

Diagnóstico: cáncer. ¿Queremos conocer la verdad?

V. Rubio Arribas^a, E. Sampedro Martínez^a, M. Zapirain Sarasola^a, I. Gil Benito^a, S. Ayechu Redin^b y V. Tapiz Ibáñez^c

Objetivo. Conocer los deseos de información y otras actitudes ante el diagnóstico de cáncer.

Diseño. Estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento. Centros de Salud de Irún, Oñati y Asteasu en Gipuzkoa.

Participantes. De las citaciones a las 19 consultas durante marzo-mayo del 2002 se obtuvo una muestra aleatoria, prospectiva y sistemática, estratificada por cupos (n = 725). Se administró una encuesta modificada de Fernández Díaz en la que se recogieron los datos personales y 8 preguntas con respuestas cerradas: aspectos de comunicación (5 ítems) y actitudes relacionadas con la muerte (3 ítems).

Resultados. El 81,3% (IC del 95%, 78,4-84,1) quiere conocer su diagnóstico. El 68,9% (IC del 95%, 65,5-72,2) elige al médico para comunicarlo. De éstos, el 36,6%, al especialista, y el 26,6%, al médico de familia. Si el afectado es un familiar, el 46,6% (IC del 95%, 42,9-50,2) se lo dirían siempre, sólo si él lo pregunta el 38,6% (IC del 95%, 35-42,1) y nunca el 9,6% (IC del 95%, 7,4-11,7). El 49,3% (IC del 95%, 45,6-52,9) preferiría morir en casa. Para el 44% (IC del 95%, 40,3-47,6) el dolor es el mayor temor.

Conclusiones. La mayoría de la población quiere que se le informe de su diagnóstico, sin que el hábitat urbano o rural o la experiencia de haber tenido familiares con cáncer modifique la opinión. Si el afectado de cáncer es un familiar, son muy pocos los partidarios de no decírselo nunca. Eligen al médico para transmitir la información, prefieren morir en casa y el dolor es la mayor preocupación.

Palabras clave: Información. Cáncer. Muerte. Atención primaria.

CANCER DIAGNOSIS: DO WE WANT TO KNOW THE TRUTH?

Objective. To find people's desire for information and their other attitudes when faced with a cancer diagnosis.

Design. Transversal, descriptive study.

Setting. Irun, Oñati and Asteasu Health Centres, Gipuzkoa, Spain.

Participants. From the appointments for 19 clinics in March-May 2002, a randomised, prospective and systematic sample, stratified by lists, was extracted (n=725). A modified Fernández Díaz questionnaire was administered. It had personal details and 8 questions with closed replies on aspects of communication (5) and attitudes to death (3).

Results. 81.3% (95% CI, 78.4-84.1) wanted to know their diagnosis. 68.9% (95% CI, 65.5-72.2) chose the doctor to tell them. Of these, 36.6% chose the specialist and 26.6%, the general practitioner. If the person affected was a family member, 46.6% (95% CI, 42.9-50.2) would always tell the person; 38.6% (95% CI, 35-42.1), only if the person asked; and 9.6%, never (95% CI, 7.4-11.7). 49.3% (95% CI, 45.6-52.9) would prefer to die at home. The greatest fear for 44% (95% CI, 40.3-47.6) was pain.

Conclusions. Most people want to be informed of their diagnosis. Neither an urban or rural environment nor having had family members with cancer affects their view. If the person affected by cancer is a family member, very few people favour not telling him/her at all. Sufferers want the doctor to tell them the information, prefer to die at home and pain is what worries them most.

Key words: Information. Cancer. Death. Primary care.

^aMédico de Familia. Centro de Salud de Irún Centro. Irún. Gipuzkoa. España.

^bMédico de Familia. Centro de Salud de Oñati. Oñati. Gipuzkoa. España.

^cMédico de Familia. Centro de Salud de Asteasu. Asteasu. Gipuzkoa. España.

Correspondencia:
Victor Rubio Arribas.
Centro de Salud de Irún Centro.
Avda. de Gipuzkoa, 15. 20302
Irún. Gipuzkoa. España.
Correo electrónico:
vrubioa@papps.org

Manuscrito recibido el 20 de junio de 2003.
Manuscrito aceptado para su publicación el 12 de noviembre de 2003.

Introducción

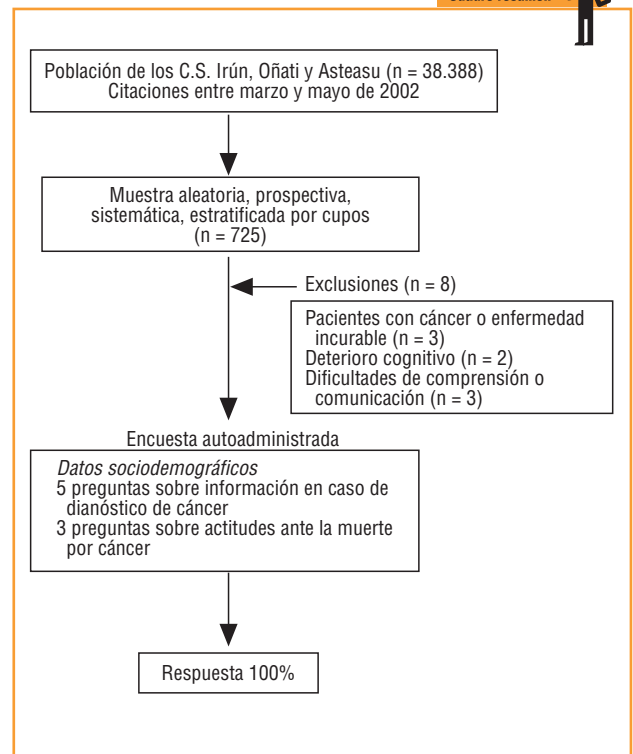
La información-comunicación con el enfermo diagnosticado de cáncer es un aspecto esencial de la atención integral que estos pacientes deben recibir. El enfermo tiene derecho a conocer su enfermedad y así lo recoge la Ley General de Sanidad en su artículo 10, pero no debemos olvidar que también tiene derecho a no saberlo si así lo desea. El respeto a las creencias individuales en la actitud ante la muerte es el pilar fundamental sobre el que debe basarse la información. Actualmente, en los países del ámbito anglosajón, los pacientes, familiares y médicos comparten la necesidad de dar plena información sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico, ya que hasta un 98,5% de estos pacientes desean tener conocimiento total de su diagnóstico¹. Este modelo no coincide con la práctica habitual en países del sureste de Europa²⁻⁴. En nuestro país, estudios⁵⁻⁷ realizados en el ámbito de atención primaria con población sana revelan que alrededor del 70% son partidarios de que se les informe con veracidad. Estudios⁸⁻¹² realizados en servicios de oncología demuestran que sólo se revela el diagnóstico a un 25-50% de los enfermos con cáncer, y el 16-58% de los pacientes oncológicos no informados de su diagnóstico declaran no necesitar más información^{9,11,13}. Otros estudios^{14,15} demuestran que el 61-73% de los parientes de enfermos con cáncer son contrarios a que se les informe. Esta diversidad de datos indica que no existe una actitud uniforme en la comunicación del diagnóstico de cáncer y existen, además, pocos estudios al respecto realizados en nuestro entorno, por lo que creemos útil conocer con datos objetivos las necesidades de información de nuestra población con el fin de mejorar la comunicación médico-paciente-familia. Otras características, como tener o haber tenido recientemente familiares cercanos con cáncer, es decir, tener experiencias previas con el acontecimiento de la muerte, así como el hábitat de vida urbano o rural, pueden modificar la opinión. El objetivo del estudio es conocer los deseos de información de la población de nuestro entorno y otras actitudes ante el diagnóstico de cáncer.

Pacientes y método

Estudio descriptivo transversal realizado en el Centro de Salud urbano de Irún centro y en los centros rurales de Oñati y Asteasu en Gipuzkoa, con una población adscrita de 38.388 personas mayores de 16 años.

De las citaciones para las 19 consultas de atención primaria entre los meses de marzo y mayo de 2002 se tomó una muestra aleatoria, prospectiva y sistemática, formada por 1 de cada 7 pacientes, siguiendo el listado de citaciones de cada cupo estratificada según la población adscrita a cada uno; se excluyó a los pacientes que padecían cáncer, deterioro cognitivo o dificultades de comprensión o comunicación.

Material y métodos Cuadro resumen



Esquema general del estudio

Estudio descriptivo transversal para conocer los deseos de información de la población de nuestro entorno ante el diagnóstico de cáncer y otras actitudes ante la muerte por cáncer.

tades de comprensión o comunicación. Si algún paciente estaba repetido, se negaba (no encontramos ningún rechazo) o reunía criterios de exclusión, se seleccionaba al siguiente citado, hasta completar un tamaño de 725 personas, población mayor de la necesaria para una prevalencia del 50%, un intervalo de confianza (IC) del 95% y una precisión del 5%.

Se administró a los pacientes en la sala de espera una encuesta, modificada de Fernández Díaz⁵, que recoge datos sociodemográficos (tabla 1) y consta de 8 preguntas de respuestas cerradas (tabla 2) y otra complementaria para conocer qué tipo de médico es el elegido para transmitir la información: el médico de familia o el especialista.

Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS versión 10.0.

Resultados

Entre las personas seleccionadas no encontramos ningún rechazo a realizar la encuesta y excluimos a 8 personas (tres por cáncer, dos por demencia y tres por dificultades de comprensión), que fueron sustituidas para completar una muestra de 725 pacientes.

TABLA 1 Características sociodemográficas de la población estudiada (n = 725)

VARIABLES	Porcentaje (IC del 95%)
Ámbito geográfico	
Urbano	67,7 (64,4-71)
Rural	32 (28,5-35,4)
Edad (años)	
16-44	38,6 (36,7-40,4)
45-64	37,9 (36,06-39,74)
> 65	23,4 (21,56-25,24)
Sexo	
Varones	36,03 (31,3-40,73)
Mujeres	63,9 (59,2-68,6)
Estado civil	
Solteros	23,4 (20,7-26,5)
Casados	63,2 (59,9-66,3)
Viudos	10,8 (7,67-13,93)
Separados	2,4 (-0,7-5,53)
Nivel de estudios	
Sin estudios	6,7 (4,85-8,55)
Primarios	39,6 (37,7-41,45)
Medios	38,6 (36,75-40,45)
Superiores	14,9 (13,05-16,75)
Religión	
Católico practicante	40,8 (37,2-44,38)
Católico no practicante	43,4 (39,8-46,98)
Otras	4,2 (0,6-8,3)
No contesta	11,4 (9,06-13,74)
Tienen o han tenido un familiar con cáncer en los últimos 5 años	
Sí	41 (37,4-44,5)
No	59 (55-62)

IC: intervalo de confianza.

Las características de la población, con una edad media de 49 años (rango, 16-88 años), se exponen en la tabla 1. De los resultados principales, expuestos en la tabla 2, destacamos: el 81,3% desea que le comuniquen el diagnóstico de cáncer. El 68,9% elige al médico como la persona encargada de dar la información. De éstos, un 36,6% (IC del 95%, 32-41,1%) prefiere al especialista, un 26,6% (IC del 95%, 22,4-30,7%) al médico de familia y un 36,6% (IC del 95%, 32-41,1%) cualquiera de los dos, indistintamente. Si la persona que padece el cáncer es un familiar cercano al entrevistado, un 46,6% cree que habría que comunicárselo siempre. La persona elegida para comunicarle el diagnóstico sigue siendo el médico en un 68,1%; de éstos, un 38,7% (IC del 95%, 34,1-43,2%) prefiere que sea el especialista, un 26,7% (IC del 95%, 22,5-30,8%) el médico de familia y un 34,5% (IC del 95%, 30-38,9%) cualquiera de los dos, indistintamente.

TABLA 2 Resultados principales

PREGUNTAS	Porcentaje (IC del 95%)
Si un familiar tuviera cáncer, ¿querría que se lo comunicaran?	
Siempre	46,6 (42,9-50,2)
Nunca	9,6 (7,4-11,7)
Sólo si él pregunta	38,6 (35-42,1)
¿Quién cree que es la persona adecuada para comunicárselo?	
El médico	68,1 (64,7-71,4)
Un familiar	10,2 (7,9-12,4)
Indistintamente	14,2 (11,6-16,7)
Conjuntamente	4 (0-5,5)
¿Estaría Ud. dispuesto a comunicárselo?	
Sí	42 (38,4-45,5)
No	20,8 (17,8-23,7)
Sólo si él me lo pregunta	30,2 (26,8-33,5)
Si un familiar estuviera en situación terminal, ¿dónde preferiría que pasara sus últimos días?	
En casa	51 (47,3-54,6)
En el hospital	33,6 (30,1-37)
No sé	15,4 (12,7-18)
Si a Ud. le diagnosticaran un cáncer, ¿querría que se lo comunicaran?	
Sí	81,3 (78,4-84,1)
No	11,1 (8,8-13,3)
No sé	7,6 (5,6-9,5)
¿Quién preferiría que se lo comunicase?	
El médico	68,9 (65,5-72,2)
Un familiar	7,7 (5,7-9,6)
Indistintamente	16,3 (13,6-18,9)
Conjuntamente	2,7 (1,5-3,8)
Si Ud. tuviera cáncer en fase terminal, ¿dónde preferiría pasar sus últimos días?	
En casa	49,3 (45,6-52,9)
En el hospital	35,6 (32,1-39)
No sé	9,4 (7,2-11,5)
Si tuviera cáncer, ¿a qué le tendría más miedo?	
Al dolor	44 (40,3-47,6)
A la incapacidad	16,4 (13,7-19)
A la muerte	13,2 (10,7-15,6)
A la soledad	8,6 (6,5-10,6)
A otros	15 (12,4-17,5)

Al comparar la opinión de la población que vive en un medio urbano con la que vive en un medio rural (tabla 3), se observa que la urbana es más partidaria de morir en casa (52,4%) que la rural (42%), datos estadísticamente significativos (p = 0,008). Esta misma diferencia significativa (p = 0,0034) se mantiene cuando se les pregunta dónde pre-

TABLA 3 Diferencias entre población urbana y rural y entre población sin y con familiares con cáncer

Preguntas	Porcentajes			
	Población urbana	Población rural	Sin familiares	Con familiares
Si un familiar tuviera cáncer, ¿querría que se lo comunicaran?				
Siempre	46	47,8	48	44,6
Nunca	12,3	3,9	8,7	10,7
Sólo si él pregunta	36,8	42,6	37,3	40,2
¿Quién cree que es la persona adecuada para comunicárselo?				
El médico	67,2	69,5	67,5	69
Un familiar	9,6	11,3	9,8	10,9
Indistintamente	14,9	12,7	16,2	11,2
Conjuntamente	3,6	4,5	3	5,2
¿Estaría Ud. dispuesto a comunicárselo?				
Sí	41,3	43	41	37,6
No	21,6	19,3	20	19,3
Sólo si él me lo pregunta	30,6	29,4	28,2	32,9
Si un familiar estuviera en situación terminal, ¿dónde preferiría que pasara sus últimos días?				
En casa	54,6 ^a	43 ^a	48,8	54,2
En el hospital	31,8	37,5	34,4	32,3
No sé	8,3	11,3	10,6	7,7
Si a Ud. le diagnosticaran un cáncer, ¿querría que se lo comunicaran?				
Sí	79,8	84,5	81,5	81
No	12,8	7,5	11,4	10,6
No sé	7,4	8	7,1	8,2
¿Quién preferiría que se lo comunicase?				
El médico	68	70,7	69,2	68,4
Un familiar	8,4	6,3	6,4	9,1
Indistintamente	16	7	19,2	12,1
Conjuntamente	2,8	2,4	1,6	3,5
Si Ud. tuviera cáncer en fase terminal, ¿dónde preferiría pasar sus últimos días?				
En casa	52,4 ^b	42 ^b	49,4	49
En el hospital	33,8	39,6	35,9	35,2
No sé	9,1	10,1	8,6	10,7
Si tuviera cáncer, ¿a qué le tendría más miedo?				
Al dolor	45,3	40,4	44,5	43,2
A la incapacidad	17,6	14	17,6	14,6
A la muerte	11,1	18,3	12,3	14,6
A la soledad	8,6	8,6	8,4	9
A otros	15	15	14	16

No hay diferencias estadísticamente significativas, excepto ^ap = 0,0034 y ^bp = 0,008.

fieren que mueran sus familiares con enfermedad terminal: un 54,6% de la población urbana prefiere que sus familiares mueran en casa, frente a un 43% de la población rural.

TABLA 4 Si a Ud. le diagnosticaran cáncer, ¿querría que se lo dijeran?

Variables	Porcentaje (IC del 95%)	
	Sí	No
Ámbito geográfico		
Urbano	79,8 (76,3-88,3)	12,8 (9,3-16,3)
Rural	84,5 (79,9-89,1)	7,5 (2,9-12,1)
Tener o haber tenido familiar con cáncer		
No ha tenido	81,5 (77,7-85,2)	10,6 (7,6-13,5)
Sí ha tenido	81 (76,5-85,4)	11,4 (7,7-15)
Edad (años)		
16-44	87,7 (83,7-91,6)	5,9 (3,1-8,7)
45-64	81 (76,3-85,7)	10,9 (7,1-14,6)
> 65	71,8 (66,7-76,1)	19,2 (13,2-25,2)
Sexo		
Varones	84,7 (80,3-88,4)	11,2 (7,4-15)
Mujeres	78 (74-81)	11 (8,2-13,8)
Estado civil		
Solteros	90,2 (85,6-94,7)	4,2 (1,3-7,1)
Casados	80 (76,3-81,2)	12,9 (9,7-16,2)
Viudos	72,9 (63-82,8)	13,5 (5,9-21,1)
Separados	82,3 (65,9-98,4)	5,9 (-0,05-16,2)
Nivel de estudios		
Sin estudios o estudios primarios	76,6 (72-81,2)	14 (10,3-17,7)
Estudios medios y superiores	86,2 (82,8-89,6)	7,8 (5,1-10,5)
Religión		
Católico practicante	77,5 (72,7-82,2)	15,5 (11,4-19,6)
Católico no practicante	83,3 (79,2-87,4)	8 (5-11)

El hecho de tener o haber tenido en los últimos 5 años algún familiar cercano con cáncer no establece diferencias (tabla 3).

Al estudiar la influencia de las distintas variables sociodemográficas destaca que el deseo de la población de conocer su diagnóstico (tabla 4) disminuye al envejecer. Así, a los 16-44 años, un 87,7% quiere conocer la verdad, cifra que en mayores de 65 años desciende al 71,8% (p < 0,0001); asimismo, prefieren saber la verdad un 90,2% de los solteros frente al 80% de los casados (p = 0,0006) o el 86,2% de los pacientes con estudios medios o superiores frente al 76,6% (p = 0,001) de los pacientes sin estudios o estudios elementales. Todos los grupos de edad eligen al médico para transmitir la información y, de éstos, los jóvenes eligen al especialista y los mayores al médico de familia; así, a los 16-44 años, el 19,1% (IC del 95%, 14,4-23,7%) elige al médico de familia y el 50% (IC del 95%, 44-55,9%) al especialista, mientras que en los mayores de 65 años, el 32,6% (IC del 95%, 25,4-39,7%) elige al médico de familia y el 19,5% (IC del 95%, 13,4-25,5%) al especialista. Todos los grupos de edad eligen su domicilio pa-

ra pasar los últimos momentos de su vida, y esto es más evidente en los jóvenes; así, a los 14-44 años, el 56,2% prefiere morir en casa, frente al 44% de las personas mayores de 65 años ($p = 0,012$).

Discusión

El porcentaje de personas que quieren conocer la verdad sobre su diagnóstico es superior al encontrado en otros estudios^{5,6} realizados anteriormente en el ámbito de la atención primaria en nuestro país. Al igual que en los países de cultura anglosajona^{8,16}, nuestros pacientes son partidarios de que ante el diagnóstico de cáncer se les dé una información veraz, y esto ocurre tanto en la población urbana (79,8%) como en la rural (84,5%). Es más evidente, coincidiendo con otros estudios^{5,6}, en menores de 44 años, varones, solteros y con estudios medios o superiores. Haber tenido experiencias previas con familiares afectados de cáncer o la cercanía a la muerte de personas queridas no influye en los deseos de información, como también recoge el trabajo de Fernández Suárez et al⁶.

Nos llama la atención la disparidad entre el porcentaje de personas que quieren conocer la verdad sobre su diagnóstico y las que realmente son informadas: sólo el 25-50% de los pacientes con cáncer son informados⁹⁻¹². Entre las razones que pueden explicar este hecho encontramos las exigencias de la familia para que ocultemos el diagnóstico y la actitud paternalista de algunos profesionales basada en evitar un sufrimiento añadido al paciente, la «conspiración del silencio»⁸.

Con el envejecimiento, al sentirse más vulnerables a la enfermedad y a la muerte, disminuye el número de personas que quieren conocer su diagnóstico, lo que hace pensar que entre personas afectadas de una enfermedad grave o en pacientes oncológicos, este deseo de conocer la verdad disminuye, como se refleja en algunos estudios⁹⁻¹¹, respecto a los deseos de información en pacientes oncológicos.

Como en otros estudios^{5,6}, una amplia mayoría de la población (68,9%) elige al médico para transmitir el diagnóstico. ¿Qué médico de los que tienen contacto con el enfermo debe dar el diagnóstico? Nuestros pacientes se inclinan por el especialista, sobre todo los menores de 44 años, mientras que los mayores de 65 años prefieren al médico de familia. No hemos encontrado referencias claras en la bibliografía y quizá pueda ser explicado por la idealización del «experto» propia de la juventud o la falta de contactos de los jóvenes con el sistema sanitario.

Coincidiendo con otros estudios^{5,6}, nuestra población elige su domicilio para morir. Observamos que en la población rural aumenta la proporción que prefiere morir en el hospital, lo que nos ha planteado varios interrogantes: ¿se hubiera mantenido esta diferencia si las poblaciones rural y urbana encuestadas hubieran sido homogéneas en edad, sexo, etc.? La pregunta se refiere a una

Discusión
Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- En nuestro país no existe una actitud uniforme en la información del diagnóstico de cáncer.
- En la cultura anglosajona, los médicos dan una información clara y veraz del diagnóstico de cáncer, en contraposición con la práctica habitual en los países mediterráneos.
- La familia decide y modula la información que el paciente debe recibir y frecuentemente es contraria a que se le informe.

Qué aporta este estudio

- La gran mayoría de nuestros pacientes, igual que los de otros países occidentales, son partidarios de que se les suministre una información veraz de su diagnóstico.
- Esta opinión no se modifica ni por el hábitat urbano o rural, ni por el hecho de tener o haber tenido familiares cercanos con cáncer.
- Nuestra población elige recibir la información del médico, su casa para morir y tiene miedo al dolor.

supuesta muerte por cáncer, ¿sería igual si hiciera referencia a una muerte por cualquier otra causa? ¿Puede influir la lejanía del hospital o la existencia de una atención continuada eficaz? Debemos respetar el deseo de los enfermos sobre el lugar que eligen para morir y garantizar una correcta asistencia y un adecuado control de síntomas, especialmente del dolor, que es el mayor temor ante una enfermedad incurable^{5,6}.

Nos parece advertir un contrasentido entre los deseos de conocer nuestro diagnóstico y el menor apoyo cuando se trata de informar a un familiar: sólo el 46,6% se lo diría siempre, aunque otro 38,6% se lo diría si el enfermo lo pregunta. ¿Miedo? ¿Respeto a su capacidad de decisión? Para despejar esta duda podría ser de gran utilidad el mayor conocimiento y la utilización del «testamento vital» que, además, favorece que se den las condiciones adecuadas para que el enfermo pregunte. Con sorpresa, y contrariamente a lo reflejado en otros estudios^{5,6,14,15}, son muy pocos (9,6%) los que no se lo comunicarían en ninguna circunstancia.

Como limitaciones del trabajo, los resultados son representativos de los usuarios de los centros de salud y pueden variar en la población general; además, los encuestados forman parte de la población sin cáncer y sería interesante conocer la opinión de estos pacientes antes de que llegaran a una situación avanzada de su enfermedad, lo que podrían ser interesantes líneas futuras de investigación.

Conocer estos datos nos reafirma en la necesidad de proporcionar una información clara del diagnóstico a enfermos y familiares, lo que nos permitirá afrontar en un clima de confianza la toma de decisiones y la prestación de una mejor calidad asistencial.

Bibliografía

1. Buckman R. Communication in palliative care: a practical guide. En: Doyle D, Hanks G, McDonald N, editors. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford: Oxford University Press, 1993; p. 47-61.
2. Mosconi P, Meyerowitz BE, Liberati MC, Liberati A. Disclosure of breast cancer diagnosis; patients and physician reports. *Ann Oncol* 1991;2:273-80.
3. Mystakidou K, Liossi C, Viachos L, Papadimitriou J. Disclosure of diagnostic information to cancer patient in Greece. *Palliative Medicine* 1996;10:195-200.
4. Ryan M. Ethics and the patient with cancer. *Br Med J* 1979;2: 480-1.
5. Fernández Díaz R, Pérez Suarez MC, Cossío Rodríguez I, Martínez González P. Actitud ante una enfermedad incurable. *Aten Primaria* 1996;17:389-93.
6. Fernández Suarez A, Fernández Suarez T, Alonso Arruquero C, Marcilla Escotet M, Cortina Viesca A, Conde Rodríguez M, et al. Actitud de los usuarios de centro de salud ante el diagnóstico de enfermedad terminal. *Aten Primaria* 2002;30:449-54.
7. Castillo M, Gea L, Leon MT, Ceballos R, De Cruz MA. Actitudes ante la información del diagnóstico de cáncer. *Medicina General* 2001;35:521-6.
8. Centeno Cortes C, Núñez Olarte JM. Estudios sobre la comunicación del diagnóstico del cáncer en España. *Med Clin (Barc)* 1998;110:744-50.
9. Centeno Cortes C, Núñez Olarte JM. Questioning diagnosis disclosure in terminal cancer patients: a prospective study evaluating patients responses. *Palliat Med* 1994;8:39-44.
10. Estapé J, Palombo H, Hernández E, Daniels M, Estapé T, Grau JJ, et al. Cancer diagnosis disclosure in a Spanish hospital. *Ann Oncol* 1992;3:451-4.
11. Pérez Manga G, Arranz JA, García R, Meana JA, Carrion G, Toran A. En: Díaz Rubio E, Duque A, et al, editores. Aspectos psicosociales de los enfermos oncológicos. Tratamiento sintomático del paciente canceroso. Madrid: Publicsalud SA., 1991; p. 199-222.
12. Cimas JE, Rodríguez-Gordaliza F, Fernández- Díaz MC, López-Muñiz CN, Cambor A, Villanueva M. Revelación de la verdad a pacientes diagnosticados de cáncer. *Aten Primaria* 1996;18:186-9.
13. Morante E, Mateo D, Tuca A. Estado y necesidades informativas de los enfermos ingresados en una unidad de cuidados paliativos (resumen del I Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos celebrado en Barcelona, el 6-9 de diciembre de 1995). *Medicina Paliativa* 1995;2:58.
14. Arraras JJ, Illarramendi JJ, Valerdi JJ, Wright SJ. Truth-telling to the patient in advanced cancer: Family information filtering and prospects for change. *Psycho-oncology* 1995;4:191-6.
15. Senra Varela A, López A, López JJB, Quintela D. La opinión de los parientes de enfermos con cáncer sobre la comunicación del diagnóstico del cáncer. *Neoplasia* 1995;12:19-22.
16. González M, Espinosa E, De la Gándara I, Poveda J. La información al paciente con cáncer. Concepto de verdad soportable y progresiva. *Neoplasia* 1993;1:7-8.