

INFORMACION AL ENFERMO ONCOLOGICO: LOS LIMITES DE LA VERDAD TOLERABLE

Álvaro S. Rubiales, Yolanda Martín, M^a Luisa del Valle, M^a Isabel Garavís, Carlos Centeno.

Servicio de Oncología, Hospital Universitario de Valladolid.

INTRODUCCIÓN

El problema de la comunicación con el enfermo es un capítulo de la medicina en general y, en particular, de la oncología que continúa abierto ^{1,2,3}. En los últimos años son cada vez más frecuentes las aportaciones teóricas y prácticas, muchas de ellas desde el ámbito de la medicina paliativa ^{4,5,6}, que intentan arrojar luz sobre esta cuestión ^{7,8,9}. Incluso en los tratados más recientes de oncología se comienzan a incluir capítulos que también abarcan este tema ¹⁰. Y es en este escenario de la comunicación donde se ha desarrollado el concepto de verdad soportable o verdad tolerable (VT) para definir el modo adecuado de transmitir la información a los pacientes. El fundamento de lo que se considera la VT es que la información que se debe facilitar al paciente sobre su enfermedad tiene que ser aquella que el enfermo pueda admitir, es decir, la que pueda tolerar o soportar sin crearle más problemas ni agravar los que ya padece, tanto psicológicos ¹¹ como somáticos. Esta VT es, a la vez, un objetivo y una tendencia en la medicina de hoy. Así, en los últimos años este término, expresado de una u otra manera, se ha hecho cada vez más común ^{12,13}, especialmente en los ámbitos de la oncología y de la medicina paliativa. Y han aparecido un buen número de trabajos orientados a ponerlo en práctica.

Sin embargo, son numerosos los problemas que se encuentran cuando se intenta aplicar. Aunque en apariencia se trata de un concepto fácil de comprender y de aceptar, y en el que parece que hemos llegado a un consenso sobre su conveniencia, son todavía pocos los profesionales que se atreven a emplearlo decididamente en su quehacer diario.

El concepto y los límites de la VT no están aún totalmente perfilados y son un motivo de controversia. España, con sus connotaciones propias de encrucijada dentro de lo que es el mundo occidental y el sur de Europa ^{14,15}, se va adaptando a esta manera de comprender la información referida tanto al enfermo como a su enfermedad, con las connotaciones añadidas que aparecen cuando esta enfermedad es un cáncer. En este sentido, se va creando una tendencia a informar con más frecuencia y detenimiento. Y a que esta información favorezca la toma de decisiones que permitan afrontar los problemas. Pero es evidente que lo que se pretende también es evitar que la propia información llegue a hundir a las personas en el desánimo y la indefensión. En el fondo, no es más que otro modo de aplicar el criterio clásico del *primum non nocere*. Realmente, se puede admitir que este principio de la VT se debería aplicar a todas las situaciones y a todas las personas con cualquier tipo de información, tanto en el ámbito médico como en cualquier otro.

VERDAD E INFORMACIÓN

La información al paciente y a su familia en la medicina actual se enfoca desde dos puntos de vista diferentes. Y esto se aprecia aún con más claridad en el campo de la oncología. Por un lado está la línea más avanzada, que se practica y defiende principalmente en países anglosajones, y que se orienta a dar

una información clara y directa, poco preocupada por las posibles repercusiones emocionales negativas¹⁶. Esta orientación se basa en una visión antropológica y social diferente y, a la vez, es más eficaz para eludir los posibles compromisos de responsabilidad legal. Además, parece que responde también al hecho de que en esos países los pacientes oncológicos tienen más deseos de estar bien informados sobre su enfermedad¹⁷. Sin embargo, a veces parece que el derecho a la información se transforma en un deber: el enfermo se ve obligado a encararse no sólo con el diagnóstico y las posibilidades terapéuticas que se le ofrecen sino que, además, le corresponde asumir también el pronóstico. Y esta actitud entraña riesgos. Hasta el punto de que esta información se puede llegar a convertir en un arma de doble filo que no es fácil de manejar. En Estados Unidos se ha vuelto a reabrir la polémica sobre la información, la certidumbre del pronóstico y la esperanza del enfermo^{18,19} y empiezan a aparecer posturas divergentes²⁰.

La línea española se contrapone a esta mentalidad^{21,22}. En nuestro país la tendencia, especialmente en el ámbito de la oncología, sigue siendo la de omitir o negar ante el paciente los aspectos negativos de la enfermedad, entre ellos el mismo diagnóstico, en ocasiones porque el propio enfermo no desea recibir esta información^{23,24}. En una revisión reciente de los estudios realizados sobre la información que se da en España a los enfermos oncológicos se concluye que una tercera parte de los enfermos están informados y conocen su diagnóstico, otro tercio de los pacientes lo sospecha, aunque no están informados, y la otra tercera parte lo desconoce²⁵. Es cierto que hay también otros factores que influyen: el nivel cultural, la edad, el tipo de

tumor, el pronóstico, la agresividad del tratamiento, la necesidad de una cirugía agresiva y potencialmente curativa, la actitud del médico, la educación sanitaria del medio... Además, no es la misma la importancia que dan a cada información el médico y el paciente^{26,27}, hasta el punto de que el propio enfermo no se atreve a preguntar por las cuestiones que más le interesan o le preocupan. Por parte del médico o del personal sanitario es difícil asumir la responsabilidad de contrariar a una persona. Y más difícil aún arriesgarse a atacar involuntariamente lo que le puede ser más preciado: la esperanza. Por este motivo tendemos a enmascarar la verdad o, si pareciere necesario, a mentir²⁸.

Las experiencias de aciertos y errores en el trabajo diario, en el trato y en la información al enfermo, en las conversaciones con las familias de los pacientes, etc. ayudan a mejorar la labor profesional y, también, a perfilar mejor donde están los límites de la VT. Cada enfermo es un mundo con un espectro amplísimo de registros y matices que sólo se exteriorizan en circunstancias muy determinadas. Así que cada paciente es, para el médico, una fuente nueva de conocimientos en el trato humano y, sobre todo, en la relación específica entre médico y enfermo. Y ahí, a diario, es donde hay que concretar, matizar y reajustar la VT que se transmite. Una VT que es siempre parecida y que, a la vez, siempre está modificada; que hay que adaptar a la psicología y la propia vivencia diaria del paciente. Es lógico, por tanto, que cada vez que llega la hora de informar y de intentar transmitir la verdad nos hagamos una serie de preguntas, como: ¿qué verdad?, ¿cuánta?, ¿a quién?, ¿sobre qué aspecto concreto?, ¿cómo?, ¿cuándo?, ¿por qué?... antes de llegar a perfilar, seriamente y en cada

caso, hasta dónde ha de llegar la VT.

Los problemas de responsabilidad de los actos médicos hacen que sea mucho más frecuente solicitar el consentimiento firmado del enfermo antes de que se someta a estudios o tratamientos potencialmente lesivos. En este ambiente es natural que surja esta cuestión, que es una pregunta abierta: ¿hasta qué punto el *consentimiento firmado* es un *consentimiento informado*? Por una parte, es frecuente que la familia, unilateralmente y por motivos humanitarios, asuma el papel de único interlocutor válido sobre la enfermedad y el pronóstico del enfermo. Además, los parientes de los enfermos con cáncer rechazan cualquier comunicación del diagnóstico al paciente con más frecuencia que la población general²⁹. Se llega así a un acuerdo verbal o tácito entre médico y familia: se reconoce *a priori* que el enfermo no va a ser capaz de asumir su realidad y su futuro. Al paciente, que es el primer interesado, parece que se le niega el reconocimiento de su madurez, de la capacidad de afrontar una situación difícil, con lo que queda excluido de la información y de la toma de decisiones desde el principio. Por otra parte, el problema puede aparecer a la hora de enfrentarse con la necesidad de firmar un consentimiento para, por ejemplo, recibir un tratamiento oncológico. En ocasiones el médico intentar obviar este trámite quitándole importancia o suavizando los términos médicos que se reflejan en el texto. Sin embargo, no es extraño ver también que enfermo y familia lo firman sin detenerse a leer su contenido. Esto es, al fin y al cabo, un modo un modo de mantener su derecho a no ser informados aunque se les exija un consentimiento informado.

LA VERDAD TOLERABLE

La VT, como concepto, expresa una fuerza y una evidencia que hacen que se comprenda y se acepte con facilidad. Pero tiene, por otra parte, el inconveniente de que no se encuadra dentro de unos límites definidos: la VT hay que adaptarla a cada persona y a su grado de tolerancia en cada momento. La información que hay que transmitir a cada persona, en cada lugar y en cada instante depende de demasiados factores objetivos y subjetivos. Estos factores no son medibles y, además, interactúan: se modulan entre sí y cambian casi constantemente. Son un reflejo de los diferentes estados interiores de cada persona. Sólo se puede llegar a la VT como algo propio de un individuo en unas coordenadas concretas de tiempo y espacio, es decir, que hay que entenderla como algo dinámico y personal³⁰. Esta VT se ha propuesto como modelo a seguir en la información al paciente oncológico. En realidad describe de manera poco específica y muy adaptable la necesidad de involucrar al paciente en el conocimiento de su enfermedad (diagnóstico, pronóstico, tratamiento e historia natural) sin que le suponga un trauma que no sea capaz de soportar. Uno de los problemas es que, al tratarse de algo moldeable y que se diseña individualmente, no se puede encontrar un esquema y unas líneas de actuación comunes para emplear en todos los casos³¹.

La VT es patrimonio de la medicina. Originariamente parece que se ha desarrollado y ha tomado cuerpo en la oncología, por los problemas de información que trae consigo el cáncer como tema tabú. El cáncer se sigue representando en la sociedad como una enfermedad irremediable y como la antesala de la muerte. Hay, sin embargo, otras patologías que también llevan consigo

un estigma que hace muy difícil la transmisión del diagnóstico o del pronóstico. Un ejemplo claro son la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), que son el todo y una parte de una misma enfermedad³². Y que, además, se asocian con frecuencia a la práctica de conductas como la drogadicción o la homosexualidad, que pueden suponer un rechazo social. A esto hay que añadir el miedo al contagio y también la imagen, que comparte con el cáncer, de enfermedad incurable y progresiva, en la que a todos se les supone cerca de la situación terminal. La VT no es, por tanto, un patrimonio de la oncología: se trata de un principio compartido por toda la medicina y, sobre todo, por el sentido común. Hay dos conceptos básicos que sustentan este principio: afirmar que el nihilismo informativo (no decir nada o mentir abierta y descaradamente) no es admisible, igual que tampoco lo es la información árida, aséptica y científica propia de un tratado de medicina. Sin embargo, en la práctica se siguen aceptando estos dos modos contrapuestos de dar información, aunque en ámbitos culturales diferentes.

LOS LÍMITES DE LA VERDAD TOLERABLE

Toda la información y toda la verdad que se refieren a una enfermedad tienen una frontera, un umbral de tolerabilidad. Y estos límites de tolerabilidad dependen de diversos factores. Algunos de ellos pueden ser las características personales del propio enfermo (psicología, personalidad, madurez), su entorno familiar, del pronóstico y las características de la propia enfermedad y, también, del médico o de la persona que informa^{33,34,35}.

Incluso, la propia especialidad de la medicina que ejerce el informador, también influye en el tipo de información que suministra³⁶. La información en oncología tiene matices asociados porque los pacientes, sus familiares y la sociedad en general no han llegado a alcanzar un conocimiento claro de lo que es el cáncer: no tienen una imagen visual de esta enfermedad, salvo que la hayan vivido en parientes muy cercanos. En resumen: no entienden lo que es un cáncer. Aun así no es complicado que se asuman conceptos fácilmente imaginables (*está muy extendido, está muy avanzado, le coge el pulmón y los huesos*) aunque eso no quiera decir que se conoce su significado auténtico.

A un enfermo se le pueda explicar, y puede que llegue a comprender, el diagnóstico de cáncer sin tener que nombrar esta palabra. No hay que olvidar que sigue siendo una palabra tabú. Hay rasgos importantes de la enfermedad que el paciente es capaz de asumir y tolerar, siempre que la información se base en conceptos claros, comprensibles y, si es posible, imaginables. Y mejor aún si el enfermo es capaz de comparar lo que se le explica con sus conocimientos elementales y las experiencias previas de conocidos. Se puede comprender que ha aparecido algo que es patológico y que progresa, que crece, y que produce o puede producir síntomas y signos clínicos. Si se hace ver la seriedad del diagnóstico, es fácil, en consecuencia plantear que en el pronóstico pueden aparecer sombras y, también, que puede hacer falta un tratamiento proporcionado: fuerte, agresivo. Siempre que se mantenga la esperanza en la curación. En esta exposición deben entrar las características principales de la enfermedad, de su evolución, de su tratamiento y del pronóstico, al tiempo que se procura evitar las

palabras cáncer³⁷ o tumor, que a veces se asumen como equivalentes aunque arrastren una carga ansiógena diferente³⁸. Es preciso dedicar tiempo, explicar cada punto, preguntar dudas y resolverlas, volver atrás, idear ejemplos nuevos e imágenes diferentes que expliquen mejor los conceptos.

En un ambiente hospitalario, los enfermos que se ven con problemas, que no terminan de mejorar, que se ven sometidos a más pruebas diagnósticas que a tratamientos, que no reciben un diagnóstico claro o que el que reciben no les cuadra con la importancia que les parece que debe de tener su enfermedad... se planteen que detrás se les oculta *algo más*. Y el enfermo puede preguntar, pasado el tiempo, lo que para él es crucial: ¿es malo?, ¿es maligno? En otras palabras: ¿es cáncer? A veces hay que adelantarse a la pregunta y afrontar la duda desde su comienzo, procurando mantener la esperanza. Pero hay que tener cierta precaución con lo que sólo sea una sospecha diagnóstica: sin un diagnóstico confirmado no se puede facilitar un pronóstico ni indicar un tratamiento. No es recomendable que en los primeros momentos se pretendan atar todos los cabos y dar por terminada la labor de información y de relación con el enfermo. En la primera entrevista se corre el riesgo de que cualquier información que se dé sea demasiada. Además, el médico no tiene aún referencias para conocer qué entiende o qué extrae el enfermo del aluvión de datos que se le proporciona. No es preciso pretender suministrar toda la información en una sola conversación: es preciso contar con el factor tiempo para que el enfermo y la familia maduren los datos que se les aportan. Este trato repetido también es una de los primeros determinantes que luego puede servir para que la relación entre el médico y el

paciente crezca desde la sinceridad y la confianza. Aunque no siempre se menciona, es muy importante la labor del personal de enfermería. Si se realiza una verdadera labor de equipo, en ocasiones deberá asumir un papel activo en la información. Y siempre podrá colaborar con el médico o con el que asuma el papel de primer informador transmitiéndole las reacciones y las dudas que el paciente, con más confianza por el trato a veces más directo y continuo, le puede revelar³⁹.

Los interlocutores del médico en nuestro medio son la familia y el paciente. Está perfectamente establecido que el primer interesado en la información y el que tiene derecho a recibirla es aquél a quien afecta más directamente: el paciente^{40,41}. Éste, a su vez, puede delegar este derecho o reconocer a los que pueden compartirlo con él. Sin embargo, sería una falta de realismo intentar obviar el papel de la familia; se trata del primer cuidador, el más directo y habitual, y es lógico que participe de alguna manera de la información. Entre el enfermo y su entorno familiar hay una interacción en lo cotidiano casi constante. El paciente y su entorno familiar reciben la información, la elaboran, la personalizan y, finalmente, se la comunican mutuamente con algunas ideas voluntariamente sesgadas. Durante el tiempo de trato y atención que la familia dispensa al paciente se crean nuevos lazos, informaciones y actitudes que el médico debería, al menos, conocer, si no le es posible participar en ellas. No se puede excluir a los allegados de la información que les afecta ni tampoco adoptarlos como interlocutores únicos para tratar de los problemas que afectan al enfermo.

El modelo de comunicación en medicina es interactivo: entre las diversas fuentes de

información hay un flujo. Y este flujo, con el aporte y el intercambio de conocimientos, hace que el saber y la actitud lleguen a cambiar. Si sólo se entendiese como un proceso unidireccional (médico-paciente), el médico se limitaría a instruir o a aportar datos al paciente, a la familia o a ambos. Los fenómenos objetivos y subjetivos de transferencia y contratransferencia también influyen a la hora de conocer los límites de la VT. El médico tiene necesidad de conocer cómo se recibe y cómo se entiende su información⁴². La realidad cotidiana confirma que no todo lo que se dice llega a ser comprendido o, al menos, comprendido de manera adecuada. Aquí influyen diversos factores, entre ellos: el bagaje cultural, la experiencia previa, la psicología, el entorno, las expectativas y los prejuicios, tanto del paciente como de sus familiares. En general estas circunstancias suelen ser poco conocidas y poco valoradas por el médico.

Con el paso del tiempo y el contacto más frecuente con el enfermo, el médico se va aperciendo de estos matices que le ayudan a perfilar las conversaciones y a conocer e interpretar mejor las reacciones de sus pacientes, tanto internas como externas. Es preciso que el médico tenga una sensibilidad especial en relación con el modo de ser del enfermo y con los cambios psicológicos que pueden sucederle para adaptar la información que suministra a la propia tolerancia del paciente. Si ha habido una costumbre de acercarse a informar a los enfermos, entonces se han podido cometer errores por exceso y por defecto. No hay una norma clara que defina en cada enfermo su VT: la experiencia se adquiere a diario con la práctica y, hasta cierto punto con una técnica de ensayo y error. Sólo se puede adquirir la sensibilidad

necesaria para acercarse a cada paciente la información que, de hecho, puede soportar cuando uno ha podido aprender de sus propios errores y aciertos. Aunque a la hora de informar al paciente el componente humano es el primordial, también una parte técnica en la que se podría definir una curva de aprendizaje (*learning curve*) que exige experiencia y repetición de actos. Aun así, hay que saber que cada vez que se intenta transmitir información a un paciente sobre su enfermedad se está asumiendo una situación no conocida y, con ello, un riesgo evidente de no acertar ni en la cantidad ni en el modo de transmitirla. Esta incertidumbre es una constante: aparece siempre, aunque pueda estar más atenuada, incluso en los médicos con más experiencia en este tipo de situaciones e incluso cuando se van conociendo las características más peculiares tanto del enfermo como de su familia.

FASES DE LA ADAPTACIÓN A LA VERDAD

El enfermo no mantiene una actitud estable a lo largo de todas las etapas de su enfermedad. Respecto a la aceptación de la muerte se han descrito una serie de etapas que no son propiamente unos pasos ordenados, sucesivos e inamovibles⁴³. Aunque esta distinción en etapas se comenzó empleando exclusivamente en enfermos terminales, últimamente se han venido aplicado también a los enfermos con cáncer, independientemente del estadio y del pronóstico en relación con el conocimiento y la aceptación de la enfermedad. También en estos enfermos se pueden señalar unas fases similares. A pesar de que se presentan como una vía de sentido único, también son variables. De hecho, la experiencia clínica permite ver que sólo rara-

mente se presentan en el orden descrito: pueden repetirse, adelantarse, retrasarse y, también, coexistir en un mismo periodo de tiempo.

En el paciente, con el paso del tiempo, a la vez que se altera su entorno y su psicología, también cambia la situación de la enfermedad, que puede remitir o progresar. En la misma medida se modifica también la indicación y la actitud ante un tratamiento oncológico ⁴⁴. Y también cambia el entorno y la psicología del médico, a veces también al mismo ritmo en que se desarrolla la enfermedad ⁴⁵. En este sentido, se ha trabajado mucho en relación con la primera información sobre el diagnóstico: la que supone un choque más grande y mayor ansiedad. Poco se ha trabajado sobre la información en relación con el riesgo de recidiva durante el seguimiento de los enfermos potencialmente curados o sobre la falsa seguridad que pueden dar al paciente los múltiples estudios y revisiones que se suelen realizar durante este seguimiento ⁴⁶, o sobre el modo de seguir transmitiendo la información a enfermos crónicos con una enfermedad avanzada de evolución lenta, que pueden tener un pronóstico vital de varios años.

Dentro de las posibles reacciones que tiene un enfermo ante la muerte se han descrito, clásicamente, las siguientes:

- choque
- negación
- ira / enfado
- negociación
- depresión
- resignación / aceptación

Aunque cabría explicar detalladamente cada una de estas etapas, en realidad la propia definición permite comprender cómo reacciona el paciente terminal. A su vez,

estas fases son las que atraviesa el enfermo oncológico en la medida en que va siendo informado de su enfermedad. Es frecuente que no se pueda distinguir claramente cada una de ellas pero sí, tal vez, las características más determinantes de una de ellas en cada posible etapa vital del paciente con cáncer.

Y, lo mismo que sucede con el paciente, sucede también con la familia. También puede atravesar por estas etapas. Y, a la vez, los parientes interactúan con el enfermo y pueden cambiar su modo de ver la enfermedad, su perspectiva sobre el pronóstico y sus reacciones. Es importante recordar que la postura de la familia también es dinámica y cambia con la propia evolución de la enfermedad y la propia respuesta y adaptación del paciente.

Es preciso tener la habilidad necesaria para discriminar en los pacientes y en sus familiares estos cambios para poder actuar en consecuencia. El objetivo es facilitar que puedan asimilar en cada momento la información que se les aporta. Es necesario, por tanto, modificar de manera sucesiva los criterios de VT. En general es cierto que la línea de la información es progresiva: en la medida en que pasa el tiempo el enfermo conoce y asume mejor su enfermedad. Pero no hay que extrañarse de los posibles retrocesos que aparecen. En realidad, estos retrocesos pueden consistir en fases repetidas de negación, o de negociación con la propia enfermedad y con el tratamiento. O también pueden ser fases de ira. Sin embargo, suelen ser periodos transitorios y autolimitados que con frecuencia terminan facilitando que el paciente llegue a asumir y aceptar su propia enfermedad.

CONCLUSIÓN

En la medicina de hoy es lógico aceptar la VT como un objetivo al que hay que tender ya que se trata de un signo de buena práctica médica en el trato y la información al enfermo y a sus familiares. Sin embargo el concepto de VT tiene muchos matices de subjetividad tanto por parte del paciente como del médico. Especialmente en el enfermo oncológico se producen, a lo largo de la enfermedad cambios en la propia psicología que alteran su capacidad de tolerar la información sobre su proceso. El médico ha de ser especialmente sensible a estos cambios para adaptar constantemente la información que suministra a la propia tolerancia del paciente. Sólo cuando hay costumbre de procurar informar a los enfermos y, por tanto se han cometido errores por exceso y por defecto, se puede adquirir la sensibilidad necesaria para acercar a cada paciente la cantidad de información que, de hecho, puede soportar.

Notas bibliográficas:

1. Oken D. What to tell cancer patients: a study of medical attitudes. *JAMA* 1961; 175: 1120-1128.

2. Novack DH, Plumer R, Smith RL, et al. Changes in physicians attitudes toward telling the cancer patient. *JAMA* 1979; 241: 897-900.

3. Sanz Ortiz J. Comunicación e información. *Med Clin (Barc)* 1995; 104: 59-61.

4. Sanz Ortiz J. La comunicación en medicina paliativa. *Med Clin (Barc)* 1992; 98: 416-418.

5. Astudillo W, Mendinueta C. Importancia de la comunicación en el cuidado del paciente terminal. En: Astudillo W, Mendinueta C, Astudillo E, editores. *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Pamplona; EUNSA, 1995; 43-48.

6. Gómez-Batiste X, Novellas A, Albuquerque E, Guerra R. Información y comunicación. En: Gómez-Batiste X, Planas Domingo J, Roca Casas J, Viladiu

Quemada P, editores. *Cuidados paliativos en oncología*. Barcelona: Editorial JIMS, S.A., 1996; 287-298.

7. Fins JJ. The problem of the terminal patient presents as part of a round table discussion: Ethical Issues in Oncology. En: Libro de Ponencias. IV Congreso Nacional de Oncología Médica. Madrid: Editorial Libro del año S.L., 1993.

8. Sanz Ortiz J, Gómez-Batiste Alentorn X, Gómez Sancho M, Núñez Olarte JM. *Cuidados Paliativos. Recomendaciones de la SECPAL*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993.

9. Baines M, Kearney M. *A practical guide to the essentials of palliative care*. Dublin; Irish Cancer Society.

10. Scanlon C, Brescia FJ. Approaches to meeting the needs of the dying patient. En: DeVita VT Jr, Hellmann S, Rosenberg SA, editores. *Cancer: Principles & Practice of Oncology*. 5th edition. Philadelphia: J.B. Lippincott-Raven Publishers, 1997.

11. Hernández Mandado P, Cañabate Reyes E. Información al paciente oncológico, desde la psiquiatría. *Cuadernos de Bioética* 1997; 8: 899-902.

12. Sánchez González M. La comunicación de la verdad al enfermo canceroso. *Oncología* 1993; 16: 366-369.

13. González Barón M, Espinosa E, de la Gándara I, Poveda J. La información al paciente con cáncer. Concepto de verdad soportable y progresiva. *Neoplasia* 1993; 10: 1-3.

14. Surbone A. Truth telling to the patient. *JAMA* 1992; 268: 1661-1662.

15. Weil M, Smith M, Khayat D. Truth-telling to cancer patients in the western european context. *Psycho-Oncology* 1994; 3: 21-26.

16. Pellegrino DE. Is truth telling to the patient a cultural artifact? *JAMA* 1992; 268: 1734-1735.

17. Fallowfield L, Ford S, Lewis S. No news is not good news: information preferences of patients with cancer. *Psycho-Oncology* 1995; 4: 197-202.

18. Sardell AN, Trierweiler SJ. Disclosing the cancer diagnosis. Procedures that influence patient hopefulness. *Cancer* 1993; 72: 3355-3365.

19. Annas Gd. Informed consent, cancer, and truth in prognosis. *N Engl J Med* 1994; 330: 223-225.
20. Kodish E, Post SG. Oncology and hope. *J Clin Oncol* 1995; 13: 1817-1822.
21. Estapé J, Palombo H, Hernández E, et al. Cancer diagnosis disclosure in a Spanish hospital. *Ann Oncol* 1992; 3: 451-454.
22. Stiefel F, Senn HJ. Cancer diagnosis disclosure in a Spanish hospital: How do they discuss treatment options. *Ann Oncol* 1992; 3: 422.
23. Rihuete MI, Varela G, Carrasco I. Actitudes ante la información del diagnóstico de cáncer. *Oncología* 1993; 16: 17-25.
24. Centeno-Cortés C, Núñez Olarte JM. Questioning diagnosis disclosure in terminal cancer patients: a prospective study evaluating patients responses. *Palliat Med* 1994; 8: 39-44.
25. Centeno Cortés C, Núñez Olarte JM. La comunicación del diagnóstico de cáncer en España. *Med Clin (Barc)*. En prensa.
26. Chaitchik S, Kreitler S, Shaked S, Schwartz I, Rosin R. Doctor-patient communication in a cancer ward. *J Cancer Education* 1992; 7: 41-54.
27. Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Can oncologists detect distress in their outpatients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? *Br J Cancer* 1994; 70: 767-770.
28. Pronzato P, Bertelli G, Losardo P, Landucci M. What do advanced cancer patients know of their disease. A report from Italy. *Support Care Cancer* 1994; 2: 242-244.
29. Senra Varela A, López Touza A, López Sáez JJB, Quintela Senra D. La opinión de los parientes de enfermos con cáncer sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer. *Neoplasia* 1995; 12: 19-22.
30. Miller SM. Monitoring versus blunting styles of coping with cancer influence the information patients want and need about their disease. *Cancer* 1995; 76: 167-177.
31. Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breakng bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol* 1995; 13: 2449-2456.
32. Levine AM. Cancer in AIDS. *Curr Opin Oncol* 1993; 5: 819-821.
33. Maguire P, Faulkner A. Communicate with cancer patients: 1. Handling bad news and difficult questions. *Br Med J* 1988; 297: 907-909.
34. Maguire P, Faulkner A. Communicate with cancer patients: 2. Handling uncertainty, collusion, and denial. *Br Med J* 1988; 297: 972-974.
35. Gómez Sancho M. Cómo dar las malas noticias en medicina. Madrid; Grupo Aula Médica S.A., 1996.
36. Thomsen 00., Wulff HR, Martin A, Singer PA. What do gastroenterologists in Europe tell cancer patients? *Lancet* 1993; 341: 473-476.
37. Dunn SM, Patterson PU, Butow PN, Smartt HH, McCarthy WH, Tattersall MHN. Cancer by another name: a randomized trial of the effects of euphemism and uncertainty in communicating with cancer patients. *J Clin Oncol* 1993; 11: 989-996.
38. Gala León FJ, Costa Alonso C, Díaz Rodríguez M, Lupiani Giménez M. Cáncer frente a tumor: estudio de la carga ansiógena mediante diferencial semántico. *Neoplasia* 1994; 11: 10-14.
39. de León Ovejero A, García Palomero I. Papel de los profesionales de enfermería en la información al paciente oncológico. En: Pérez Manga G, editor. *Información al paciente oncológico*. Madrid: Ediciones Ergón, S.A., 1996; 95-106.
40. INSALUD, Ministerio de Sanidad y Consumo. Normativa reguladora de los derechos de los pacientes. Ley General de Sanidad. Madrid; Ediciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
41. Organización Médica Colegial. Código de Ética y Deontología Médica. Madrid; Consejo General de Colegios de Médicos de España, 1990.
42. Fallowfield L. Giving sad and bad news. *Lancet* 1993; 341: 476-478.
43. Kübler-Ross E. Sobre la muerte y los moribundos. Editorial Grijalvo. Barcelona, 1989.
44. Sanz Rubiales A, Centeno Cortés C, Martín Ortega Y, del Valle Rivero ML, Hernansanz de la Calle S, López-Lara Martín F. Tratamiento oncológico sistémico en

*Álvaro S. Rubiales; Yolanda Martín; M^a Luisa del Valle
M^a Isabel Garavis; Carlos Centeno*

la paliación del cáncer avanzado. *Medicina Paliativa* 1997; 4: 125-134.

45. Pérez Manga G, Cerezo S. Información al paciente oncológico. Una aproximación al tema. En: Pérez Manga G, editor. *Información al paciente oncológico*. Madrid; Ediciones Ergón, S.A., 1996; 1-9.

46. Rubiales AS, Centeno C, Martín Y, Barón FJ, Arranz F, Fra J. Seguimiento del paciente oncológico: ¿Cómo y cuándo? *An Med Interna (Madrid)* 1997; 14: 527-533.

Correspondencia a:

Álvaro S. Rubiales. Servicio de Oncología. Hospital Universitario de Valladolid.

Avenida de Ramón y Cajal 3. 47011 Valladolid.