

Artículo

CRISTINA GRÁVALOS, VICTORIA RAMOS, CAROLINA AYLLÓN, PEDRO RUIZ, RECUERDO ARANDA, HERNÁN CORTÉS-FUNES, JOAQUÍN MARTÍNEZ

Actuaciones sobre la autonomía, información y participación de los pacientes con cáncer colorrectal en un Hospital de Día de Oncología Médica

► **Cristina Grávalos** (1), **Victoria Ramos** (2), **Carolina Ayllón** (1), **Pedro Ruiz** (3), **Recuerdo Aranda** (1), **Hernán Cortés-Funes** (1), **Joaquín Martínez** (2).

(1) Servicio de Oncología Médica. (2) Dirección Gerencia. (3) Unidad de Calidad. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Resumen

Introducción: La Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente, obliga a informar para que el paciente participe activamente en la toma de decisiones respecto al diagnóstico y al tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, el cáncer conlleva una información adversa y la toma de decisiones por los pacientes oncológicos es un proceso complejo.

Objetivo: Conocer las necesidades de los pacientes con cáncer colorrectal atendidos en el Hospital de Día en los aspectos relacionados con la autonomía, información y la participación.

Metodología: El estudio se dividió en 3 fases: medición preintervención; intervención y medición postintervención.

Resultados: Entre Nov/2007 y Feb/2008, se incluyeron 119 pacientes. Las mejoras solicitadas fueron una consulta de enfermería (68%), más información por escrito (14%) y otras (18%). Se elaboraron 15 documentos informativos y se creó una consulta de enfermería. Los resultados de la primera (n=80) versus (vs) tercera etapa (n= 39) son: información adecuada (83% vs 87%); cree que su diagnóstico es cáncer (57% vs 59%); a quién quiere el paciente que se informe (paciente y familia 85% vs 77%, solo al paciente 10% vs 20%); opinión sobre el CI (buena/muy buena 80% vs 86%); conoce sus derechos (47% vs 84%); conoce la Ley de Autonomía (1% vs 21%), y conoce las Instrucciones previas (0% vs 10%).

Conclusiones: Estas intervenciones han modificado el conocimiento de los derechos de los pacientes, de la Ley de Autonomía y las Instrucciones Previas, pero no se ha incrementado el número de pacientes que reconocen que su enfermedad es un cáncer.

Palabras clave

Ley de Autonomía; Información; Toma de Decisiones; Instrucciones Previas; Cáncer.

Abstract

Introduction: In Spain, the Law 41/2002 on the Autonomy of the Patients and their Rights and Obligations states that all patients have to be informed in order to participate actively in the decision making process regarding the diagnosis and treatment of their diseases. However, cancer usually implies not pleasant information and the patient's decision making process is therefore not easy. Objective: To determine the unmet needs of colorectal cancer patients regarding the autonomy, information and participation in a Day Care Unit.

Methodology: This study was conducted in 3 steps: pre-intervention, intervention and post-intervention.

Results: Between Nov/2007 and Feb/2008, 119 patients were included. The proposed improvements were to have a nurse office (68%), more written information (14%) and others (18%). Fifteen informative documents were created and a nurse office was open. Results of first (n=80) versus (vs) third (n= 39) steps were: accurate information (83% vs 87%), the patient thinks "that his disease is cancer" (57% vs 59%), to whom the patient wants to be informed (patient and relatives 85% vs 77%, only patient 10% vs 20%), their opinion about Informed Consent Form (very good/good 80% vs 86%), the patient knows his rights (47% vs 84%), knows the Law 41/2002 about Autonomy (1% vs 21%) and knows the Vital Will (0% vs 10%).

Conclusions: These interventions have modified the patient knowledge of the Rights, the Law of Autonomy and the Vital Will. However, the number of patients that recognizes that their disease is a cancer has not been increased.

Key words

Autonomy; Living Will; Information; Informed Consent; Oncology.

► Índice

Introducción

Metodología

Etapa I. Medición preintervención

Etapa II. Intervención

Etapa III. Medición postintervención

Resultados

1. Descripción de los procesos

2. Grupos focales

3. Características basales de los pacientes

4. Mejoras solicitadas por los 80 pacientes de la primera etapa

5. Información, autonomía y participación

6. Conocimiento de sus derechos como pacientes, la ley de autonomía y las instrucciones previas

Discusión

Conclusiones

► Introducción

El cáncer constituye un importante problema de salud, tanto por sus cifras globales como por el importante impacto emocional que produce en el enfermo y en su entorno familiar. Sin embargo, en nuestro país las preocupaciones, demandas y necesidades de los pacientes oncológicos en cualquier fase de la enfermedad son poco conocidas¹. En el estudio realizado por la Fundación Salud, la Fundación Biblioteca Josep Laporte, la Universidad Autónoma de Barcelona y el Instituto Catalán de Oncología en el año 2002, se destaca, por parte del grupo de pacientes oncológicos estudiados, la insatisfacción por la información recibida, tanto ellos como sus familiares que, en algunos casos, demandaban más información que los propios pacientes. Según otra encuesta de la Fundación por la Educación y la Formación (FEFOC) realizada a 347 mujeres de Barcelona, publicada en *Jano* en 2007, el 65% de las mujeres con cáncer de mama no recibe información sobre el tratamiento a seguir. Resultados similares se encuentran en trabajos realizados fuera de nuestro país en los que la falta de comunicación fue la causa de mayor insatisfacción^{2,3}.

Sin especificar por tipo de paciente, un estudio reciente de Pérez-Jover V y col⁴, en colaboración con la Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad (SEAS), concluye que los pacientes españoles reclaman, cada vez con mayor insistencia, accesibilidad física y accesibilidad a información sobre resultados, mayor comunicación con los profesionales, respeto a sus valores y creencias, deseo de confidencialidad e intimidad, libertad de elección, un consentimiento informado distinto a una medicina defensiva (incluido el derecho a no ser informado), y desean saber quién les atiende, así como participar más activamente en la toma de decisiones sobre su salud.

La información debe estar al servicio de los deseos y necesidades reales de los pacientes, que pueden ser cambiantes en diferentes momentos, y siempre en su beneficio, para ayudarle a tomar decisiones en cuanto a su enferme-

dad y tratamiento, según José Lizón Gimer, Magister en Bioética, facultativo adscrito al Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Alicante. Sin embargo, el cáncer conlleva en muchos casos una información adversa y la toma de decisiones por los pacientes oncológicos es un proceso muy complicado ante la incertidumbre sobre la eficacia y los riesgos de la quimioterapia.

Son varios los derechos reconocidos formalmente a los pacientes que se relacionan con la información, autonomía y participación que, en los últimos años, han recibido un respaldo normativo, fundamentalmente, tras la aprobación de la Ley Básica 41/2002 reguladora de la Autonomía del Paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁵. El paciente tiene derecho moral y legal a ser informado de su diagnóstico, pronóstico y tratamiento y, en especial, de sus alternativas terapéuticas y el médico tiene obligación, como parte del proceso de comunicación con su paciente, de informarle.

El respeto por la autonomía del paciente se ha convertido en el eje de la toma de decisiones médicas en muchos países⁶. La autonomía se considera la capacidad de evaluar las situaciones y la facultad de actuar sin restricciones considerando los valores y creencias del propio individuo⁷. En el marco de esta nueva tendencia, el paciente desea responsabilizarse de su salud y de la de su familia, pero existen otros pacientes que manifiestan no querer implicarse en su propia asistencia confiando en las decisiones de sus médicos⁸. Pero esta participación de los pacientes representa un objetivo terapéutico, puesto que puede modificar los resultados. La primera condición para conseguir la participación es tener una buena información y que el paciente libremente decida participar activamente en su asistencia⁹. Hoy en día, una forma de expresar esta decisión se encuentra en el Consentimiento Informado que regula la Ley básica 41/2002, de la Autonomía del Paciente^{10,11}.

Después de cinco años de promulgada la Ley 41/2002, no conocemos la efectividad de la misma, ni su influencia

1. Sues A, March M, Prieto MA y col. El proceso asistencial de cáncer: necesidades y expectativas de los usuarios. *Oncología* 2006; 29 (9): 357-367.

2. Coulter A, The autonomous patient. Ending Paternalism in Medical Care. The Nuffield Trust, London 2002.

3. Gral R, Wensing M, Mainz J, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international compasion. *Br J Gen Pract.* 2000; 50: 882-887.

4. Pérez-Jover V, Mira JJ, Tomás O, Rodríguez-Marín J. Cómo llevar a la práctica la Declaración de Derechos del Paciente de Barcelona. Recomendaciones para mejorar la comunicación con el paciente y asegurar el respeto a sus valores como persona. Aceptado para su publicación en la *Revista de Calidad Asistencial*.

5. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Boletín Oficial del Estado, nº 274, de 15-11-2002).

6. Ruhnke GW, et al, Ethical decision making and patient autonomy. *Chest* 2000; 118:1172-1182.

7. Evaluación de la autonomía del paciente en el proceso de la toma de decisiones médicas en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional *Arzobispo Lozaya*. *Revista Médica Hered.* 2006; 17 (1): 21-27.

8. Las prioridades de los usuarios mesa redonda "Nuevas demandas en la sociedad". Rodrigo Gutiérrez Fernández. XIV Congreso Nacional de Hospitales. Zaragoza 17-20 de mayo de 2005.

9. Barbero Gutierrez J. Bioética y cuidados paliativos. En: Valentin Maganto V. Ed. *Oncología en Atención Primaria*. Madrid: Nova Sidonia, 2003; 699-746.

10. García Ortega C; Cozar Murillo V; Almenara Barrios J La Autonomía del Paciente y los derechos en materia de Información y Documentación Clínica en el contenido de la Ley 41/2002. *Revista Española de Salud Pública* 2004; 78: 469-79.

11. El consentimiento informado en el ámbito de la sanidad. *Saberes. Revista de estudios jurídicos, económicos y sociales*. ISSN 1695-6311, Nº 4, 2006.

Artículo

en la asistencia recibida y su relación con la satisfacción alcanzada. Este trabajo pretende determinar las necesidades reales en materia de información, autonomía y participación de los pacientes y familiares con cáncer colorrectal atendidos en el Hospital de Día de Oncología Médica con el fin de implantar las medidas necesarias dirigidas a aumentar la autonomía de los pacientes y su nivel de información, de acuerdo con lo establecido en la citada Ley.

► Metodología

Estudio de intervención test-retest para valorar el impacto de la implantación de las medidas de mejora referidas a la información, la autonomía y la participación. Los criterios de inclusión son: 1) consentimiento informado firmado; 2) edad \geq 18 años; y 3) pacientes con cáncer colorrectal confirmado histológica o citológicamente, asignados a la consulta número 1 del Hospital de Día, citados por primera vez o en consultas sucesivas, que van a recibir o estén recibiendo quimioterapia. Los criterios de exclusión

son: 1) pacientes ingresados; 2) otras enfermedades o condiciones concomitantes distintas del cáncer que, a criterio del investigador, afecten a la contestación a las preguntas; y 3) no entender suficientemente bien el castellano.

Este proyecto se realizó en tres etapas: 1ª etapa de medición preintervención (3 meses), 2ª etapa de intervención (3 meses) y 3ª etapa de medición postintervención (3 meses), como se detalla en la figura 1.

ETAPA I. Medición preintervención

En esta etapa se definió el proceso inicial de información y autonomía, se redactaron las entrevistas estructuradas de percepción de la calidad de la atención en el Hospital de Día para pacientes y para sus familiares, y se elaboraron las 27 preguntas sobre la información, la autonomía y la comunicación que sirvieron de guión para la entrevista verbal al paciente. Para realizar las entrevistas estructuradas se utilizó la metodología de grupos focales, uno con profesionales que trabajaban en contacto con los pacientes

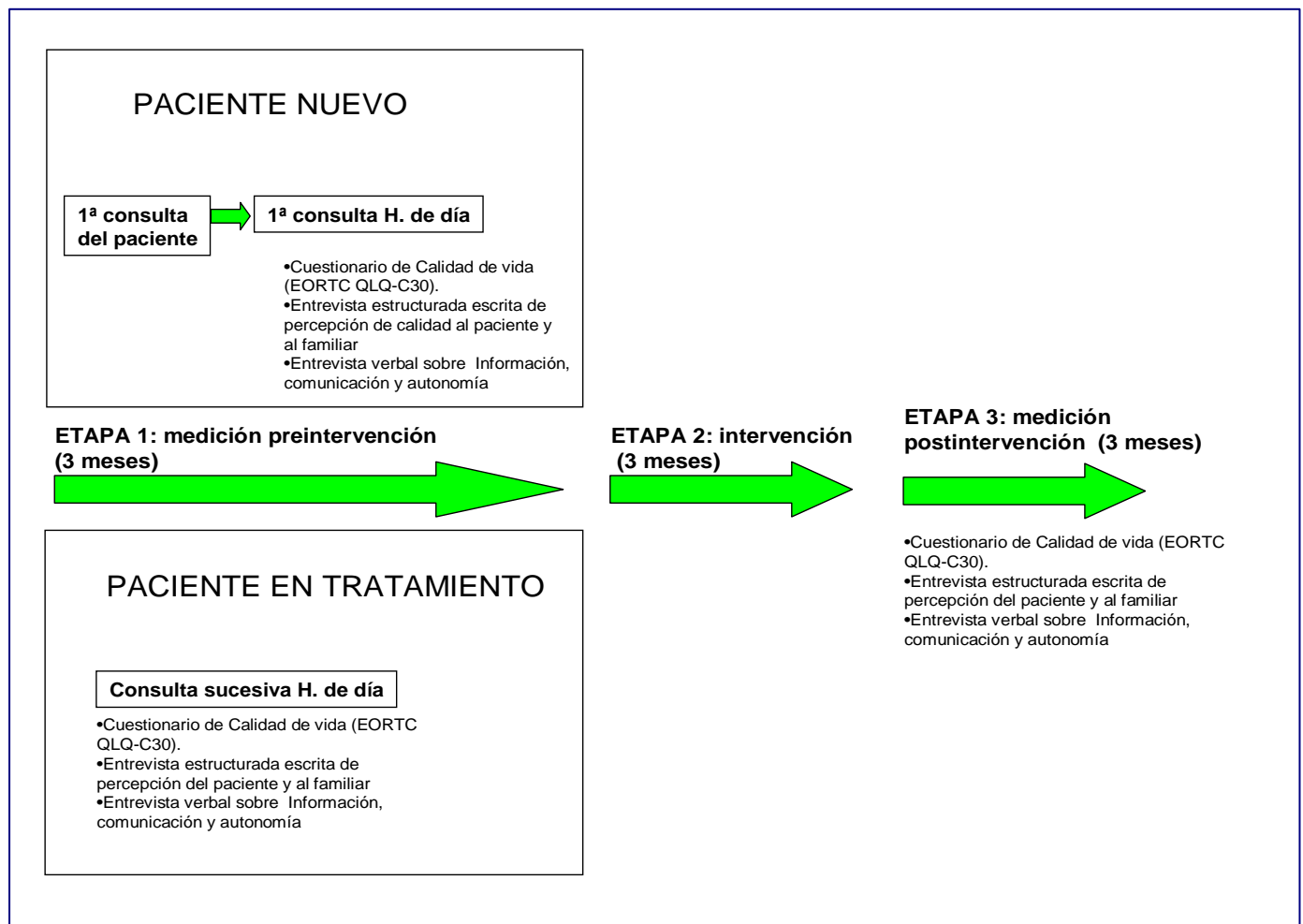


Figura 1. Etapas del proyecto

y otro con pacientes y familiares.

ETAPA 2: Intervención

Tras el análisis de los resultados de las entrevistas a los pacientes y sus familiares, se implantaron las dos grandes medidas de mejora solicitadas. Se elaboró el diagrama del rediseño del proceso de información y autonomía. Además, se creó una consulta de enfermería específica para este proyecto, en la que una enfermera con experiencia en la administración de quimioterapia y en los cuidados a pacientes oncológicos fue la responsable de entregar y recoger las entrevistas estructuradas por escrito sobre la percepción de la calidad de la atención de los pacientes y familiares, y de realizar las entrevistas verbales a los pacientes.

ETAPA 3: Medición post-intervención

Después de implantar las mejoras, se procedió a repetir las entrevistas escritas sobre la percepción de la calidad, así como las entrevistas verbales, a los pacientes que continuaban recibiendo tratamiento en el Hospital de Día, y a sus familiares.

Resultados

1. Descripción de los procesos

Las figuras 2 y 3 recogen el proceso inicial y el nuevo proceso de información a los pacientes con cáncer colorrectal atendidos en el Servicio de Oncología Médica.

2. Grupos focales

Se formaron dos grupos focales, uno con profesionales que trabajan en contacto con los pacientes (oncólogos médicos, psicóloga, enfermeras, auxiliares de enfermería, secretarías y coordinador de calidad) y otro con los pacientes y familiares, en los que se seleccionaron las demandas más importantes y sobre las que se diseñaron los ítems de los cuestionarios que sirvieron de referencia para las entrevistas.

A partir de las demandas recogidas en los grupos focales, de la revisión de la bibliografía y la experiencia del equipo investigador, se elaboraron las dos entrevistas estructuradas por escrito, una para el paciente y otra para sus familiares, y una entrevista verbal para la valoración de información, autonomía y la participación del paciente, con 27 ítems.

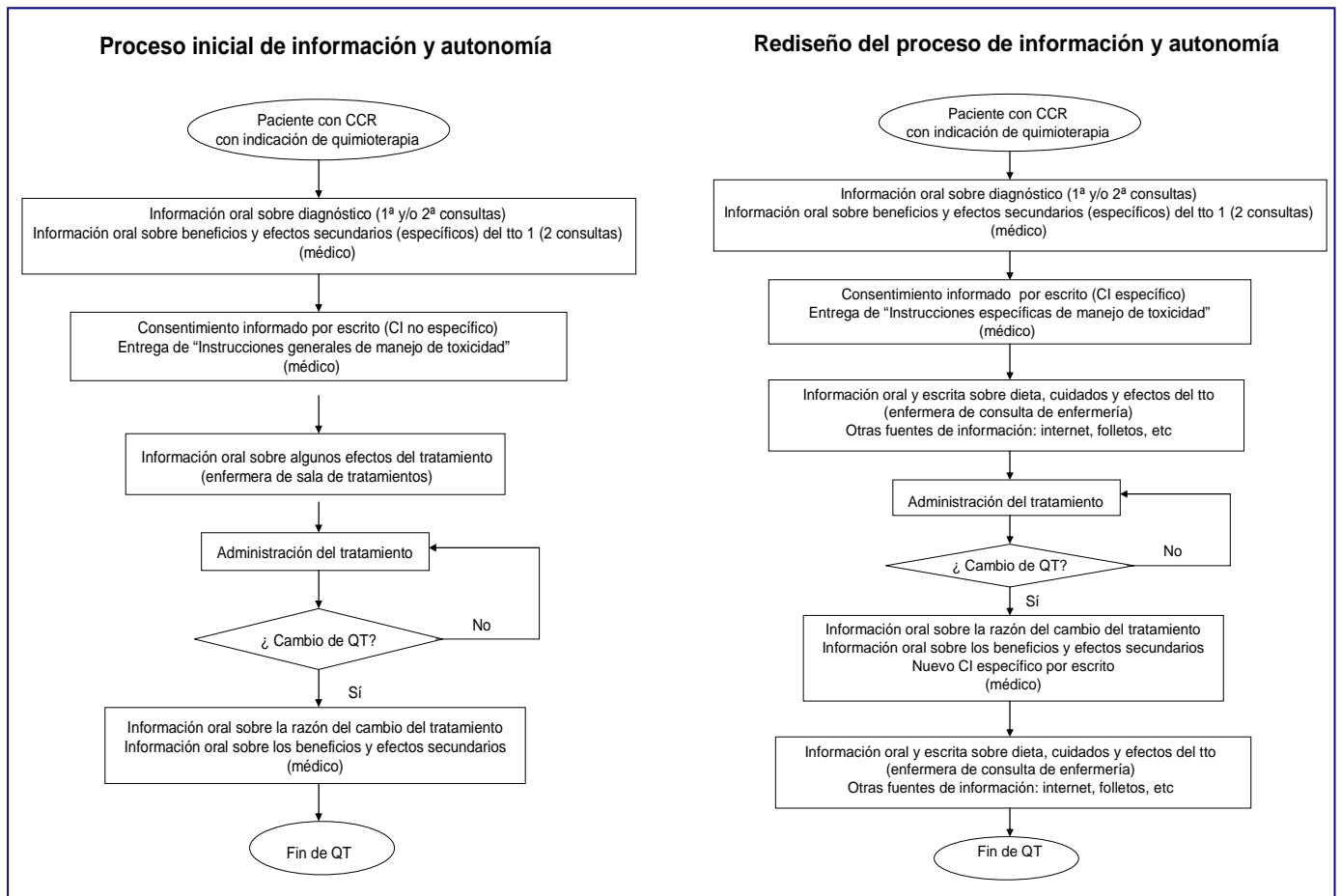


Figura 2 y 3. Proceso inicial y proceso final de información y autonomía

3. Características basales de los pacientes

Las características basales de los 80 pacientes de la primera etapa y de los 39 de la tercera etapa se resumen en la Tabla 1. Destaca que el 71%-74% son varones, el 75-69%% tienen una edad superior a los 60 años y el 26%-28% presentan enfermedades concomitantes que se consideran relevantes, como diabetes mellitus o cardiopatía isquémica. La mayoría de los pacientes presentan metástasis a distancia (es decir, con estadios IV).

Aproximadamente un tercio de ellos llevan acudiendo al Hospital de Día durante ≤ 6 meses, un 29% entre 6 y 12 meses y el resto más de un año. Por lo tanto, la mayoría de los pacientes conocen bien el Hospital de Día. En cuanto a la frecuencia con que acuden al Hospital de Día, casi la mitad de los pacientes son atendidos con una periodicidad bisemanal y el 16% acuden semanalmente para extracción de analítica, consulta y/o tratamiento.

	1ª etapa (n = 80)	3ª etapa (n= 39)
Edad		
≤ 40 años	3%	3%
41-60 años	22%	28%
> 60 años	75%	69%
Varones	71%	74%
Comorbilidad		
No	74%	72%
Sí	26%	28%
Localización tumor primario		
Colon	55%	64%
Recto	37%	28%
Unión recto-sigma	8%	8%
Estadios		
II	16%	8%
III	31%	20%
IV	53%	72%
Esquemas de quimioterapia		
Basados en oxaliplatino	57%	46%
Basados en irinotecan	9%	11%
Basados en 5FU/cape	31%	30%
Otros	3%	13%
Ensayo clínico	18%	26%
Portador de vía central		
PAC	31%	31%
PICC	10%	8%
Intención de la quimioterapia		
Aduvante	56%	60%
Paliativa	44%	41%
Número de ciclos		
0-5	54%	44%
6-10	36%	48%
Mas de 10	10%	8%

Tabla 1. Características basales de los pacientes

4. Mejoras solicitadas por los 80 pacientes de la primera etapa

Entre las mejoras propuestas por los pacientes destaca la creación de una Consulta de Enfermería (47-68%) y más información por escrito (14%-25%) (Tabla 2).

	1ª etapa (n = 80)	3ª etapa (n= 39)
Mejoras		
Consulta de Enfermería	68%	47%
Más información por escrito	14%	25%
Otras	18%	28%

Tabla 2. Mejoras propuestas

4.1. Creación de una Consulta de Enfermería

Existen varios fármacos antitumorales para el tratamiento médico del cáncer colorrectal, que se pueden combinar entre sí formando distintos esquemas terapéuticos. Entre los citostáticos, destacan el oxaliplatino, el irinotecan, el 5Fluorouracilo, la capecitabina, el cetuximab y el bevacizumab. Los efectos secundarios de los citostáticos y los agentes biológicos son múltiples y los pacientes y sus familiares han de estar bien informados sobre ellos y sobre su manejo. Además, los pacientes oncológicos precisan habitualmente cuidados de diversa índole y tienen dudas sobre aspectos de la vida diaria, como la dieta o el ejercicio, que necesitan ser resueltas.

En esta consulta, la enfermera ha atendido todas las dudas que le planteaban los pacientes en lo referente a cuidados y ha informado, de forma oral y por escrito, a los pacientes que iban a iniciar un nuevo tratamiento de quimioterapia y ha aclarado las dudas de los que la estaban recibiendo.

4.2. Más información por escrito

Durante la etapa de intervención, se redactaron trece documentos informativos: 1) información en los aspectos relacionados con la Autonomía, la Información y la Participación en la toma de decisiones; 2) información general para pacientes y familiares; 3) información sobre ubicación de otros servicios del Hospital; 4) información general sobre el cáncer colorrectal; 5) información sobre cetuximab; 6) información sobre irinotecan; 7) información sobre oxaliplatino; 8) información sobre capecitabina; 9) información sobre cuidados de catéteres centrales PICC; 10) preguntas más frecuentes del paciente oncológico; 11) documento de acogida para pacientes nuevos en el Hospital de Día; 12) nuevo consentimiento informado para quimioterapia adyuvante (pendiente de validación); 13) nuevo consentimiento informado para quimioterapia paliativa (pendiente de validación). Están pendientes de redacción: 1) información sobre bevacizumab; 2) información sobre 5-Fluorouracilo; y

16) información sobre catéter central PAC.

Además, se les explicaron por escrito sus derechos, se les facilitó una copia de la Ley de Autonomía e información sobre las Instrucciones Previas.

5. Información, autonomía y participación

En lo referente a las necesidades de información, el 85% de los pacientes quieren ser informados ellos mismos y su familia, un 10% solo el paciente y un 3% solo la familia. Los pacientes quieren ser informados en primer lugar por el oncólogo (75%), luego por el cirujano (14%) y el resto por la familia.

En la Tabla 3 se recogen más datos sobre la informa-

	1ª etapa (n = 80)	3ª etapa (n= 39)
Información		
Adecuada	83%	87%
Parcialmente adecuada	9%	10%
No adecuada	7%	3%
No contesta	1%	
Intimidad preservada		
Sí	90%	92%
No	5%	5%
No sabe/no contesta	5%	3%
Pacientes con apoyo psicológico		
Sí	7%	5%
Parcialmente	4%	15%
No	84%	80%
No contesta	5%	
Por quién quiere ser informado		
Oncólogo	75%	90%
Oncólogo y familia	4%	5%
Cirujano	14%	
Familia	5%	5%
Indiferente	2%	
A quien quiere el paciente que se informe sobre su enfermedad		
Paciente y familia	85%	77%
Solo paciente	10%	20%
Solo familia	3%	3%
Indiferente	2%	
Opinión consentimiento informado		
Muy buena	5%	2%
Buena	75%	84%
Regular	15%	10%
No sabe/no contesta	5%	4%
Comunicación con profesionales sanitarios		
Muy buena	44%	20%
Buena	49%	74%
Buena	7%	3%
Regular	0%	3%
Mala/muy mala		

Tabla 3. Información, comunicación y autonomía

ción, comunicación y autonomía de los pacientes en las dos etapas.

Más del 95% de los pacientes de la primera y tercera etapas refieren tener información adecuada o parcialmente adecuada sobre su enfermedad. Pero sólo el 72% y el 74% de los pacientes, respectivamente, refieren que se les ha dicho que su enfermedad es cáncer, aunque únicamente el 57-59% reconocen que tienen cáncer (Figura 4).

6. Conocimiento de sus derechos como pacientes, la Ley de Autonomía y las Instrucciones Previas

Se observa que tras la creación de la consulta de enfermería y la entrega de los documentos informativos, incluyendo una copia de la Ley de Autonomía, información sobre sus derechos y sobre las Instrucciones Previas, se modifica el porcentaje de pacientes que conoce sus derechos (47% vs 84%), la Ley de Autonomía (1% vs 21%), y las Instrucciones Previas (0% vs 10%).

► Discusión

No existen grandes diferencias en las características demográficas y clínico-patológicas de los pacientes de los dos grupos pre y postintervención, salvo un mayor porcentaje de estadios IV en el grupo postintervención, debido a que muchos pacientes con estadios II o III del grupo preintervención habían sido dados de alta tras finalizar la quimioterapia.

El primer resultado que se modifica es "*por quien quieren ser informados*", ya que las respuestas de los que quieren ser informados por el oncólogo pasan del 75% al 90%. Este cambio puede ser explicado por la experiencia de este grupo de pacientes que, dentro de este proyecto, han visto un importante efecto en la información suministrada por el Servicio de Oncología Médica. Extraña los cambios producidos en los resultados en la pregunta "*mejoras en el Hospital de Día que prefieren los pacientes*", pues aumenta la petición de información escrita del 14% al 25% y disminuye la necesidad de consulta de enfermería (quizá debido a que esa consulta ya estaba en marcha). Es muy destacado el cambio producido en el porcentaje de pacientes que conoce sus derechos y la Ley de Autonomía, pasando de un conocimiento de sus derechos del 47% al 84% y de la Ley de Autonomía del 1% al 21%. En cambio, el conocimiento de las Instrucciones Previas se modifica poco, desde un nulo conocimiento a un 10% que la conoce parcialmente. Por tanto, este proyecto de actuaciones sobre la información, la autonomía y la comunicación ha conseguido sus objetivos, mejorando el conocimiento de la Ley de Autonomía por parte de los pacientes y, sobre todo, el conocimiento de sus derechos, aunque con un menor efecto en lo que respecta a las instrucciones previas.

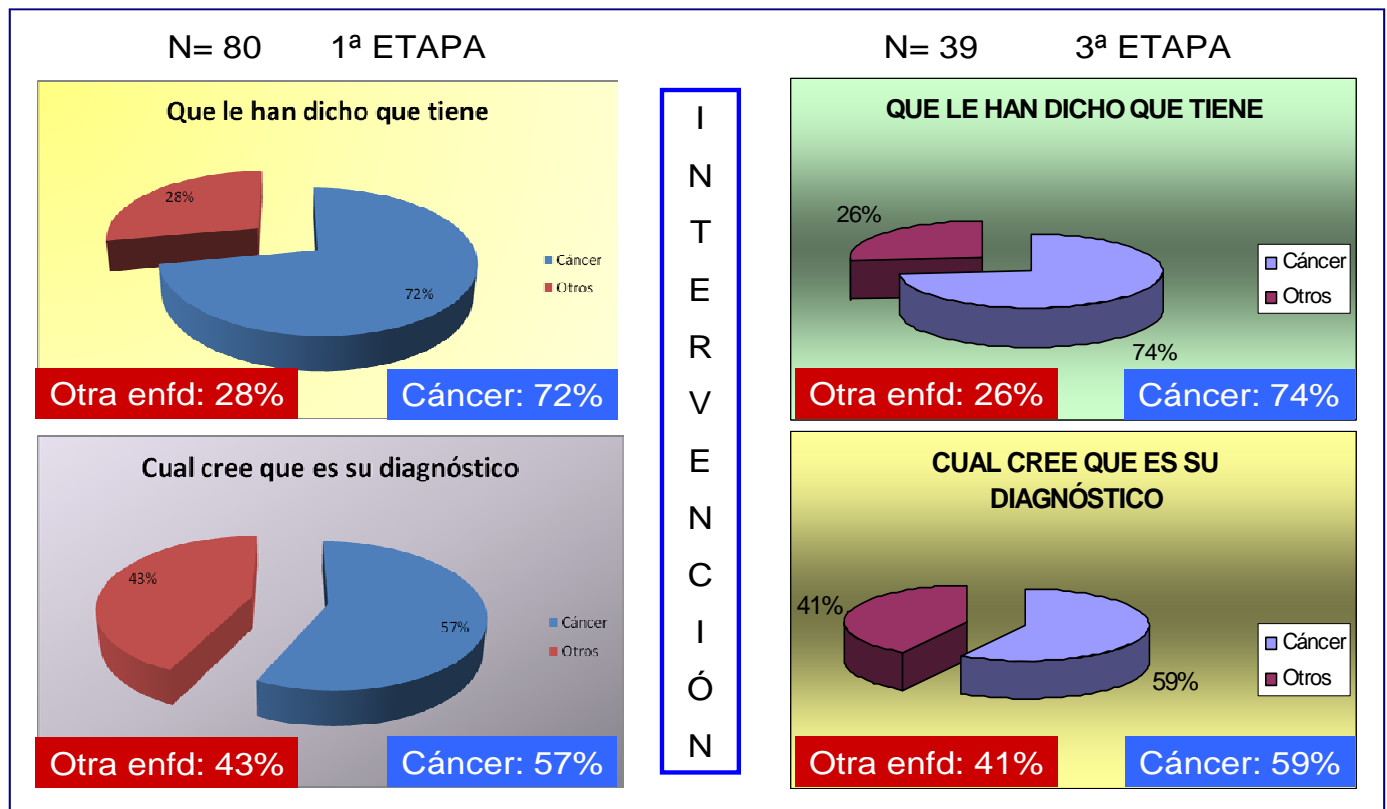


Figura 4. Resultados sobre "lo que le han dicho que tiene" y cual cree que es su diagnóstico

No obstante todo el esfuerzo realizado para explicar a los pacientes su enfermedad y reconocer su autonomía, su conocimiento de la enfermedad sólo se incrementa 2 puntos con respecto a la fase inicial. El 74% de los pacientes refieren que se les ha dicho que su enfermedad es un cáncer, pero sólo el 59% reconocen que lo tienen. Es decir, a pesar de haber sido informados de su diagnóstico, de disponer información por escrito donde se especifica que su enfermedad es un cáncer colorrectal, de saber que están recibiendo quimioterapia y que están siendo atendidos en un Servicio de Oncología Médica, el 41% sigue pensando que su enfermedad no es un cáncer. Existen, pues, en un grupo importante de pacientes que no asumen su patología, dos situaciones distintas: los que entienden que no les han informado y otros que, aunque reconocen que les han informado, no lo han asumido. Sorprenden, después de todo el esfuerzo realizado en el proceso de información, estos resultados, ya que a pesar de que el 97% de los pacientes desean conocer su enfermedad sólo el 59% dice conocerla.

En esta tercera etapa se puede descartar una falta de información por el Servicio de Oncología debido a todas las acciones emprendidas, como son disponer de información escrita en la que se especifica que su enfermedad es un

cáncer colorrectal, conocer que están recibiendo quimioterapia, asistir a las consultas monográficas de enfermería con la finalidad fundamental de recibir información, etc.

Los pacientes de nuestro trabajo, entendiéndolo que todo el proceso informativo ha sido correcto, o no aceptan el diagnóstico o no lo han entendido, por razones que, aunque no podemos concluir con certeza, pueden estar relacionadas con la edad, personalidad, nivel cultural, ambiente familiar etc., o bien a causa de una negativa interna a aceptar la enfermedad. En nuestro grupo de pacientes, el 16% no tenían estudios, el 60% tenían estudios primarios y un 6% estudios universitarios. Los datos de bajo nivel de estudios puede ser un factor importante, pero la negativa a aceptar su enfermedad podría estar más ligada al estigma de la misma, asociada a unos resultados adversos.

► Conclusiones

Las intervenciones realizadas han modificado el conocimiento de los derechos, de la Ley de Autonomía y las Instrucciones Previas, pero no se ha incrementado el número de pacientes que reconocen abiertamente que su enfermedad es un cáncer.

La información al paciente es una obligación de los profesionales y un objetivo terapéutico que debe transmitirse a

Artículo

través de la comunicación, herramienta esencial que da acceso al principio de autonomía, al consentimiento informado y a la confianza mutua¹². Se debe establecer el gra-

do de información según la cultura, la personalidad y los deseos de los pacientes siendo dicha información realista, accesible y realizada en el momento adecuado.

12. Comunicación e Información. Jaime Sanz Ortiz. *Med Clin*. 1995; 104:59-61. *Psicooncología* 2007; 4(1) 21-34.

Todos los derechos de Propiedad Intelectual pertenecen a sus respectivos titulares, por lo que se prohíbe la reproducción salvo para usos no comerciales y siempre que se cite la fuente completa y su dirección electrónica <http://www.bioeticayderecho.ub.es>.

Queda prohibida la transformación, en todo o en parte, así como la incorporación a otra obra de los contenidos sin el permiso escrito de los titulares del copyright.