	-0,183	-1,007	,725	,840	,841
2	-0,249	-0,940	,733	,839	,861
3	-0,064	-1,157	,643	,848	,761
4	-0,318	-0,940	,683	,844	,754
5	-0,430	-1,132	,656	,847	,633
6	0,560	-0,481	,415	,866	,373
7	-0,469	-0,445	,512	,860	,513
8	0,501	-0,427	,452	,865	,401
9	-0,349	-1,072	,561	,856	,546

Descriptivos de la EACPC

Las puntuaciones oscilaron desde la puntuación más baja a la mayor (de 0 a 27), la media fue de 14,57 (DT = 5,99) y los valores de asimetría y curtosis fueren de -0,282 y -0,774 respectivamente, indicando que sigue la distribución normal. Véase en la Tabla 7 las frecuencias y porcentajes.

Tabla 7. Frecuencias y porcentajes de los valores de la puntuación total de la escala de la EACPC.

Valores	Frecuencia	%
0	1	0,4
1	1	0,4
2	5	2,2
3	2	0,9
4	3	1,3
5	5	2,2
6	5	2,2
7	10	4,4
8	9	4,0
9	12	5,3
10	12	5,3
11	9	4,0
12	8	3,6
13	11	4,9
14	8	3,6
15	16	7,1
16	13	5,8
17	12	5,3
18	12	5,3
19	14	6,2
20	15	6,7
21	17	7,6
22	8	3,6
23	8	3,6
24	3	1,3
25	5	2,2
27	1	0,4

5. Discusión/ Conclusiones

La presente investigación tuvo como objetivo construir y estudiar las propiedades psicométricas de una escala para evaluar la apertura a la comunicación de los pacientes con cáncer. Respecto a la estructura interna, después del AFE se concluyó que la mejor solución resultó la unifactorial. Los índices extraídos a partir del análisis factorial confirmatorio sugieren un ajuste adecuado⁽²⁷⁾. De modo que no aparecen posibles factores en función de la temática a comunicar, ni tampoco respecto al interlocutor, la escala mide en un solo factor la apertura del paciente oncológico para comunicarse sobre cualquier temática (cáncer, muerte, emociones o temas íntimos en general) con las personas cercanas (familiares o amigos).

Además los nueve reactivos evaluados favorablemente por los jueces mostraron propiedades psicométricas adecuadas (excepto el ítem 6 cuya correlación corregida con la escala total sólo fue aceptable) para formar parte del instrumento. Por otro lado, la confiabilidad de la escala resultó adecuada observado en dos submuestras.

La puntuación total de la EACPC se distribuye siguiendo la ley normal, y un participante obtuvo la menor puntuación posible y otro la mayor.

Es importante señalar algunas limitaciones del presente estudio, la primera alude al muestreo realizado que fue realizado por conveniencia, en un único estado de México y de un solo centro médico, el cual era privado. En futuros estudios sería recomendable estudiar las propiedades psicométricas de la escala haciendo uso de muestras de diferentes estados de la República y que se incluyera población de usuarios de centros públicos.

Probablemente, la mayor limitación del presente estudio es que no se aportan evidencias de validez de la escala. Es importante en futuras investigaciones estudiar la relación de la EACPC con alguna otra escala que evalúe la comunicación como las referidas en el estudio de Epstein & Street⁽²¹⁾, en la cual se esperaría relaciones moderadas, debido a que no miden el mismo constructo. Asimismo, sería conveniente estudiar la relación con alguna escala que evaluara la sintomatología de ansiedad que se esperaría relaciones moderadas y negativas, y con alguna que midiera la calidad de vida, con la previsión de observar una relación moderada y positiva con la puntuación del EACPC.

Además sería conveniente en ulteriores estudios analizar la fiabilidad test-retest de la escala, de modo que en periodos relativamente cortos y sin realizar ninguna intervención se esperaría que las puntuaciones correlacionarían altamente.

La EACPC es un instrumento que puede utilizarse en escenarios asistenciales con la finalidad de identificar a pacientes que presenten dificultades en la apertura a la comunicación y por ello susceptibles de beneficiarse de tratamientos psicológicos. Asimismo, puede ser de gran utilidad en la investigación, enriqueciendo el conocimiento referido a la comunicación en el entorno del paciente oncológico.

A modo de conclusión podemos afirmar que la EACPC es breve, lo cual es de agradecer debido a que frecuentemente los pacientes oncológicos muestran fatiga, y además muestra propiedades psicométricas aceptables para pacientes con cáncer mexicanos (ANEXO 1).

6. Referencias bibliográficas

1. Cancer Research UK. Cancer survival statistics [Internet]. 2021 [cited 2021 Aug 25]. Available from: <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/cancer-statistics/survival>
2. Tomás Sánchez Hernández P, Corbellas Solanas C, Camps Herrero C. Depresión y duelo anticipatorio en el paciente oncológico. In: *Duelo en Oncología*. 2019. p. 237–51.
3. Espinoza-Suárez NR, Zapata Del Mar M, Mejía Pérez LA. Conspiración del silencio: una barrera en la comunicación médico, paciente y familia. *Rev Neuropsiquiatr* 2017;80(2). <https://doi.org/10.20453/rnp.v80i2.3105>
4. Abreu CBB de, Fortes PA de C. Questões éticas referentes às preferências do paciente em cuidados paliativos. *Rev. Bioét* 2014;22:299–308.
5. Font-Ritort S, Martos-Gutiérrez JA, Montoro-Lorite M, Mundet-Pons L. Calidad de la información sobre el diagnóstico al paciente oncológico terminal. *Enferm Clín* 2016;26:344–50. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.07.006>
6. Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. Barcelona: Ariel; 2003.
7. Bermejo JC, Villacieros M, Carabias R, Sánchez E, Díaz-Albo B. Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: Nivel de información y actitudes observadas. *Medicina Paliativa* 2013;20:49–59. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2012.07.002>
8. Díaz Facio Lince V, Alberto Ruiz Osorio M, Flórez Ruiz C, Urrea Cosme Y, Córdoba Sánchez V, Camilo Arbeláez C, et al. El proceso de morir: destino y significación del diagnóstico de muerte inminente. *Revista Virtual Universidad Católica*; 2013;195–211.
9. Lemus-Riscanevo P, Carreño-Moreno S, Arias-Rojas M. Conspiracy of silence in palliative care: A concept analysis. *Indian J Palliat Care* 2019;25:24–9. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_183_18
10. Ruiz-benítez de Lugo M D L Ángeles, Coca M C. El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. *Psicooncología* 2008;5:53-69.
11. Fumis RRL, de Camargo B, del Giglio A. Physician, patient and family attitudes regarding information on prognosis: A Brazilian survey. *Ann Onco* 2012;23:205–11. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdr049>
12. Cejudo López Á, López BL, Rodríguez MD, Serván MPC, Illescas CC, de la Fuente Rodríguez C. El pacto de silencio desde la perspectiva de las personas cuidadoras de pacientes paliativos. *Enferm Clín* 2015;25:124–32. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.02.002>
13. Kimberlin C, Brushwood D, Allen W, Radson E, Wilson D. Cancer patient and caregiver experiences: Communication and pain management issues. *J Pain Symptom Manage* 2004;28:566–78. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2004.03.005>
14. Dalton JA, Feuerstein M. Fear, alexithymia and cancer pain. *Pain* 1989;38:159-70. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(89\)90234-0](https://doi.org/10.1016/0304-3959(89)90234-0). PMID: 2780071.
15. Skinner H, Steinhauer P, Sitarenios G. Family Assessment Measure (FAM) and Process Model of Family Functioning. *J Fam Ther* 2000;22: 190–210. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00146>
16. Baque Hidalgo JE, Vallejo Martínez M. La Comunicación en la Relación Médico-Paciente-Familia en Cuidados Paliativos. *Rev Oncol Ecu* 2019;199–209. <https://doi.org/10.33821/449>

17. Ferrell B, Buller H, Paice J, Anderson W, Donesky DA. End-of-Life Nursing and Education Consortium Communication Curriculum for Interdisciplinary Palliative Care Teams. *J Palliat Med* 2019;22:1082–91. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0645>
18. Balasubramanian C, Subramanian M, Balasubramanian S, Agrawal A, Raveendran S, Kaliaperumal C. “Thanatophobia”: Physician’s perspective of dealing with patients with fear of death. Vol. 9, *J Nat Sci Biol Med Medknow Publications*; 2018. p. 103–4. https://doi.org/10.4103/jnsbm.JNSBM_102_17
19. Siminoff LA, Zyzanski SJ, Rose JH, Zhang AY. The Cancer Communication Assessment Tool for Patients and Families (CCAT-PF): A new measure. *Psychooncology* 2008;17:1216–24. <https://doi.org/10.1002/pon.1350>
20. Arraras JI, Wintner LM, Sztankay M, Tomaszewski K, Hofmeister D, Costantini A, et al. La comunicación entre el paciente oncológico y los profesionales. El cuestionario de comunicación de la EORTC. *Psicooncología* 2017;14:107–20. <https://doi.org/10.5209/PSIC.55815>
21. Epstein R, Street R. Patient centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering. NIH Publication. 2007. <https://doi.org/10.1037/e481972008-001>
22. Montero I, León OG. A guide for naming research studies in Psychology. *Int J Clin Health Psychol* 2007;7:847–62.
23. Sierra-Murguía MA, Navarro-Contreras G, Guevara-Sanginés ML, Blázquez FP. Cognitive response related to cancer diagnosis in Mexican patients. *Interdisciplinaria*. 2022;39:143–61. <https://doi.org/10.16888/interd.2022.39.1.9>
24. Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. *An Psicol* 2014;30:1151–69. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>.
25. Muthén L, Muthén B. *Mplus Version 7 user’s guide*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén. 2012.
26. Bollen KA. Introduction. In: *Structural equations with latent variables*. 1989. p. 1–9.
27. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling* 1999;6:1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
28. Kline R. *Principles and practice of structural equation modeling*. Third. Vol. 20, Thought. The Guilford Press; 2011.

ANEXO 1. Escala de Apertura a la Comunicación en Pacientes de Cáncer (EACPC)

INSTRUCCIONES: Por favor lee cuidadosamente las afirmaciones que se te presentan a continuación, responde lo primero que se te venga a la mente marcando con una **X** la opción con la que te identifiques; ya sea **Nunca, Casi nunca, A menudo** o **Siempre**.

	Nunca	Casi Nunca	A menudo	Siempre
1. Hablo de mis sentimientos sobre el cáncer con las personas de confianza				
2. Comparto mis preocupaciones sobre el cáncer con personas de confianza				
3. Expreso mis temores sobre el cáncer a personas de confianza				
4. Actualmente comparto mis pensamientos más íntimos con personas de confianza				
5. Evito hablar del tema del cáncer con mi familia				
6. Hablo con mis amistades de la muerte				
7. Hablo de temas personales con mi familia				
8. Hablo con mis familiares de la muerte				
9. Evito hablar sobre el cáncer con mis familiares				

Nota: Los ítems 5 y 9 son inversos.