

Análisis de algunas variables implicadas en el proceso de información a las pacientes con cáncer de mama

E. Durá*,
E. Ibáñez*,
C. Vázquez**

SUMMARY

A study is made of 71 breast cancer patients followed up on for six months assessing their psychological adjustment. The sample has been divided into three groups according to the degree of information about their disease provided. The results reveal that those patients who received detailed information exhibited, initially, more negative emotional reactions and poorer psychological adjustment than those patients who received no such information. Nevertheless, after a certain period of time the situation inverted, and the informed patients showed a better adjustment than the other. From these results onward, we analyze the factors affecting the psychological consequences of information.

* Facultad de Psicología.
Universidad de Valencia.
** Servicio de Cirugía. Instituto
Valenciano de Oncología.

Correspondencia:
Estrella Durá.
Departamento de Personalidad.
Facultad de Psicología.
Avda. Blasco Ibáñez, 21.
46010 Valencia.

Palabras clave

Reacciones psicológicas, Información, Cáncer de mama.

Key words

Psychological reactions, Information, Breast cancer.

INTRODUCCION

Uno de los temas de mayor interés dentro de la psicología oncológica actual es el que hace referencia al tema de la información que, sobre su enfermedad y situación, se debe ofrecer a los pacientes de cáncer. Si bien el tema no es nuevo, nunca había despertado tanto interés ni ocupado tantas páginas de la literatura científica como a partir de la segunda mitad del siglo XX.¹ Este creciente interés viene justificado por el cambio manifestado en las actitudes y conducta de los médicos hacia una política de mayor comunicación con sus pacientes, opuesta a la tendencia de encubrimiento predominante desde los tiempos de la medicina hipocrática.² Numerosos estudios realizados, fun-

damentalmente en los Estados Unidos, muestran que el porcentaje de médicos que comunican el diagnóstico de cáncer a sus pacientes ha ido incrementándose progresivamente desde 1950 hasta nuestros días.³⁻⁸

Un análisis pormenorizado de dichos trabajos indica que el cambio en las actitudes respecto a informar o no a los pacientes de cáncer se produce en 2 etapas distintas:⁹

a) Entre 1950 y 1970, período en el que los médicos van adoptando una postura más flexible, abandonando las actitudes drásticas en contra de la comunicación del diagnóstico de cáncer, pero sin adoptar aún una actitud definitiva a favor de la total revelación.

b) Entre 1970 y 1980, donde se produce un cambio radical a favor de la misma.

TABLA I

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECISION DE INFORMAR O NO A UN PACIENTE DE CANCER

1. *VARIABLES DEL MÉDICO*
 - Miedo a la propia muerte.
 - Nivel de ansiedad.
 - Experiencias previas con otros pacientes.
2. *VARIABLES DEL PACIENTE*
 - Edad.
 - Inteligencia.
 - Deseo de ser informado.
3. *VARIABLES DE LA ENFERMEDAD*
 - Pronóstico.
 - Tamaño del tumor.
4. *VARIABLES DE LOS FAMILIARES*
 - Deseo de que se informe o no al paciente.
5. *VARIABLES SITUACIONALES*
 - Tamaño.
 - Organización del hospital.
 - Especialización del hospital —monográfico—

Los factores que influyeron en esta evolución son distintos para cada uno de estos 2 períodos. Así, los cambios entre 1950 y 1970 respondían a razones sociales, mientras que el ocurrido en la década de los setenta se debe casi exclusivamente a factores legales. Es evidente que el establecimiento de la «Ley del Derecho a la Información» en Estados Unidos en 1977, por la que se obligaba a los médicos a informar del diagnóstico a los pacientes, lo possibilitó. Sin embargo, es necesario reconocer que antes de su promulgación ya se habían ido adoptando paulatinamente actitudes más flexibles.¹⁰⁻¹²

La descripción que se acaba de realizar corresponde a lo ocurrido en el mundo anglosajón y, concretamente, en Estados Unidos. Sin embargo, ¿qué ocurre en aquellos países donde no existe una normativa legal que prescriba explícitamente la obligatoriedad de informar a los pacientes? Los estudios realizados en los mismos, incluida España, han puesto de manifiesto que si bien se está ofreciendo también un mayor nivel de información, ésta se caracteriza todavía por la ambigüedad y la utilización de eufemismos.¹³⁻¹⁷ Es evidente que la falta de una normativa legal al respecto deja para los profesionales de la medicina la decisión última de informar o no a un paciente de cáncer y qué grado de información ofrecer en cada caso particular.

TABLA II

VARIABLES ESTUDIADAS EN LA PRESENTE INVESTIGACION

1. *Participación de los familiares* en el proceso de información: Puede facilitar una mayor congruencia en la información ofrecida al paciente.
2. *Momento en que se evalúan los efectos* de la información: Posible diferencia entre efectos a corto versus largo plazo.
3. *Distintos grados de información*: Total desconocimiento hasta certeza absoluta, pasando por la sospecha.
4. *Distintas áreas de adaptación*: La información puede tener efectos positivos en unos campos, pero negativos en otros.

En esta decisión influyen diversos factores provinientes de distintas fuentes (tabla I).^{7, 18-20}

Además de las variables de tipo legal, social, personal o situacional, es necesario considerar también los aspectos psicológicos implicados en el proceso de información a los pacientes de cáncer, concretamente los efectos o consecuencias que tiene para ellos el hecho de recibir o no información. Si bien es cierto que ya se han realizado algunos estudios al respecto, éstos no han llegado a establecer conclusiones definitivas, e incluso en muchos casos presentan resultados contradictorios entre sí²¹⁻²⁷ y que ponen de manifiesto que la información por sí misma no es positiva ni negativa, sino que sus efectos dependen de las circunstancias bajo las cuales se ofrezca.

El objetivo de esta investigación es precisamente determinar la importancia de algunas de estas circunstancias, es decir, analizar bajo qué condiciones la información ofrecida a las pacientes con cáncer de mama tiene efectos positivos en su adaptación psicológica a la enfermedad (tabla II).

Estos 4 factores no son sino 4 hipótesis específicas que operativizan otra más general, postulada ya en trabajos previos,^{10, 11} y que plantea que la información ofrecida a los pacientes con cáncer sólo repercutirá positivamente en su adaptación si ésta se ofrece de forma *congruente* (sin contradicciones), *sistemática* (sin lagunas ni ambigüedades) y *secuencial* (a lo largo de todo el proceso de la enfermedad, teniendo en cuenta las distintas etapas por las que pasan los pacientes).

MATERIAL Y METODOS

Muestra

En función de los objetivos de nuestra investigación necesitábamos comparar el ajuste psicológico ante la enfermedad de diversos grupos de pacientes con cáncer de mama que difieran en el tipo de información que se les ofrecía tanto a ellas como a sus familiares. Se han utilizado un total de 3 grupos de pacientes con cáncer de mama con distinto tratamiento experimental cada uno de ellos (tabla III). Las características socio-demográficas y clínicas de las mismas aparecen en la tabla IV y los criterios seguidos para su selección en la tabla V.

Procedimiento

El proceso de entrega de información escrita adicional a las pacientes de los grupos I y II se han realizado en 2 momentos distintos a lo largo de su proceso asistencial, siguiendo nuestro postulado de secuencialidad: 1) Unos días antes de la intervención quirúrgica se les entregó un folleto escrito, el cual se acompañaba de explicaciones verbales sobre diversos aspectos relacionados con la cirugía de la mama. 2) Aproximadamente un mes después, y antes de que la paciente hubiera iniciado el tratamiento postquirúrgico, se les entregaban otros 2 folletos informativos, uno de ellos referido al diagnóstico del cáncer de mama y otro referido al tipo de tratamiento complementario (quimioterapia y/o radioterapia) que iban a recibir. Este proceso,

TABLA III

TRATAMIENTO EXPERIMENTAL APLICADO A LA MUESTRA DEL ESTUDIO

Grupo I: Pacientes con cáncer de mama a quienes se ofrecía una información sistemática, congruente y secuencial, por medio de folletos explicativos, tanto a ellas como a sus familiares.

Grupo II: Pacientes con cáncer de mama a quienes se ofrecía una información sistemática, congruente y secuencial, por medio de folletos explicativos, a ellas solas, sin la presencia de sus familiares.

Grupo III (grupo control): Pacientes con cáncer de mama que seguían el proceso normal de información en el centro oncológico sin recibir información escrita adicional.

que era el mismo para las pacientes del grupo I y las del grupo II, sólo tenía una variación, y es el que en el primer caso los folletos se entregaban conjuntamente a la paciente y a su familiar, mientras que en el grupo II sólo se ofrecían a la paciente y no a su familiar.

En el caso del grupo III, o grupo control, no se ofreció ningún tipo de información escrita adicional a la que les ofrecieron los profesionales que las atendieron.

Por otra parte, todas las pacientes de los 3 grupos fueron evaluadas a nivel de adaptación psicológica en 2 momentos distintos: 1) Aproximadamente un mes después de la cirugía, con el objetivo de evaluar los efectos a corto plazo de la información quirúrgica. 2) Unos 5 meses después de haber iniciado el tratamiento postquirúrgico complementario con el objetivo de evaluar los efectos a medio-largo plazo de la información, ya no sólo quirúrgica, sino también diagnóstica y de tratamiento.

Además, las pacientes de los grupos I y II fueron valoradas también, y a diferencia del grupo III, al principio de la investigación, cuando todavía no habían recibido ningún tipo de información.

La tabla VI esquematiza todo este procedimiento que acabamos de describir.

Instrumentos utilizados

Tres instrumentos han sido utilizados para recoger datos sobre la adaptación psicológica de las pacientes: 1) Una entrevista semiestructurada elaborada por nosotros. 2) El «Psychological adjustment to illness scale. Self report», de Derogatis,²⁸ traducido al efecto.³ El «Cuestionario de adaptación emocional al cáncer», de Andreu.²⁹ Con ellos hemos podido evaluar un total de 14 variables de ajuste psicosocial que aparecen en la tabla VII.

Diseño experimental: Análisis realizados

Hemos aplicado un análisis de varianza simple para cada una de las 14 variables de adaptación, considerando los 8 subgrupos o submuestras de puntuaciones correspondientes a las 3 evaluaciones del grupo I, las 3 del grupo II y las 2 evaluaciones efectuadas al grupo III. Asimismo se aplicó la prueba de rangos múltiples de Duncan para determinar entre qué subgrupos y en

TABLA IV
 CARACTERISTICAS DE LAS TRES MUESTRAS DE PACIENTES DE NUESTRO ESTUDIO

	Grupo I		Grupo II		Grupo III	
	N. su.	% su.	N. su.	% su.	N. su.	% su.
<i>Edad</i>						
25-34	1	4,17	0	0	2	8
35-44	5	20,83	3	13,64	2	8
45-54	7	29,17	5	22,73	3	12
55-64	6	25,00	8	36,36	10	40
65-74	4	16,66	6	27,27	7	28
75-84	1	4,17	0	0	1	4
Edad X		54,83		56,86		58,12
<i>Estado civil</i>						
Casada	19	79,17	10	44,45	19	76
Soltera	1	4,17	1	4,55	1	4
Viuda	4	16,66	8	36,36	5	20
Separada	0	0	3	13,64	0	0
<i>Estadio</i>						
I	5	20,83	6	27,27	3	12
II	13	56,17	12	54,55	12	48
III	5	20,83	4	18,18	6	24
IV	0	0	0	0	1	4
Desconocido	1	4,17	0	0	3	12
<i>Cirugía</i>						
Radical	13	54,16	11	50,00	15	60
Conservadora	11	45,83	11	50,00	5	20
No operada	0	0	0	0	5	20
<i>Tratamiento</i>						
Q	2	8,33	3	13,64	14	56
R	11	45,83	8	36,36	0	0
H	1	4,17	0	0	2	8
Q + R	7	29,17	9	40,91	6	24
H + R	3	12,5	2	9,09	3	12
N		24		22		25
<i>Significado de las abreviaturas: N. su.: Número de sujetos. % su.: Porcentaje de sujetos. Q: Quimioterapia. R: Radioterapia. H: Hormono.</i>						

qué direcciones se producían las diferencias en cada variable.

RESULTADOS

Con el análisis estadístico aplicado se han obtenido datos sobre las diferencias a nivel de ajuste psicossocial: a) Entre los distintos grupos de pacientes (I, II, III) en un mismo momento de evaluación. b) Entre las pa-

cientes de un mismo grupo (I, II o III) en los distintos momentos en que se valoró su adaptación.

A) En cuanto a las diferencias entre grupos, señalaremos primero las que aparecieron entre los 2 grupos de información: grupo I (información paciente-familiar) y grupo II (información sólo a la paciente).

A.1) A destacar que solamente apareció una diferencia significativa entre ambos grupos, en la variable de «actitud ante la salud», y solamente en la última

TABLA V

CRITERIO DE SELECCION DE LA MUESTRA

1. Pacientes diagnosticados de cáncer por primera vez sin historial previo de esta enfermedad.
2. Estadio de enfermedad I, II o III. Se rechazaron las pacientes con metástasis con el objetivo de homogeneizar las submuestras.
3. Para las pacientes de los 2 grupos experimentales (grupos I y II) se atendió a los deseos de información de estas pacientes, seleccionándose sólo aquellas que manifestaban actitudes favorables a ser informadas con el objetivo de respetar el derecho de las pacientes que no deseaban recibir información explícita sobre su situación.

evaluación, es decir, la efectuada a los 5 meses de haber recibido la información completa. En este momento, aquellas pacientes a las que se les ofreció información a lo largo de su proceso asistencial de forma conjunta con sus familiares muestran unas actitudes más positivas ante la salud y el sistema sanitario en general que las pacientes a las que se les ofreció información a ellas solas sin la participación de sus familiares ($\bar{X}_I = 13,75$, $\bar{X}_{II} = 16,09$; $p \leq 0,05$). Por otra parte, también se observa en este momento una mayor recuperación del deterioro sexual producido tras la cirugía en el caso de las pacientes del grupo de «información

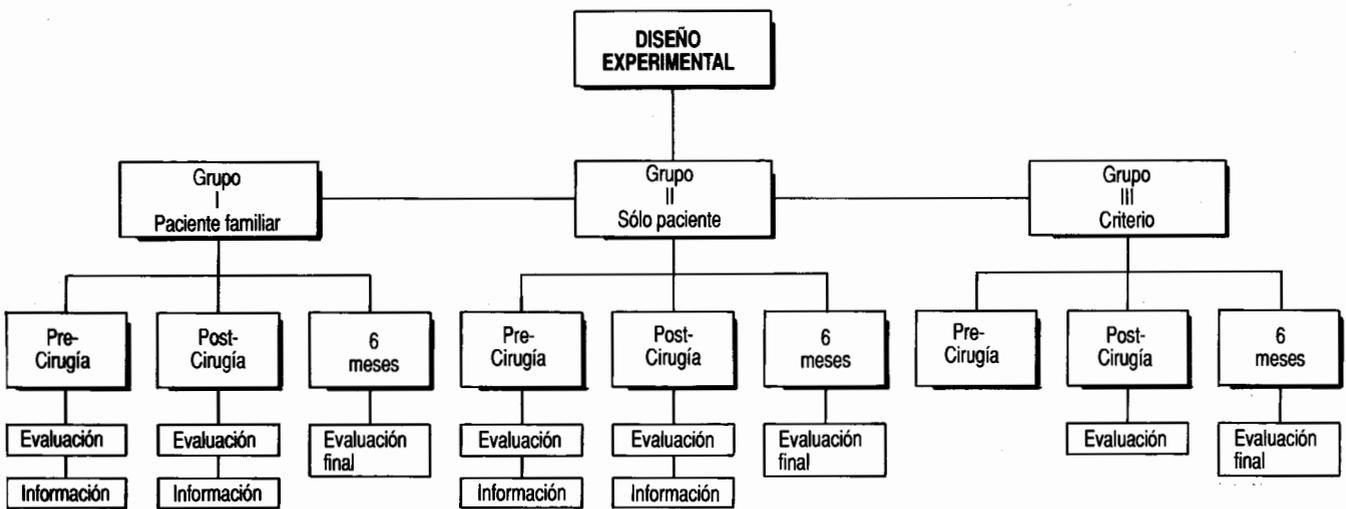
paciente-familiar» frente al de «información sólo a la paciente», aunque no alcanza la significación estadística.

A.2) Por lo que respecta a las diferencias aparecidas entre los 2 grupos, información y el grupo control, hay que señalar que en la evaluación efectuada un mes después de la intervención quirúrgica aparecieron diferencias significativas en 2 de las 14 variables de adaptación: Inestabilidad y ajuste laboral. En la primera de ellas, las pacientes que habían recibido la información conjuntamente con sus familiares mostraban una inestabilidad significativamente mayor que las pacientes del grupo control o «no-información» ($\bar{X}_I = 19,75$, $\bar{X}_{III} = 17,48$; $p \leq 0,05$). Por su parte, las pacientes del grupo II, es decir, aquellas que recibieron la información quirúrgica ellas solas, sin la presencia de sus familiares, mostraban un peor ajuste laboral que las pacientes que no recibieron dicha información (grupo control) ($\bar{X}_{II} = 11,54$, $\bar{X}_{III} = 9,32$; $p \leq 0,05$).

En la siguiente evaluación, la efectuada aproximadamente unos 5 meses después de haber iniciado el tratamiento postquirúrgico complementario, aparecieron las siguientes diferencias significativas entre grupos:

— «Información sólo a la paciente», mejor ajuste

TABLA VI
PROCEDIMIENTO



laboral que «no información» ($\bar{X}_{II} = 7,77$, $\bar{X}_{III} = 10,4$, $p \leq 0,05$).

- «Información paciente-familiar», mejor adaptación doméstica que «no información» ($\bar{X}_I = 9,83$, $\bar{X}_{III} = 11,64$; $p \leq 0,05$).
- «Información paciente-familiar» e «información sólo a la paciente», mejores relaciones sexuales que «no información» ($\bar{X}_I = 8,37$, $\bar{X}_{II} = 9,81$, $\bar{X}_{III} = 12,20$; $p \leq 0,05$).
- «Información sólo a la paciente», mejores relaciones sociales que «no información» ($\bar{X}_{II} = 6,68$, $\bar{X}_{III} = 9,92$; $p \leq 0,05$).
- «Información sólo a la paciente», menor dependencia que «no información» ($\bar{X}_{II} = 23,32$, $\bar{X}_{III} = 27,28$; $p \leq 0,05$).

B) Finalmente señalaremos las diferencias que aparecieron entre las distintas evaluaciones de un mismo grupo. En este sentido, las pacientes del grupo control o «no información» no mostraron cambios significativos a lo largo del tiempo en ninguna de las variables de adaptación psicológica consideradas. Sin embargo, debemos señalar que en todas ellas, excepto en la de «actitud ante la salud», aparece el mismo patrón de evolución temporal: un empeoramiento al cabo de 5 meses tras la cirugía respecto al nivel de adaptación que mostraban las pacientes inmediatamente después de la intervención, pero que no alcanza la significación estadística.

Por su parte, los grupos de «información sólo a la paciente» e «información paciente-familiar» comparten un mismo patrón de evolución temporal que se dife-

rencia del mostrado por las pacientes del grupo de «no información». En estos grupos, si bien se produce un empeoramiento significativo un mes después de la cirugía a nivel de adaptación laboral, doméstica, sexual y social, sin embargo, al cabo de unos 5 meses de la intervención quirúrgica se recuperan dichos niveles de adaptación, alcanzándose un nivel muy similar al existente antes de iniciarse todo el proceso de la enfermedad. Esta mejoría con el tiempo se observa también en las variables de «dependencia» e «inestabilidad», cuyo patrón evolutivo muestra una disminución progresiva en la intensidad de estas reacciones emocionales desde antes de cirugía hasta 5 meses después de la misma.

DISCUSION

Una de las primeras conclusiones que se deriva de nuestros resultados es que la inclusión o no de los familiares en el proceso de información a las pacientes con cáncer de mama no parece ser un factor importante para la adaptación de éstas. No aparecieron grandes diferencias significativas entre el grupo de pacientes que fueron informadas ellas solas y las que lo fueron conjuntamente con sus familiares. Sin embargo, teniendo en cuenta los numerosos trabajos que han señalado el importante papel que juega la familia en la adaptación de los pacientes con cáncer,^{30,31} es necesario llevar a cabo estudios más completos con un control más riguroso de esta variable.

En segundo lugar hay que señalar las conclusiones que se derivan de las diferencias aparecidas entre el grupo control y cualquiera de los 2 grupos experimentales. Los resultados al respecto parecen indicar que el ofrecer una información detallada (escrita y gráfica) sobre el procedimiento quirúrgico a que va a ser sometida una paciente con cáncer de mama tiene efectos negativos en el ajuste psicológico de la misma (mayor inestabilidad y peor ajuste laboral) durante el mes posterior a dicha intervención. Sin embargo, transcurridos unos 5 meses de la cirugía, y cuando esta información quirúrgica se ha completado con otra (también escrita y detallada) sobre el diagnóstico de cáncer de mama y el tratamiento adyuvante complementario, entonces la situación se ha invertido completamente, siendo aquellas pacientes que recibieron información las que exhiben una mejor adaptación a nivel de distintas áreas de funcionamiento psicosocial

TABLA VII

VARIABLES DE ADAPTACION PSICOLOGICA EVALUADAS

1. Sintomatología atribuida a la enfermedad.
2. Actitud ante la salud.
3. Adaptación laboral.
4. Adaptación doméstica.
5. Relaciones sexuales.
6. Relaciones familiares amplias.
7. Adaptación social.
8. Distress psicológico.
9. Dependencia.
10. Inestabilidad.
11. Depresión.
12. Irritabilidad.
13. Pensamiento desiderativo.
14. Animo inestable-depresivo.

(laboral, doméstica, sexual y social), así como el desarrollo de una menor dependencia en comparación con aquellas pacientes que no la recibieron.

Estos resultados muestran que la información tiene en un primer momento consecuencias negativas para el bienestar psicológico de la paciente, pero, sin embargo, sus efectos son positivos transcurrido un cierto tiempo. Estos efectos beneficiosos «a largo plazo» han sido puestos también de manifiesto en el trabajo de Henriques, Stadil y Baden (1980), quienes encontraron, transcurrido un cierto tiempo del conocimiento del diagnóstico de cáncer, no sólo una sustancial reducción de las reacciones emocionales negativas despertadas tras dicho conocimiento, sino que además los pacientes señalaban haberse beneficiado a distintos niveles del hecho de estar informados: vida familiar más intensa, reevaluación de las relaciones interpersonales y, en general, un mejor disfrute de la vida. Algunos trabajos españoles también muestran esta disminución con el tiempo de las reacciones emocionales negativas experimentadas por los pacientes en el momento del diagnóstico.^{32, 33}

Así pues, parece que la información tiene un primer impacto negativo que podríamos considerar la reacción lógica ante el primer enfrentamiento con una situación amenazante para la persona. Sin embargo, posteriormente, ayuda a la paciente a ir adaptándose a la nueva situación de tener que convivir con la enfermedad.

Por otra parte, los resultados obtenidos en nuestro estudio aceptan una segunda interpretación derivada del modo en que se entregaron los folletos informativos. Como se recordará, cuando evaluábamos a las pacientes al cabo de un mes de la cirugía, éstas sólo disponían de la información correspondiente al procedimiento quirúrgico que se les había entregado antes de la intervención. Cuando se les evalúa al cabo de unos 5 meses entonces las pacientes disponen ya de la referente al diagnóstico y al tratamiento complementario. Por tanto, los efectos positivos observados en este momento pueden deberse no al hecho de que éstos se manifiesten a «largo plazo», como antes hemos defendido, sino al hecho de que se ha ofrecido una información mucho más completa de la que existía en la anterior evaluación, o sea, la efectuada al cabo de un mes de la cirugía.

Es decir, en función de esta hipótesis concluiríamos que la información sólo tiene efectos positivos cuando hace referencia a todos los aspectos de la enfermedad

(diagnósticos y terapéuticos) y no cuando se ofrece sólo de forma muy específica sobre el tratamiento quirúrgico. En este caso parece, incluso, tener efectos negativos en la adaptación de las pacientes. Esto confirmaría nuestro planteamiento de la necesidad de una sistematización en la información ofrecida a las pacientes con cáncer, la cual debe recoger todos los aspectos relevantes sobre la situación de la enferma. Por otro lado, este resultado va en la línea de aquellos estudios que muestran que la información ambigua, o a medias, es más negativa que la clara y completa o incluso que el desconocimiento total.^{34, 35}

Otro hecho que se observa en los resultados correspondientes a diferencias entre grupos es la escasa aparición de diferencias significativas a nivel de las variables referidas a reacciones emocionales. Solamente la «inestabilidad» discrimina entre los grupos de «información» y el de «no información». Son precisamente aquellas variables que implican actividad o funcionamiento en diversas áreas (laboral, doméstica, sexual y social) las que establecen diferencias entre grupos. Esto nos lleva a concluir que la información ofrecida a las pacientes de cáncer influye, fundamentalmente, mejorando su nivel de actividad en distintos campos (trabajo, casa, actividades sociales) y sus relaciones interpersonales (familiares, conyugales, sociales, etc.). Pero no parece repercutir, excepto en el momento inmediato a la comunicación del diagnóstico, en sus reacciones emocionales.

Estos resultados confirman los obtenidos por aquellos trabajos que han señalado la necesidad de diferenciar entre el nivel individual o personal, por un lado, y el nivel de relaciones interpersonales o social, por otro, a la hora de determinar los efectos de la información,³⁶ puesto que en algunos estudios se ha encontrado que ésta puede tener consecuencias positivas en unas áreas, pero negativas en otras.³⁷

Finalmente, la observación de la tendencia de evolución a lo largo del tiempo, a nivel de adaptación psicosocial de los 3 grupos de pacientes de nuestro estudio, evidencia que, efectivamente, la información juega un papel importante en el ajuste psicosocial de las pacientes con cáncer de mama: aquel grupo que no la recibió de forma sistemática y secuencial a lo largo de su proceso asistencial no cambió significativamente a lo largo del tiempo su nivel de ajuste psicosocial; por el contrario, los 2 grupos informados muestran cambios significativos en los 2 momentos en que fueron evaluados, confirmando de esta forma la influencia,

negativa en un momento, positiva en otro, tal y como hemos visto, del proceso de información.

CONCLUSIONES

En definitiva, los resultados obtenidos en esta investigación permiten establecer 5 principales conclusiones en cuanto a la información ofrecida sobre la enfermedad:

1. Cuando se entrega tanto a la paciente como a su familiar y de forma conjunta a ambos se favorecen unas actitudes más positivas hacia el sistema sanitario en general y el trato médico recibido.
2. La primera reacción ante la misma es de inestabilidad y desajuste en la paciente, pero transcurrido un cierto tiempo desaparecen las reacciones emocionales negativas y las pacientes informadas exhiben un mejor ajuste psicosocial a distintos niveles.
3. Aquellas áreas donde se manifiestan sus efectos positivos son fundamentalmente las que implican actividad por parte de la paciente y relaciones interpersonales: trabajo laboral, trabajo doméstico, relaciones conyugales y relaciones sociales.
4. Cuando no es completa, sino que se refiere sólo a algún aspecto de su enfermedad, se producen efectos negativos en el ajuste psicológico, que desaparecen cuando se ofrece una información completa referida tanto al diagnóstico como al tratamiento.

En definitiva, la información sobre la propia enfermedad, cuando se ofrece siguiendo unos principios básicos, ejerce un papel importante en la adaptación psicosocial de las pacientes con cáncer de mama.

RESUMEN

Se ha realizado un estudio de seguimiento sobre 71 casos de cáncer de mama evaluando el ajuste psicológico de estas pacientes a lo largo de 6 meses. La muestra ha sido dividida en 3 grupos en función del grado de información que recibían sobre su enferme-

dad. Los resultados indican que cuando ésta se ofrece de forma escrita y detallada se producen, inicialmente, unas reacciones emocionales negativas y mayor desajuste. Sin embargo, según transcurre el tiempo, las pacientes informadas muestran una mejor adaptación y reanudación de su vida normal que aquellas que no la recibieron de forma tan completa. A partir de estos resultados se analizan los factores que determinan las consecuencias psicológicas de esta variable.

REFERENCIAS

1. Vanderpool HY, Weiss, GB. Ethics and cancer: A survey of the literature. *Southern Medical Journal* 1987; 80: 4, 500-506.
2. Reiser SJ. Words as scalpels: Transmitting evidence in the clinical dialogue. *Annals of Internal Medicine* 1980; 92: 837-842.
3. Fitts WT, Ravdin IS. What Philadelphia physicians tell patients with cancer. *Journal of American Medical Association* 1953; 153: 901-904.
4. Rennick D. (Ed.). What should physicians tell cancer patient? *N Med Mat* 1960; 2: 41-53.
5. Oken D. What to tell cancer patients: A study of medical attitudes. *Journal of the American Medical Association*, April, 1961.
6. Friedman HS. Physician management of dying patients: An exploration. *Psychiatry in Medicine* 1970; 1: 295-305.
7. Novack DH, Plumer R, Smith RL, Ochitil H, Morrow GR, Bennett JM. Changes in physician's attitudes toward telling cancer patients. *The Journal of the American Medical Association* 1979; 241, 9: 897-900.
8. Hardy RE; Green DR, Jordan HW, Hardy G. Communication between cancer patients and physicians. *Southern Medical Journal* 1980; 23, 6: 755-757.
9. Dura E. La información como estrategia de adaptación en pacientes con cáncer de mama. Tesis doctoral. Universidad de Valencia, 1989.
10. Dura E. Un modelo integrado de información para el paciente de cáncer. Tesis de licenciatura. Universidad de Valencia, 1986.
11. Dura E, Ibáñez E. Algunas consideraciones y un modelo acerca del tema de la información en psicología oncológica. *Boletín de Psicología* 1987; 16: 7-33.
12. Ibáñez E, Dura E. Las relaciones médico-paciente en psicología oncológica. En: Ibáñez E, Belloch A. *Psicología y Medicina*. Valencia, Promolibro, 1989.
13. Hoerni B, Zittoun R, Rojouan J, Audebert A et al. Information des malades traités pour une maladie de Hodgkins. Liaisons avec la qualité de vie. *Bulletin du Cancer (Paris)* 1986; 73, 3: 305-310.
14. GIVIO. What doctors tell patients with breast cancer about diagnosis and treatment: Findings from a study in general hospitals. *British Journal of Cancer* 1986; 54: 319-326.
15. Dura E, Mira JM, Soriano J. Un estudio descriptivo sobre el deseo de información de las pacientes con cáncer de mama y sus familiares. *Primeras Jornadas sobre Intervención Psicológica en el Hospital General*. Murcia, 1987.

ANÁLISIS DE ALGUNAS VARIABLES IMPLICADAS
EN EL PROCESO DE INFORMACIÓN A LAS PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

16. Holland JC, Geary N, Marchini A, Tross S. An international survey of physician attitudes and practice in regard to revealing the diagnosis of cancer. *Cancer Investigation* 1987; 5, 2: 151-154.
17. Newall DJ, Gadd EM, Priestman TJ. Presentation of information to cancer patients: A comparison of two centers in the UK and USA. *British Journal of Medical Psychology* 1987; 60: 127-131.
18. Amir M. Considerations guiding physicians when informing cancer patients. *Social Science and Medicine* 1987; 24, 9: 741-748.
19. Liberati A et al. Ver GIVIO, 1986.
20. Taylor KM. Telling bad news: Physician and the disclosure of undesirable information. *Sociology of Health and Illness* 1988; 10, 2: 109-132.
21. Gerle B, Lunden G, Sandblom P. The patient with inoperable cancer from the psychiatric and social standpoints. *Cancer* 1960; 13: 1206-1211.
22. Cassem NH, Stewart RS. Management and care of the dying patient. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 1975; 1: 295-305.
23. Denney MD, Williamson D, Penn R. Informed consent-emotional responses of patients. *Postgraduate Medicine Journal* 1975; 60: 205-209.
24. Lankton JW, Bachelder BM, Ominsky AJ. Emotional responses to detailed risk disclosure for anesthesia: A prospective, randomized study. *Anesthesiology* 1977; 46: 294-296.
25. Loftus EF, Fries JF. Informed consent may be hazardous to health. *Science* 1979; 204, 4388, 11.
26. Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V. Information and participation preferences among cancer patients. *Annals of Internal Medicine* 1980; 92: 832-836.
27. Henriques B, Stadil F, Baden H. Patient information about cancer. *Acta Chirurgica Scandinavica* 1980; 309-311.
28. Derogatis LR. PAIS & PAIS-SR. Administration, Scoring and Procedures. *Clinical Psychometric Research*. Baltimore, 1983.
29. Andreu Y. Creación de un cuestionario para las pacientes con cáncer de mama. Tesis doctoral. Universidad de Valencia, 1987.
30. Holland JC. Psychological management of cancer patients and their families. *Practical Psychology* October 1987; 14-20.
31. Holland JC. Now we tell — But how well? *Journal of Clinical Oncology* 1989; 7, 5: 557-559.
32. Dupont CH. Coping mechanisms and anxiety in advanced level cancerous patients, related to hospitalization awareness of diagnosis. *Proceedings ECCO* 1987; 4.
33. Tres Sánchez A, Bailon MJ, Lobo A, Sáez MJ. A prospective study of psychopathology in patients with breast cancer. *First Meeting of the European Society of the Psychosocial Oncology*, 1987.
34. Font A, Alonso C, Bayes R, Subias A, López JJ, Ojeda B. Evaluation of quality of life in oncologic patients. *First Meeting of the European Society of Psychosocial Oncology* 1987.
35. Szmajke K, Hans O, Kaiser A. Psychological problems in leukemia: Influence of the knowledge about the disease on anxiety level and familial interactions. *Proceedings ECCO* 1987; 4.
36. Ibáñez E. La información como estrategia de dominio del stress en pacientes aquejados de cáncer. *Boletín de Psicología* 1988; 21: 27-50.
37. Rosbund A, Brengelman J, Fitzgerald P, Ibáñez E. Psychosocial aspects of the cancer and knowledge diagnosis. *IV European Conference on Clinical Oncology and Cancer Nursing* 1987.