

EFFECTOS DE INTERACCION ENTRE LA INFORMACION OFRECIDA Y EL TIEMPO TRANSCURRIDO EN EL AJUSTE PSICOLOGICO DE LAS PACIENTES CON CANCER DE MAMA

E. Durá

E. Ibáñez

Y. Andreu

M.J. Galdón

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD DE VALENCIA

RESUMEN

Uno de los temas más interesantes dentro del campo de la Psicología de la Salud, en general, y de la Psicología Oncológica, en particular, es el de las consecuencias que tiene el hecho de ofrecer información sobre su enfermedad (diagnóstico, pronóstico y/o tratamientos) a los pacientes de cáncer. Diversos estudios han señalado que estas consecuencias pueden ser distintas en función del momento en que se evalúen, es decir, que la información tendría efectos distintos a corto versus largo plazo. En el presente trabajo se intenta determinar si existen efectos de interacción entre estas dos variables: la entrega de información controlada sobre el diagnóstico y el tratamiento del cáncer y el tiempo transcurrido desde la misma.

La muestra ha estado formada por un total de 71 pacientes con cáncer de mama distribuidas en dos grupos: 46 pacientes (grupo A) recibían información escrita sobre

su enfermedad, mientras que las otras 25 (grupo B) no recibían dicha información. Todas ellas fueron entrevistadas en distintos momentos a lo largo de su proceso asistencial, evaluándose un total de 14 variables de adaptación psicosocial en cada uno de ellos.

Los resultados del análisis de varianza múltiple mostraron efectos de interacción entre las dos variables independientes estudiadas (información y tiempo) en tres de las variables dependientes evaluadas: adaptación laboral, adaptación doméstica y relaciones sexuales. Los resultados muestran que, a medida que transcurre el tiempo, se produce una mejoría en el nivel de adaptación de las pacientes que recibieron información escrita, mientras que, las pacientes que no recibieron dicha información muestran, con el tiempo, una estabilización y, a veces, un empeoramiento de su nivel de ajuste psicosocial.

Palabras Clave: Información, reacciones psicológicas, cáncer de mama.

SUMMARY

One of the most interesting theme in Health Psychology, in general, and in Oncological Psychology, particularly, is the consequences of information about disease in cancer patients' adaptation. Studies point out that these consequences can be different depending on the moment in which they are evaluated, i.e., there are different effects of information at short and at long term. In this work, we try to determinate if there are interaction effects between these two variables: the controlled information about cancer diagnosis and treatment, and the time passed since this information.

The sample has been composed of 71 breast cancer patients distributed in two groups: 46 patients (Group A) were given written information about their disease, and the last 25 (Group B) were not given that information. All of them were interviewed in different moments, and we assessed 14 variables of psychological adaptation.

The results of the Multiple Variance Analysis realized showed that there were interactions effects between the two independent variables studied (information and time) in three of the dependent variables assessed: laboral adjustment, domestic adjustment, and sexual relationships. These results point out that the more time passed, the better adjustment in patients who received written information; however, patients who were not given that information showed worse adaptation in the course of time.

Key Words: Information, psychological reactions, breast cancer.

INTRODUCCION

La polémica respecto a informar o no a los pacientes de cáncer sobre su diagnóstico y/o tratamiento ha existido a lo largo de toda la historia de la Medicina, desde los tiempos de la Edad Clásica Griega (Reiser, 1980). Sin embargo, el tema nunca había despertado tanto interés ni ocupado tantas páginas de la literatura científica como a partir de la segunda mitad del presente siglo (Vanderpool y Weiss, 1987).

Este creciente interés debe, principalmente, a dos tipos de razones: médicas y sociales. A nivel social, hay que destacar el cambio ocurrido en las tres últimas décadas en los modelos tradicionales de relación médico-paciente. Así, el "Modelo Paternalista" -acuñado por Parsons (1951)- que postula una asimetría de poder entre médico y paciente y la defensa de unilateralidad en las decisiones médicas, ha dado paso a otros modelos que asignan un mayor papel al paciente en su propia atención y cuidados médicos, incluyendo el derecho a tomar decisiones y a exigir responsabilidades. Como ejemplos cabe señalar los movimientos del "consumismo en el área de la salud" (Reeder, 1972), de "auto-ayuda" (Green et al., 1977) o del "consentimiento informado" (Annas, 1975).

Otro tipo de razones que explican el creciente interés por el tema de la información a los pacientes de cáncer, está relacionado con los avances médicos logrados en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, que han posibilitado una mayor supervivencia de este tipo de pacientes; por otro lado, esta mayor supervivencia se ha logrado, muchas veces, a costa de dolorosos y/o desagradables tratamientos. De esta forma, el concepto de "calidad de vida" ha venido a enfatizar la importancia de la "calidad" de dicha supervivencia más que la prolongación de la misma. En este sentido, la información que se ofrece a los pacientes de cáncer sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, se ha convertido en un medio a través del cual se puede incrementar, o no, su calidad de vida.

Numerosos estudios han tratado de determinar las consecuencias psicológicas que tiene el hecho de ofrecer información sobre su situación a los pacientes de cáncer. En concreto, se han estudiado las reacciones emocionales ante la misma y su impacto en las relaciones sociales y familiares del paciente. Desafortunadamente, no se han podido establecer conclusiones claras y definitivas. Algunos estudios informan de reacciones emocionales negativas (aprensión, ira o ansiedad) que interfieren con el ajuste del paciente (Peck, 1972; Patel et al., 1980; Simes et al., 1986) mientras que otros informan de consecuencias positivas e incluso reductoras de la ansiedad (Denney et al., 1975; Cassem y Stewart, 1975) que favorecen un mejor ajuste y adaptación (Gerle et al., 1960; Henriques et al., 1980; Cassileth et al., 1980; Mischel et al., 1984).

Estos resultados contradictorios nos han llevado a plantear que la información, por sí misma, no es positiva ni negativa (Ibáñez, 1988), sino que sus efectos dependen de una serie de factores que se refieren tanto a la forma en que se ofrece

a los pacientes, como a la forma en que se evalúan las consecuencias de la misma (Durá e Ibañez, 1987; Durá, 1990).

El presente trabajo tiene como objetivo el análisis de uno de estos factores que modulan el impacto de la información, en concreto, el referido al momento en que se evalúan los efectos o consecuencias de la misma, postulando la posible existencia de efectos distintos de la información a "corto" versus "largo plazo". En este sentido, hemos intentado determinar si existe interacción entre el aporte de información controlada sobre el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama y el tiempo transcurrido desde la entrega de la misma, sobre el ajuste psicológico de las pacientes con cáncer de mama.

METODO

Muestra

La muestra del estudio ha estado formada por un total de 71 pacientes diagnosticadas, por primera vez, de cáncer de mama que estaban siendo atendidas en el Instituto Valenciano de Oncología (I.V.O.). Todas ellas, a excepción de cinco, fueron intervenidas quirúrgicamente antes de iniciar el tratamiento de quimio y/o radioterapia que se le aplicó a la muestra total. Cuarenta y seis (46) de estas pacientes formaron el GRUPO A el cual recibió información escrita y detallada sobre el procedimiento quirúrgico dos o tres días antes de esta intervención y, sobre el diagnóstico y el tratamiento complementario, después de la misma, pero antes de iniciar dicho tratamiento post-quirúrgico. Las otras veinticinco (25) pacientes formaron el GRUPO B el cual no recibió ninguna información escrita adicional a la ofrecida normalmente por los médicos que las atendieron.

De esta forma, hemos podido comparar los efectos de una información ofrecida de forma controlada y secuencial frente a una información ofrecida de forma no controlada, dependiendo de la decisión individual de cada médico. La información ofrecida al Grupo A se presentaba en forma de folletos escritos y gráficos que incluían toda aquella información que un equipo interdisciplinar (médicos, psicólogos y enfermeras) consideró conveniente.

Por otro lado, el Grupo A fue dividido, a su vez, en dos subgrupos, en función de que dicha información escrita se ofreciera tanto a la paciente como a su familiar (Subgrupo A1), o sólo a la paciente sin la presencia de ningún familiar (Subgrupo A2). Un total de 24 pacientes formaron el subgrupo A1 y un total de 22 formaron el subgrupo A2. Estos subgrupos fueron establecidos para determinar la importancia que juega la familia en el proceso de información a los pacientes y en su adaptación a la misma.

Las características sociodemográficas y clínicas de la muestra total del estudio, con la especificación de los subgrupos, aparecen en la Tabla 1.

TABLA 1
CARACTERISTICAS DE LAS TRES MUESTRAS DE PACIENTES DE NUESTRO ESTUDIO

	GRUPO A1		GRUPO A2		GRUPO B	
	N	%	N	%	N	%
EDAD						
25-34	1	4.17	0	0.00	2	8.00
35-44	5	20.83	3	13.64	2	8.00
45-54	7	29.17	5	22.73	3	12.00
55-64	6	25.00	8	36.36	10	40.00
65-74	4	16.66	6	27.27	7	28.00
75-84	1	4.17	0	0.00	1	4.00
Edad media	54.83		56.86		58.12	
E. CIVIL						
Casada	19	79.17	10	44.45	19	76.00
Soltera	1	4.17	1	4.55	1	4.00
Viuda	4	16.66	8	36.36	5	20.00
Separada	0	0.00	3	13.64	0	0.00
ESTADIO						
I	5	20.83	6	27.27	3	12.00
II	13	56.17	12	54.55	12	48.00
III	5	20.83	4	18.18	6	24.00
IV	0	0.00	0	0.00	1	4.00
Desconocido	1	4.17	0	0.00	3	12.00
CIRUGIA						
Radical	13	54.16	11	50.00	15	60.00
Conservadora	11	45.83	11	50.00	5	20.00
No operada	0	0.00	0	0.00	5	20.00
TRATAMIENTO						
Quimioterapia	2	8.33	3	13.64	14	56.00
Radioterapia	11	45.83	8	36.36	0	0.00
Hormonoterapia	1	4.17	0	0.00	2	8.00
Quimio + radio	7	29.17	9	40.91	6	24.00
Hormono + radio	3	12.50	2	9.09	3	12.00
N	24		22		25	

(NOTA: N = número de sujetos; % = porcentaje de sujetos)

Instrumentos utilizados

Todas las pacientes fueron evaluadas a través de tres instrumentos:

a) Una **ESCALA GLOBAL DE AJUSTE**, elaborada específicamente para esta investigación y que ofrece una única puntuación total sobre la sintomatología física y psicológica presentada por el paciente.

b) El **PSYCHOLOGICAL ADJUSTMENT TO ILLNESS SCALE-SELF REPORT (PAIS-SR)** de Derogatis (1983), traducido al efecto, que evalúa la adaptación del paciente en siete áreas distintas:

- Actitud ante la salud
- Adaptación laboral
- Adaptación doméstica
- Relaciones sexuales
- Relaciones familiares amplias
- Adaptación social
- Distrés psicológico

c) El **CUESTIONARIO DE ADAPTACION EMOCIONAL AL CANCER (CAEC)** de Andréu (1987), que evalúa seis diferentes reacciones emocionales:

- Dependencia
- Inestabilidad
- Depresión
- Irritabilidad
- Pensamiento desiderativo
- Animo inestable-depresivo

En todas estas subescalas, la puntuación incrementa en función del grado de desajuste o alteración manifiesto por el paciente.

Procedimiento

Estos tres instrumentos fueron administrados a las pacientes del **GRUPO A (A1 y A2)** en tres momentos distintos:

a) Antes de la cirugía y antes de recibir ningún tipo de información escrita sobre su situación.

b) Un mes después de la cirugía y, por lo tanto, un mes después de haber recibido el folleto de información escrita sobre dicho procedimiento quirúrgico, y

c) Cinco meses después de iniciado el tratamiento post-quirúrgico complementario y, por lo tanto, cinco meses después de haber recibido la información escrita sobre el diagnóstico del cáncer de mama y el tratamiento adyuvante.

Por su parte, las pacientes del **GRUPO B** sólo pudieron ser evaluadas en dos

momentos distintos: un mes después de la cirugía y cinco meses después de iniciado el tratamiento adyuvante.

En la Tabla 2 se describe el procedimiento de evaluación seguido en este estudio.

Análisis realizados

Llevamos a cabo dos análisis de varianza múltiple.

El primero de ellos se aplicó entre el GRUPO A (información) y el GRUPO B (no información), sobre las puntuaciones obtenidas por ellos en dos momentos distintos: uno y seis meses después de la cirugía (diseño 2x2).

El segundo análisis se aplicó entre los dos subgrupos del GRUPO A (información paciente-familiar e información sólo a la paciente), atendiendo a las puntuaciones obtenidas en tres momentos distintos de evaluación: unos días antes de la cirugía, un mes después de dicho procedimiento y seis meses después del mismo (diseño 2x3).

RESULTADOS

Respecto a la comparación entre los dos subgrupos del Grupo A, no se observaron efectos de interacción en ninguna de las variables consideradas.

Por otro lado, el análisis efectuado entre los Grupos A y B mostró un efecto de interacción entre el aporte de información a las pacientes y el tiempo transcurrido desde la misma, para el caso de las siguientes variables:

- Adaptación Laboral (PAIS-SR)

En esta variable, el nivel de significación alcanzado por el efecto de interacción fue del 1% (Tabla 3.a). La aplicación de la Prueba de Tukey (Tabla 3.c) mostró los siguientes aspectos:

- El Grupo A (pacientes informadas) presentaba una mejoría con el tiempo en esta variable; la puntuación media obtenida un mes después de la cirugía fue de 11.22, mientras que al cabo de seis meses de la misma fue de 9.06 (Tabla 3.b). Esta diferencia es significativa al 5%.

- El Grupo B (pacientes no informadas) presentaba un empeoramiento con el tiempo en esta variable; las medias obtenidas en los dos momentos de evaluación (un mes y seis meses después de la cirugía) fueron de 9.32 y 10.40 respectivamente; aunque no se alcanzó la significación estadística (Tabla 3.b).

- Adaptación Doméstica (PAIS-SR)

El efecto de interacción, en el caso de esta variable, era significativo al 5% (Tabla 4.a).

TABLA 2

PROCEDIMIENTO

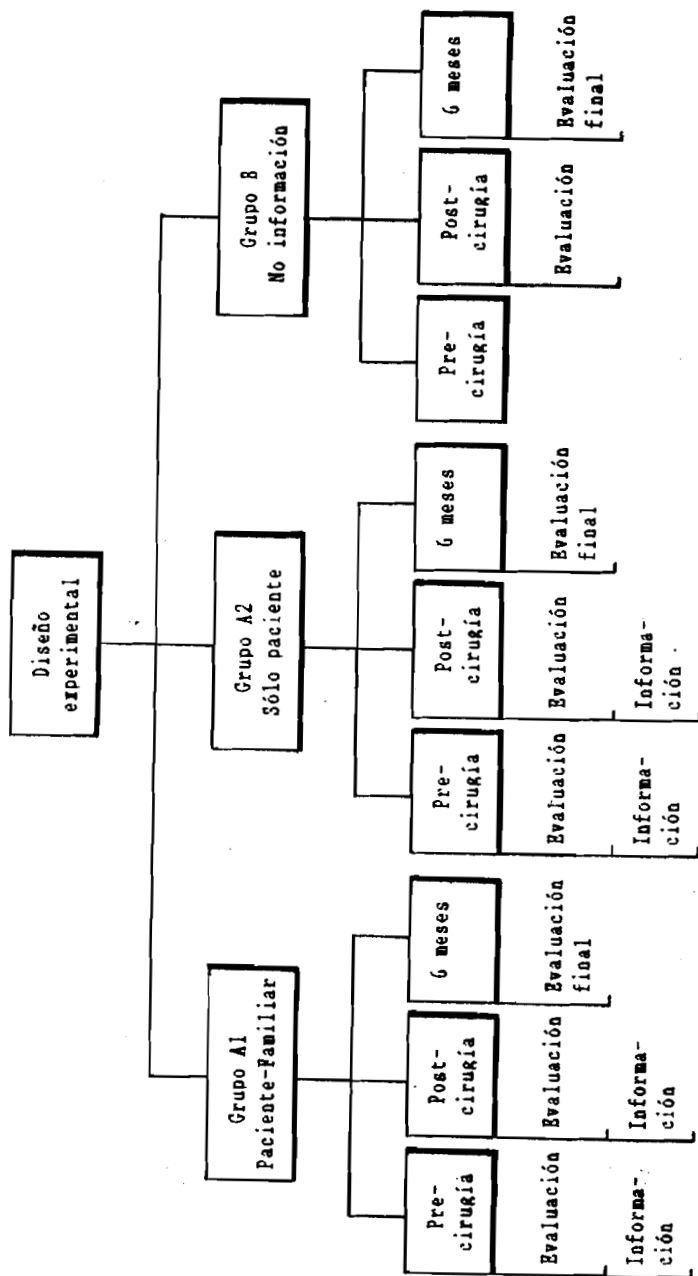


TABLA 3
A D A P T A C I O N L A B O R A L

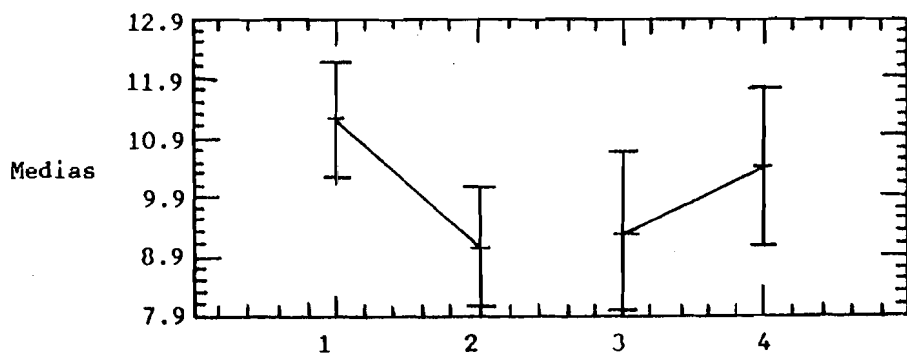
A) ANALISIS DE VARIANZA MULTIPLE

Fuente de variación	Suma de cuadrados	g.l.	Medias cuadradas	F	p
Efectos principales	39.070	2	19.535	1.685	.1893
- Información	2.563	1	2.563	.221	.6440
- Momento de evaluación	36.507	1	36.507	3.149	.0782
Interacción	84.605	1	84.605	7.297	.0078

B) MEDIAS DE LOS GRUPOS

	GRUPO A	GRUPO B
1 mes después de la cirugía	11.22	9.32
6 meses después de la cirugía	9.06	10.49

C) PRUEBA DE TUKEY



- 1 = Grupo A. 1 mes post-cirugía
 2 = Grupo A. 6 meses post-cirugía
 3 = Grupo B. 1 mes post-cirugía
 4 = Grupo B. 6 meses post-cirugía

TABLA 4
ADAPTACION DOMESTICA

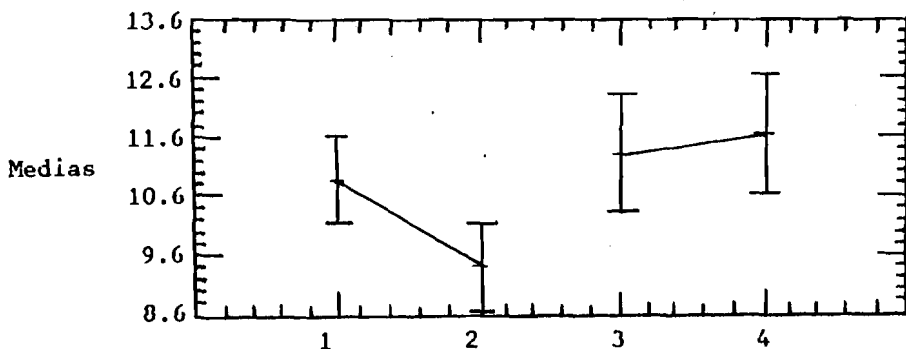
A) ANALISIS DE VARIANZA MULTIPLE

Fuente de variación	Suma de cuadrados	g.l.	Medias cuadradas	F	p
Efectos principales	84.258	2	42.129	6.155	.0028
- Información	58.054	1	58.054	8.481	.0042
- Momento de evaluación	26.204	1	26.204	3.828	.0524
Interacción	26.825	1	26.825	3.919	.0497

B) MEDIAS DE LOS GRUPOS

	GRUPO A	GRUPO B
1 mes después de la cirugía	10.89	11.32
6 meses después de la cirugía	9.39	11.64

C) PRUEBA DE TUKEY (HSD; Intervalo de confianza 5%)



- 1 = Grupo A. 1 mes post-cirugía
- 2 = Grupo A. 6 meses post-cirugía
- 3 = Grupo B. 1 mes post-cirugía
- 4 = Grupo B. 6 meses post-cirugía

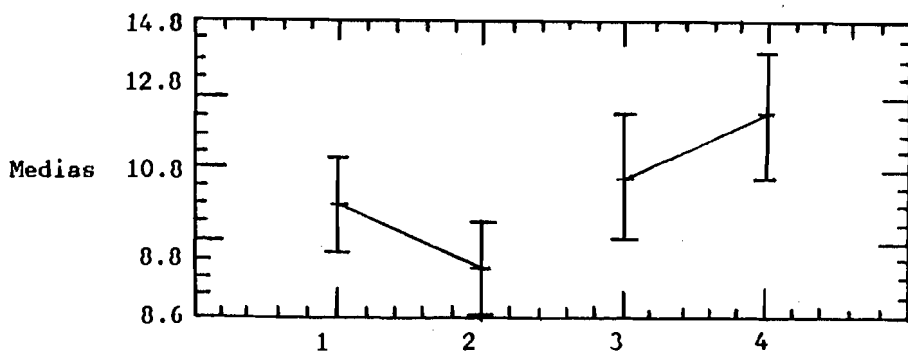
TABLA 5
A D A P T A C I O N S E X U A L

A) ANALISIS DE VARIANZA MULTIPLE

Fuente de variación	Suma de cuadrados	g.l.	Medias cuadradas	F	p
Efectos principales	198.996	2	99.498	5.279	.0062
- Información	188.285	1	188.285	9.989	.0019
- Momento de evaluación	10.711	1	10.711	.568	.4603
Interacción	86.125	1	86.125	4.728	.0314

B) MEDIAS DE LOS GRUPOS

	GRUPO A	GRUPO B
1 mes después de la cirugía	9.85	10.60
6 meses después de la cirugía	8.13	12.20

C) PRUEBA DE TUKEY (HSD; Intervalo de confianza 5%)

- 1 = Grupo A. 1 mes post-cirugía
 2 = Grupo A. 6 meses post-cirugía
 3 = Grupo B. 1 mes post-cirugía
 4 = Grupo B. 6 meses post-cirugía

Al igual que en el caso anterior, la Prueba de Tukey mostró una mejoría con el tiempo en la adaptación de las pacientes del Grupo A (Tabla 4.c). Las medias obtenidas por este grupo en los dos momentos de evaluación fueron, respectivamente, de 10.89 y 9.39, siendo esta diferencia significativa al 5% (Tabla 4.b). Por su parte, las pacientes del Grupo B no mostraron cambios significativos con el tiempo a nivel de adaptación doméstica; las medias respectivas de los dos momentos de evaluación fueron de 11.32 y 11.64 (Tabla 4.b).

- Adaptación sexual (PAIS-SR)

Una significación estadística del 5% alcanzó el efecto de interacción en el caso de esta variable (Tabla 5.a).

De nuevo, la aplicación de la Prueba de Tukey (Tabla 5.c) mostró una mejoría con el tiempo en el caso de las pacientes del Grupo A, siendo las medias respectivas a cada momento de evaluación de 9.85 y 8.13, y un empeoramiento en el caso de las pacientes del Grupo B, siendo sus medias respectivas 10.60 y 12.20 (Tabla 5.b).

Finalmente, debemos señalar que, además de estos efectos de interacción, ambos análisis de varianza múltiple mostraron también efectos principales en distintas variables. No entramos aquí en el análisis de estos efectos directos puesto que han sido estudiados detalladamente en otros trabajos (Durá, 1989; Durá e Ibañez, en prensa).

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos muestran que la interacción entre la información ofrecida y el tiempo transcurrido desde la misma sólo alcanzan la significación estadística cuando comparamos el grupo de información (Grupo A) y el de no información (Grupo B), para el caso concreto de las variables de Adaptación Laboral, Adaptación doméstica y Relaciones Sexuales. EL modelo observado en estos tres casos es similar, mejorando con el tiempo las pacientes que recibieron información escrita y detallada, mientras que, las pacientes que no recibieron dicha información, o no muestran cambios significativos a lo largo del tiempo, o incluso, empeoran en su nivel de adaptación.

En este sentido, podemos confirmar nuestra hipótesis inicial de que la información ofrecida interacciona con el tiempo transcurrido a la hora de influir en el ajuste psicosocial de las pacientes con cáncer de mama. Esta interacción muestra que el aporte de información ejerce un efecto positivo sobre el ajuste psicológico de estas pacientes, según transcurre el tiempo desde que se ofreció la misma.

Estudios realizados por otros autores, y por nosotros mismos, habían mostrado ya que la información ofrecida a los pacientes de cáncer incluye directamente en sus reacciones emocionales y ajuste psicológico a la enfermedad (Durá, 1989; Henriques et al., 1980; Cassileth et al., 1980; para una revisión, véase Durá, 1986,

1989). Aunque se ha señalado que las consecuencias de la información ofrecida a este tipo de pacientes dependen de una serie de factores relacionados tanto con la forma en que se ofrece (quién, cuándo, cómo y qué tipo de información) como con la forma en que se evalúan sus efectos (área de ajuste evaluada, momento de evaluación, etc...) (Durá, 1990), sin embargo, es evidente que ésta afecta directamente al ajuste psicológico de los pacientes oncológicos.

Por otro lado, otra serie de estudios han mostrado una clara disminución de la sintomatología psicopatológica presentada por los pacientes de cáncer según transcurre el tiempo desde el inicio del tratamiento (Morris, 1979; Tres Sánchez et al., 1987; Lederberg et al., 1989).

A todo ello, nuestro trabajo vendría a puntualizar los siguientes aspectos:

- La información ofrecida a las pacientes con cáncer de mama sobre su diagnóstico y tratamiento, favorece su adaptación psicosocial dentro del ámbito doméstico, laboral y a nivel de relaciones sexuales, según transcurre el tiempo desde el inicio del proceso de la enfermedad.

- La adaptación doméstica, laboral y sexual de las pacientes con cáncer de mama, tiende a mejorar con el tiempo sólo cuando estas pacientes han sido informadas, de su diagnóstico y tratamiento, de forma escrita y controlada; cuando no se ofrece este tipo de información, su nivel de adaptación se estabiliza o, incluso, empeora con el tiempo.

BIBLIOGRAFIA

- ANDREU, Y. (1987).- **Creación de un cuestionario para las pacientes con cáncer de mama**. Tesis Doctoral, Universidad de Valencia.
- ANNAS, G.J. (1975).- **The rights of hospital patients: American Civil Liberties Union Handbook**. Avon Books, Nueva York.
- CASSEM, N.H. y STEWART, R.S. (1975).- Management and care of the dying patient. **International Journal of Psychiatry in Medicine**, 1, 295-305.
- CASSILETH, B.R., ZUPKIS, R.V., SUTTON-SMITH, K. y MARCH, V. (1980).- Information and participation preferences among cancer patients. **Annals of Internal Medicine**, 92, 832-836.
- DENNEY, M.D., WILLIAMSON, D. y PENN, R. (1975).- Informed consent. Emotional responses of patients. **Postgraduate Medicine Journal**, 60, 205-209.
- DEROGATIS, L.R. (1983).- **PAIS and PAIS-SR. Administration, Scoring and Procedures**. Clinical Psychometric Research, Baltimore.

- DURA, E. (1986).- **Un modelo de información para pacientes con cáncer de mama.** Tesis de Licenciatura, Universidad de Valencia.
- DURA, E. (1989).- **La información como estrategia de adaptación en pacientes con cáncer de mama.** Tesis Doctoral, Universidad de Valencia.
- DURA, E. (1990).- **El dilema de informar al paciente de cáncer.** Nau Llibres, Valencia.
- DURA, E. e IBAÑEZ, E. (1987).- Algunas consideraciones y un modelo acerca del tema de la información en Psicología Oncológica. *Boletín de Psicología*, **16**, 7-33.
- DURA, E. e IBAÑEZ, E. (en prensa).- The psychosocial effects of an information program involving Spanish breast cancer patients. *Journal of Psychological Oncology*.
- GERLE, B., LUNDEN, G. y SANDBLOM, P. (1960).- The patient with inoperable cancer from the psychiatric and social standpoints. *Cancer*, **13**, 1206-1211.
- GREEN, L.W., WERLIN, S.H., SCHAUFFLER, H.H. y AVERY, C.H. (1977).- Research and demonstration issues in self-care: measuring the decline of mediocentrism. *Health Education Monographs*, **5**, 161-189.
- HENRIQUES, B., STADIL, F. y BADEN, H. (1980).- Patient information about cancer. *Acta Chirurgica Scandinavica*, **146**, 309-311.
- IBAÑEZ, E. (1988).- La información como estrategia de dominio del estrés en pacientes aquejados de cáncer. *Boletín de Psicología*, **21**, 27-50.
- LENDERBERG, M.S., HOLLAND, J.C. y MASSIE, M.J. (1989).- Psychological aspects of patients with cancer. En V.T. DeVITA, S. HELLAMN y S.A. ROSENBERG (eds).- *Cancer: Principles and Practice of Oncology* (3ª ed., vol. 2), Lippincott, Filadelfia.
- MISCHEL, M. y cols. (1984).- Predictors of psychosocial adjustment in patients newly diagnosed with cancer. *Cancer Nursing*, **7**, 291-299.
- MORRIS, T. (1979).- Psychological adjustment to mastectomy. *Cancer Treatment Review*, **6**, 41-61.
- PARSONS, T. (1951).- *The social system*, Free Press, Nueva York.
- PATEL, J.J. y cols. (1980).- Psychological manifestations in cancer patients. *Indian Journal of Clinical Psychology*, **7**, 147-150.
- PECK, A. (1972).- Emotional reactions to having cancer. *American Journal of Roentgenology*, **114**, 591-599.
- REEDER, L. (1972).- The patient-client as a consumer: some observations on the changing professional-client relationships. *Journal of Health and Social Behavior*, **13**, 406-412.
- REISER, S.J. (1980).- Words as scapels: Transmitting evidence in the clinical dialogue. *Annals of Internal Medicine*, **92**, 837-842.
- SIMES, R.J., TATTERSALL, M.H.N., COATES, A.S. y cols. (1986).- Randomised comparison of procedures for obtained informed consent in clinical trials

of treatment for cancer. **British Medical Journal**, 293, 1065-1068.

TRES SANCHEZ, A., BAILON, M.J., LOBO, A. y SAEZ, M.J. (1987).- A prospective study of psychopathology in patients with breast cancer. **First Meeting of the European Society of Psychosocial Oncology**, Madrid.

VANDERPOOL, H.Y. y WEISS, G.B. (1987).- Ethics and cancer: A survey of the literature. **Southern Medical Journal**, 80, 4, 500-506.