

CONSPIRACIÓN DE SILENCIO Y MALESTAR EMOCIONAL EN PACIENTES DIAGNÓSTICADOS DE GLIOBLASTOMA MULTIFORME

CONSPIRACY OF SILENCE AND EMOTIONAL DISTRESS IN PATIENTS DIAGNOSED WITH GLIOBLASTOMA MULTIFORME

José Luis Díaz-Cordobés^{1,2,3}, Juan Antonio Barcia⁴, José María Gallego-Sánchez⁵
y Pilar Barreto⁶

¹ GASMEDI 2000 S.A.U.

² Unidad de Cuidados Respiratorios. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

³ Fundación para la Investigación HCUV-INCLIVA.

⁴ Servicio de Neurocirugía. Hospital San Carlos de Madrid.

⁵ Servicio de Neurocirugía. Hospital General Universitario de Valencia.

⁶ Facultad de psicología. Universitat Valencia.

Resumen

Objetivo: En el ámbito de enfermedades muy graves y de mal pronóstico, continúa existiendo un importante porcentaje de familiares que, por motivos benéficos y de protección, deciden ocultar la verdad a los enfermos que desean conocer lo que les ocurre. El objetivo es identificar la incidencia de conspiración de silencio familiar y su repercusión en los niveles de ansiedad y depresión del paciente diagnosticado de glioblastoma multiforme (GBM).

Método: Los niveles de ansiedad y depresión fueron recogidos en cinco momentos del proceso de enfermedad: ingreso, después de la comunicación del diagnóstico, en el alta hospitalaria, un mes después del alta y seis meses después del alta. Las necesidades de información fueron recogidas en el momento del ingreso.

Resultados: El 19,3 % de las familias, consideró que no sería conveniente comunicar al paciente lo que le ocurría a pesar de que éste quería conocer aspectos relacionados con su enfermedad. Esta conspiración repercute en los niveles de ansiedad del paciente hasta incluso un mes después del alta hospitalaria. En

Abstract

Aim: For those patients suffering serious illnesses with a poor prognosis, there continues to be a significant percentage of well-meaning family members who, out of a desire to protect the patient, decide to hide the truth, even if the patient wishes to know what the real situation is.

Methods: To measure the incidence of conspiracies of silence within families and their repercussions on levels of anxiety and depression of patients diagnosed Glioblastoma Multiforme (GBM).

Findings: 19.3 % of the families taking part thought that it would not be appropriate to give the patient information about their disease, despite the patient stating that he or she would like to know more about their disease. This conspiracy had an impact on the anxiety levels of the patient even a month after the discharge from hospital. At this point in the disease process, those patients where there was a conspiracy of silence demonstrated psychopathological levels of anxiety (12.71 ± 2.28), whereas the levels of anxiety for those patients who were

Correspondencia:

José Luis Díaz

Unidad de Cuidados Respiratorios. Hospital Clínico Universitario de Valencia

Avd Blasco Ibañez 17

46010 Valencia, Spain

E-mail: jldiazcordobes@yahoo.es

este momento de la enfermedad, en los pacientes donde existía pacto de silencio presentaban unos niveles psicopatológicos de ansiedad ($12,71 \pm 2,28$), mientras que los niveles de ansiedad de los pacientes a los que se les permitió una comunicación abierta estaban por debajo de la significación clínica ($7,00 \pm 3,27$).

Conclusiones: Existe una alta incidencia de pacto de silencio en pacientes con GBM y su repercusión sobre el malestar emocional de los enfermos se mantiene durante un largo periodo de tiempo.

Palabras clave: ansiedad, depresión, conspiración de silencio, glioblastoma multiforme.

allowed more open communication showed levels which were below clinical significance (7.00 ± 3.27).

Conclusions: The needs for information of family members and patients with GBM are different and their repercussions on emotional distress in patients can continue during a prolonged period of time.

Keywords: Anxiety, depression, conspiracy of silence, glioblastoma multiforme.

INTRODUCCIÓN

Aunque la información que los pacientes desean tener y realmente tienen de su enfermedad ha aumentado en los últimos años, la relación médico-paciente basado en el modelo paternalista sigue teniendo sus consecuencias actualmente^(1,2). En el ámbito de enfermedades muy graves y de mal pronóstico, continúa existiendo un importante porcentaje de pacientes que no conocen correctamente el objetivo de su tratamiento y que consideran que un tratamiento podría curarles cuando la finalidad real era estrictamente paliativa^(3,4). El hecho de que los pacientes no sean informados cuando lo desean y no se anticipen los diferentes estresores asociados a su enfermedad, acentúa el estrés y el sufrimiento⁽⁵⁾, ya que esa necesidad de información no sólo supone un incremento de la incertidumbre y ansiedad sino que además hace que el aislamiento y la desconfianza en su entorno más cercano se incrementen^(5,6).

Ante la sospecha de un diagnóstico con muy mal pronóstico tanto los profesionales sanitarios como los familiares de la persona enferma, suelen recurrir a argumentos, como considerar que si un enfermo conoce la verdad supondrá un incremento de sufrimiento adicional y evitable, para no

decir toda la verdad⁽⁷⁾. Existen dos razones principales que explicarían y apoyarían este argumento: por un lado las dificultades que tiene la familia para enfrentarse al sufrimiento de lo que en realidad sucede y que desearían negarlo y por otro, la dificultad de los profesionales sanitarios en proporcionar noticias tan amenazantes⁽⁸⁾. Transmitir a una persona, en situación de relativa buena salud, que padece un tumor cerebral maligno cuyo tiempo de progresión es de aproximadamente un año y que su único tratamiento incluyendo cirugía, radioterapia y quimioterapia es siempre paliativo^(9,10) debe de ser muy difícil. Este proceso de información requiere de importantes habilidades de comunicación que minimicen el coste emocional y generen cierta esperanza realista^(11,12). Se trata de una situación tan amenazante que en muchos casos la familia opta por ocultar toda la información posible a su familiar enfermo. Por razones culturales, todavía en nuestra sociedad es relativamente frecuente ocultar el diagnóstico o el pronóstico al paciente y silenciar la cercanía de la muerte⁽¹³⁾ y las familias son generalmente contrarias a que se informe a los pacientes, alcanzando tasas de incidencia de pacto de silencio hasta en un 61% de los casos⁽¹⁴⁾.

El diagnóstico de glioblastoma multiforme (GBM) es muy amenazante por múltiples razones; en primer lugar porque lo asociamos a una esperanza de vida muy limitada aunque se utilicen los tratamientos más avanzados, en segundo lugar porque lo relacionamos con los posibles efectos neurológicos o neuropsicológicos que implican una importante pérdida de autonomía y en tercer lugar porque los pacientes con sospecha de tumor cerebral tienen que afrontar un período largo de incertidumbre de confirmación del diagnóstico y la dificultad de decidir entre distintas alternativas de tratamiento con beneficios relativos. Ante la posibilidad de que un importante número de familias opten por ocultar cierta información a los enfermos con GBM, el objetivo de este estudio es identificar la incidencia de pacto de silencio por parte de la familia y su repercusión en los niveles de ansiedad y depresión del paciente.

MÉTODO

Pacientes

Los sujetos del estudio fueron aquellas personas ingresadas en el Servicio de Neurocirugía del Hospital General Universitario de Valencia durante el periodo comprendido entre enero de 2005 y diciembre 2007. Los criterios de inclusión fueron posible diagnóstico de Glioma de alto grado de malignidad, estado clínico de consciencia y orientación adecuada en el momento del ingreso y no presentar antecedentes psiquiátricos. Los criterios de exclusión fueron la no aceptación de consentimiento informado.

Variables y procedimiento

Las variables sociodemográficas fueron recogidas en el momento del ingreso en el servicio de Neurocirugía. El nivel de ajuste psicológico de los pacientes se evaluó a

través de la escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria (*The Hospital Anxiety and Depression Scale*) de Zigmond y Snaith⁽¹⁵⁾. La escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria es una escala de auto-valoración que se utiliza como instrumento para detectar niveles de depresión y ansiedad en pacientes ingresados. Está limitado a los dos aspectos más comunes presentes en la persona cuando se somete a una situación de estrés ambiental, o causado por síntomas somáticos: ansiedad y depresión. Consta de 14 ítems con un rango de respuesta de 0 a 3 y sus subescalas de depresión y ansiedad son medidas válidas de la severidad de las alteraciones emocionales. Los ítems que comprenden la subescala de ansiedad se fundamentan en manifestaciones psíquicas de ansiedad situacional. Los ítems que componen la subescala de depresión están ampliamente basados en los síntomas centrales de la psicopatología de la depresión. La puntuación máxima posible en cada dimensión es 21. Puntuaciones entre 0 y 7 son consideradas como clínicamente no significativas, entre 8 y 10 como casos dudosos y por encima de 10, tanto en depresión como en ansiedad, son consideradas clínicamente significativas. Los niveles de ansiedad y depresión fueron recogidos en cinco momentos diferentes del proceso de enfermedad: en el momento del ingreso, después de la comunicación del diagnóstico y proceso de toma de decisiones, en el momento del alta hospitalaria, aproximadamente un mes después del alta y seis meses después del alta. Las variables relacionadas con las necesidades de información del paciente y familia fueron recogidas en el momento del ingreso hospitalario.

ANÁLISIS DE DATOS

Las variables fueron representadas usando frecuencias y porcentajes. Las variables con distribución normal fueron ex-

presadas en medias y desviaciones estándar. Para comparar los niveles de ansiedad y depresión en relación a las necesidades de información se realizó la prueba del Chi-cuadrado. La significación estadística considerada fue de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, 57 personas atendidas en el servicio de neurocirugía cumplieron los criterios de inclusión. La media de edad fue de 64,51 años y no hubo diferencias significativas en función del género (el 47,4 % fueron mujeres). El 21,1 % de los participantes no presentaban estudios primarios, el 43,9 % habían realizado estudios primarios, el 31,6 % estudios de bachillerato o formación profesional y el 3,5 % restante tenían estudios universitarios.

En relación a los datos clínicos, el 40,4 % de los tumores estaban localizados en el lóbulo temporal, el 28,1% en el lóbulo frontal, el 29,8 en el lóbulo parietal y sólo un tumor estuvo localizado en el lóbulo occipital. No hubo diferencias significativas en función de la lateralidad (el 50,9% estaba localizado en el hemisferio derecho). En cuanto a la decisión del tratamiento, más de la mitad de las personas diagnosticadas de GBM (50,3%) optaron por la alternativa más agresiva (cirugía con radioterapia y quimioterapia concomitante), un 8,9% consideraron más adecuada

la opción de radioterapia y quimioterapia y un 33,9% consideraron que preferían no recurrir a medidas agresivas después de la valoración de los costes-beneficios en función de sus deseos vitales.

Desde el momento del ingreso hasta el momento de la comunicación del diagnóstico un 19,3% de la familia consideró que no sería adecuado que se le comunicase al paciente lo que le ocurría a pesar de que éste quería conocer aspectos relacionados con su enfermedad. En tres de estas ocho personas (5,3%) y tras deliberar con la familia las consecuencias que supondría esta conspiración de silencio, consideraron beneficiante para el enfermo que éste conociese lo que le ocurría y pudo solventarse el pacto de silencio. Un 8,8 % de los pacientes hizo uso del derecho de no conocer aspectos relacionados con su enfermedad delegando en algún familiar y cinco pacientes presentaban alteración neurológica debido a tumor y la incapacidad para decidir era evidente. El 63,2 % de los pacientes restantes decidieron participar de forma activa en el proceso de comunicación del diagnóstico y del proceso de toma de decisiones. Ver Tabla 1.

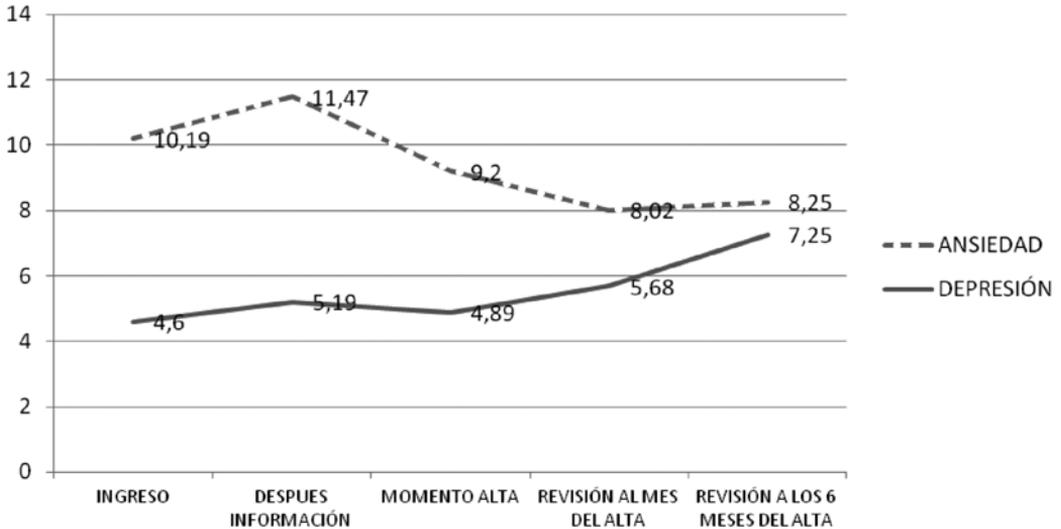
Las puntuaciones medias de los niveles de ansiedad y depresión a lo largo del proceso de enfermedad se representan en la figura 1. Los resultados globales, sin diferenciación entre grupos, muestran que los pacientes presentan mayores niveles de ansiedad que depresión. En el momento del

Tabla 1. **Distribución de la muestra. Conspiración de silencio**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
no	36	63,2	63,2	63,2
si	8	14,0	14,0	77,2
pacto solucionado	3	5,3	5,3	82,5
no quiere saber	5	8,8	8,8	91,2
sin capacidad para decidir	5	8,8	8,8	100,0
Total	57	100,0	100,0	

Figura 1. **Niveles de ansiedad y depresión a lo largo del proceso de enfermedad.**

Datos globales



ingreso y ante la incertidumbre del diagnóstico definitivo los pacientes presentan una ansiedad clínicamente significativa que aumenta cuando se evalúa después de la comunicación de la confirmación del diagnóstico. A medida que avanza la enfermedad los niveles de ansiedad se mantienen relativamente constantes y en los límites de la significación psicopatológica. La escala de depresión del HAD muestra que los síntomas relacionados con la depresión aumentan a medida que avanza la enfermedad, existe un mayor deterioro general y se aproxima el proceso de final de vida.

Relación entre el malestar emocional y los datos sociodemográficos y clínicos

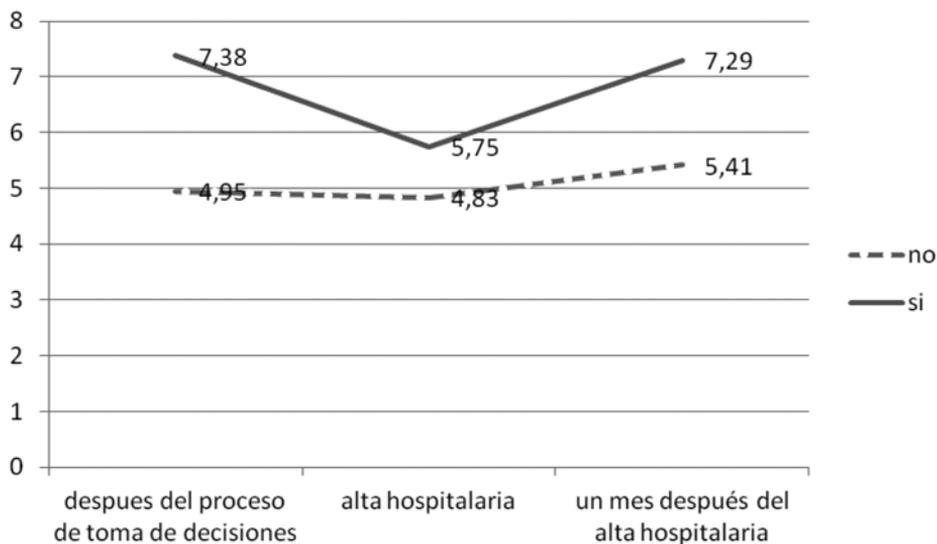
En relación a la edad, no existen diferencias significativas entre la ansiedad ($p=0,476$) y depresión ($p=0,61$) en ninguno de los momentos de evaluación del

proceso de enfermedad. Del mismo modo, tampoco se encuentran diferencias significativas entre la ansiedad y depresión en los distintos momentos de evaluación entre hombres y mujeres ($p=0,722$ y $p=0,490$; ansiedad y depresión respectivamente) ni en relación al nivel de estudios ($p=0,903$). En función del hemisferio y lóbulo cerebral donde está localizado el tumor no existen diferencias significativas de ansiedad ($p=0,061$ y $p=0,981$; hemisferio y lóbulo cerebral respectivamente) y depresión ($p=0,495$ y $p=0,557$; hemisferio y lóbulo cerebral respectivamente).

Relación entre el malestar emocional y conspiración de silencio

En el momento inmediatamente después de la comunicación del diagnóstico (en aquellas personas en las que existía pacto de silencio no solventado por par-

Figura 2. **Relación entre ansiedad y pacto de silencio en los distintos momentos de enfermedad.**



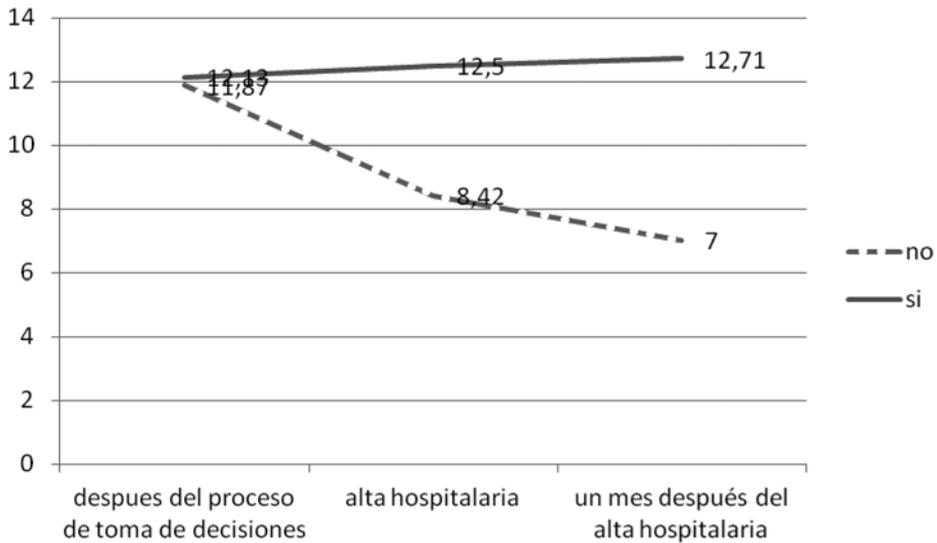
te de la familia se consideraron tiempos equivalentes en relación al momento de enfermedad) no existen diferencias entre los niveles de ansiedad y la presencia de conspiración de silencio ($12,13 \pm 0,83$ vs $11,87 \pm 2,91$; $p=0,810$). Las personas que ya han sido informadas del fatal pronóstico y de las alternativas de tratamiento disponibles presentan niveles de ansiedad similares a las personas, que aún queriendo saber, no han recibido de forma explícita la confirmación del diagnóstico que sospechan. Las puntuaciones de ansiedad en ambos grupos están por encima de los niveles de significación clínica. Sin embargo, en este mismo momento de evaluación, en los pacientes en los que existía conspiración de silencio por parte de sus cuidadores presentaban niveles de depresión significativamente más altos que en los que se había permitido desde el principio una comunicación clara y abierta con el equipo ($7,38 \pm 1,51$ vs $4,95 \pm 3,16$; $p=0,041$).

En el momento del alta hospitalaria, la presencia de pacto de silencio refleja

diferencias significativas en los niveles de ansiedad. Los pacientes que quieren saber pero que sus familiares por razones principalmente protectoras y benéficas, no permiten al paciente formar parte activa del proceso de toma de decisiones presentan niveles de ansiedad significativamente mayores. Mientras que los niveles medios de ansiedad en las familias donde no existe conspiración de silencio están en un rango dudoso de significación clínica, la presencia de esta conspiración sitúa las puntuaciones medias de ansiedad en niveles claramente por encima de la significación clínica ($12,50 \pm 2,72$ vs $8,42 \pm 3,42$; $p=0,003$). No existen diferencias significativas entre la depresión y la presencia de pacto de silencio ($5,75 \pm 2,71$ vs $4,83 \pm 2,98$; $p=0,429$).

Después de aproximadamente un mes del alta hospitalaria los pacientes acuden a revisión periódica al servicio de neurocirugía para control evolutivo. En este momento, la presencia de pacto de silencio todavía sigue influyendo en los niveles de ansiedad del paciente ($12,71 \pm 2,28$ vs $7,00 \pm 3,27$;

Figura 3. **Relación entre depresión y pacto de silencio en los distintos momentos de enfermedad.**



$p=0,000$). No existen diferencias significativas entre la depresión y la presencia de pacto de silencio ($7,29\pm 2,81$ vs $5,41\pm 2,82$; $p=0,124$). Ver las figuras 2 y 3.

DISCUSIÓN

De los pacientes de nuestro estudio, el 56,1% dijeron que se consideraban de aquellas personas que querían conocer la mayoría de los aspectos relacionados con su enfermedad. En estudios previos^(16,17), este deseo de conocer no está vinculado a un mayor malestar emocional, sino todo lo contrario, está relacionado directamente con la satisfacción percibida con el modo de recibir las malas noticias y, a su vez, esta satisfacción estaba relacionada con el bienestar emocional en los distintos momentos de evaluación. Es posible que las personas con deseos de conocer más información presenten estilos de afrontamiento más activos centrados en la solución de problemas⁽¹⁸⁾ y por tanto probablemente presenten más recursos personales para hacer frente a la enfermedad que se tra-

ducen en menores niveles de ansiedad y depresión.

En contraposición está lo que los familiares creen que desean conocer los enfermos y lo que, aunque con actitud benéfica, se traduce en pacto o conspiración del silencio contra el propio afectado. Aunque no hay evidencia científica relacionada con el pacto de silencio en personas con GBM, en un 19,3% de nuestros casos, la familia propuso que no se informase a su familiar enfermo de aspectos relacionados con su enfermedad por las consecuencias emocionales que creían que ello supondría. Como es sabido, para que exista pacto de silencio tiene que haber un acuerdo, implícito o explícito, entre familiares, allegados y profesionales sanitarios, de ocultar o distorsionar la información sobre la situación –diagnóstico, tratamiento y pronóstico– al paciente para evitarle el sufrimiento de enfrentar situaciones difíciles sin tener en cuenta los deseos de saber del mismo⁽¹⁹⁾. Informar acerca de un diagnóstico de cáncer, comunicar que el proceso de dicha enfermedad no evolu-

ción favorablemente, hablar de la posible muerte de alguien con quien nos sentimos vinculados, o bien hacerlo sobre nuestra propia muerte, es el más difícil de los temas que ha de afrontar el ser humano, y cuando ésta está próxima, las barreras para la comunicación se intensifican considerablemente⁽²⁰⁾. Por ello y por razones culturales, todavía en nuestra sociedad es relativamente frecuente ocultar el diagnóstico o el pronóstico al paciente y silenciar la cercanía de la muerte⁽¹³⁾.

Según estudios realizados con pacientes oncológicos, la razón más importante para ocultar la gravedad de la situación al paciente es el miedo a las repercusiones negativas que puedan derivarse de la revelación de la verdad: depresión, pérdida de interés por la vida, locura, empeoramiento del estado físico y sufrimiento innecesario⁽¹⁹⁾. Mientras que los factores desencadenantes, están relacionados con la edad, el nivel socio-cultural, las dificultades de comunicación y el miedo ante la muerte del familiar⁽²¹⁾. Sin embargo, tanto la experiencia clínica como los datos disponibles indican que entre un 80 y 90% de los pacientes que van a morir saben que van a morir y que a un 70% de los mismos les gustaría poder hablar de ello con sus seres queridos⁽²²⁾. Por su parte la familia, cuando se trata de un supuesto, estaría de acuerdo en informar al paciente tan sólo en el 40% de los casos, y si se les pregunta cuando ya tienen un familiar enfermo el porcentaje aumenta hasta el 73%⁽²³⁾. Resultado muy similar al nuestro: aproximadamente el 71% de los familiares permitieron que se hablara abiertamente con el paciente acerca de su situación.

Nuestro estudio aporta evidencia de que, a pesar de su intención benéfica y de la dificultad que entraña para la familia, la conspiración de silencio incide directamente en el malestar emocional del paciente. Los niveles de ansiedad de las personas sobre las que no hubo pacto de

silencio y que han sido informadas del fatal pronóstico de su enfermedad son similares al de las personas que aun queriendo saber lo que les ocurre no fueron informadas por el equipo sanitario. La familia "no consigue" disminuir el sufrimiento asociado al proceso de comunicación como se pretendía con la ocultación de la información, sino todo lo contrario. Además, en este mismo momento del proceso, los niveles de depresión son significativamente mayores en los pacientes que sufren la conspiración de silencio por parte de su familia que en los que existe una comunicación abierta. La repercusión del pacto sobre el malestar emocional del paciente se mantiene hasta la primera revisión periódica, que tiene lugar un mes después del alta hospitalaria.

Estos resultados demuestran, no sólo que la opinión sobre las necesidades de información y comunicación es diferente en pacientes, familiares y personal sanitario sino que además la repercusión sobre el malestar emocional de los enfermos se mantiene durante un largo periodo de tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1992;267(16):2221-6.
2. Rosner F. Informing patients about the fatal disease: From paternalism to autonomy. *Cancer Invest* 2004; 22(6):949-53. Doi:10.1081/CNV-200039687
3. Novell AJ, Navarro MD, Salvatierra Y, Círcula M, Artelis JJ. Necesidad y demanda del paciente oncológico. Barcelona: FUND-SIS; 2003.
4. Gattellari M, Butow PN, Tallersall M, Dunn SM, Macleod P. Interpretando erróneamente a los pacientes cancerosos: ¿por qué disparar contra el mensajero? *Ann Oncol* 1999; 8(3): 259-67.
5. Fallowfield L, Ford S, Lewis S. No news

- is not good news: Information preferences of patients with cancer. *Psychooncology* 1995; 4:197-202. Doi: 10.1002/pon.2960040305
6. Mossman J, Boudioni M, Slevin ML. Cancer information: A cost-effective intervention. *Eur J Cancer* 1999; 35 (11):1587-91. Doi:10.1016/S0959-8049(99)00195-1
 7. Centeno C, Nuñez JM. Questioning diagnosis disclosure in terminal cancer patients: A prospective study evaluating patient's responses. *Palliat Med* 1994; 8:39-44.
 8. Arranz P, Barbero J, Barreto P, Bayés R. Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos. Barcelona: Ariel, 2003.
 9. Louis DN, Ohgaki H, Wiestler OD, Cavenee WK, editores. World Health Organization. Classification of tumours of the central nervous system. Lyon: IARC Press; 2007
 10. Behin A, Hoang Xuan K, Carpentier AF, Dalattre JY. Primary brain tumours in adults. *Lancet Oncol* 2003; 361:323-31. Doi:10.1016/S0140-6736(03)12328-8
 11. Barreto P, Barcia JA, Díaz JL, Gallego JM, Barbero J, Bayés. Toma de decisiones en el paciente diagnosticado de tumor cerebral: a propósito de un caso clínico. *Psicooncología* 2007; 4 (1):193-6.
 12. Díaz JL, Barreto P, Gallego JM, Barbero J, Bayés R, Barcia JA. Proper information during the surgical decision-making process lowers the anxiety of patients with high-grade gliomas. *Acta Neurochir* 2009; 151:357-62. Doi:1007/s00701-009-0195-7
 13. Astudillo W., Mendinueta C. ¿Cómo mejorar la comunicación en la fase terminal? *Ars Medica* [revista en Internet] 2005 [Acceso 1 de marzo de 2012] Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica11/Ars04.html>.
 14. Senra A, López A, López JB, Quintela D. La opinión de los parientes de enfermos con cáncer sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer. *Neoplasia* 1995;12:19-22.
 15. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67:361-70. Doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
 16. Salander P, Bergenheim AT, Heriksson R. How was life after treatment of a malignant brain tumour? *Soc Sci Med* 2000; 51:589-98. Doi:10.1016/S0277-9536(00)00002-2
 17. Davies E, Clark C, Hopkins A. Malignant cerebral glioma-I: Survival, disability and morbidity after radiotherapy. *Brit Med J* 1996; 313:1512-6. Doi:10.1136/bmj.313.7071.1507
 18. Andrewes DG, Kaye A, Murphy M, Harris B, Aitken S, Parr C, et al. Emotional and social dysfunction in patients following surgical treatment for brain tumour. *J Clin Neurosci* 2003; 10:428-33. Doi:10.1016/S0967-5868(03)00086-9
 19. Ruiz-Benitez MA, Coca C. El pacto de silencio en los familiares de los pacientes oncológicos terminales. *Psicooncología* 2008; 5:53-69.
 20. Astudillo W, Mendinueta C. Bases para mejorar la comunicación en el cuidado del paciente en fase terminal. En: *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Pamplona: Universidad de Navarra; 2002. p. 65-72.
 21. Bayés R. *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca; 2001.
 22. Núñez Olarte JM, Gracia Guillén D. Cultural issues and ethical dilemmas in palliative and end-of-life care in Spain. *Cancer Control* 2001; 8(1):46-54.
 23. Centeno Cortés C, Núñez Olarte JM. Estudios sobre la comunicación del diagnóstico del cáncer en España. *Med Clíin* 1998; 110(19):744-50.

