

Vol. 2: Los desafíos de la práctica

# Bioética

y cuidados de Enfermería

Vicente Bellver Capella (ed.)



**CECOVA**

Consejo de Enfermería de  
la Comunidad Valenciana



Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

Imprime: Imprenta Senen, Alicante

© Los autores

*Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los propietarios del copyright, bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático.*

I.S.B.N.: 84-695-9655-1

CECVN76

# ÍNDICE

## VOL. 2

### Volumen 2: Los desafíos de la práctica

#### A. Al inicio de la vida

- XII: Ética de la intervención sobre el Genoma Humano ..... 11  
*Luis Miguel Pastor García*
- XIII: Derecho a la Salud de la Mujer y Nuevas Tecnologías Reproductivas ..... 29  
*Ángela Aparisi Miralles*
- XIV: Estatuto biológico del embrión humano ..... 47  
*Justo Aznar Lucea*
- XV: ¿Qué protección jurídica corresponde al embrión humano? ..... 65  
*Vicente Bellver Capella*

#### B. A lo largo del camino

- XVI: Aspectos bioéticos en la atención del paciente pediátrico ..... 91  
*Javier M<sup>o</sup>. Lluna Fernández*
- XVII: SIDA infantil: ética y enfermería ..... 113  
*Julio Iranzo, Salvador Mérida, Enrique J. Jareño, M. Angeles Crespo, Francisco J. Romero*
- XVIII: Capacidad y madurez del menor: una visión desde la ciencia:  
 Aproximación crítica a la teoría del menor maduro ..... 127  
*Salvador Mérida, Julio Iranzo, Enrique J. Jareño, M. Angeles Crespo, Francisco J. Romero*
- XIX: El derecho a la intimidad de los pacientes ..... 149  
*Javier Sánchez- Caro*
- XX: Persona y Rehumanización. Bases para una bioética personalista  
 de las adicciones ..... 169  
*José Luis Cañas*
- XXI: Bioética del cuidado del paciente crítico ..... 191  
*África Camilleri Cuñat, Fina Monzón Soriano*
- XXII: Entre el rigor metodológico y la calidad ética en los  
 ensayos clínicos: la perspectiva de los sujetos de investigación ..... 211  
*Miguel Ruiz-Canela. Rosalía Baena*
- XXIII: Ética del medio ambiente ..... 227  
*Alfredo Marcos*
- XXIV: La objeción de conciencia y su repercusión en el ámbito sanitario ... 241  
*Pedro Talavera*

**VOL. 1****Volumen 1: Aproximación teórica.****I: Cuidado, salud y naturaleza humana***Alfredo Marcos***II: La condición vulnerable del ser humano:****Presupuestos para una ética de la fragilidad humana***Aquilino Cayuela Cayuela***III: ¿Todos los seres humanos son personas?****Acerca de la distinción en bioética entre persona y ser humano***Juan Manuel Burgos***IV: Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social, desde enfermería***Francisco Javier León Correa***V: Ética del cuidado en Enfermería***Lydia Feito***VI: Responsabilidad y diálogo en Lévinas:****Claves para reconstruir una bioética del cuidado***Agustín Domingo Moratalla***VII: El Reconocimiento Recíproco como base de una Bioética Intercultural***Juan Carlos Siurana***VIII: La ética narrativa como fundamento del encuentro entre cine y bioética***Tomás Domingo Moratalla***IX: Salud, cuidados y autonomía***Montserrat Busquets Surribas***X: Responsabilidad Enfermera***José López Guzmán***XI: La globalización de los derechos humanos en bioética***Vicente Bellver Capella*

---

Autores de la obra



## Relaciones interpersonales y comunicación en el ámbito clínico

Gloria Saavedra<sup>1</sup>, José Luis Díaz<sup>2</sup>, Pilar Barreto<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital La Magdalena de Castellón, <sup>2</sup>Hospital Clínico de Valencia, <sup>3</sup>Universitat de València

---

### 1. Introducción: la relación sanitaria (importancia y modelo)

La comunicación del profesional sanitario con los pacientes ha cambiado de forma muy significativa en los últimas décadas (1). Hace más de un siglo, cuando no se disponía de alta tecnología para establecer diagnósticos rápidos y certeros, la confianza en el profesional asistencial era de suma importancia. Tanto los médicos como el profesional de enfermería conocían perfectamente la historia clínica y familiar del enfermo y la totalidad de la relación terapéutica se realizaba en el domicilio del paciente (2). En este tipo de relación el engaño benevolente era habitual, la *íntima* relación clínica, junto a una ética asistencial basada en el principio de beneficencia, daban lugar a decisiones unilaterales por parte del profesional sanitario que hoy en día constituirían sin lugar a dudas una mala praxis. Por ejemplo, los médicos ante un recién nacido con una discapacidad grave, podían informar de un nacimiento sin vida con el fin de preservar a los padres de tomar una decisión tan difícil, o retirar antibióticos a una persona con edad avanzada con neumonía actuando siempre desde la postura del *buen consejero o amigo*. Cualquier discusión sobre la moralidad de la conducta asistencial se llevaba únicamente dentro de la profesión médica (3).

Sin embargo, posteriormente se produjeron determinados cambios que hicieron que los enfermos comenzasen a cuestionarse la sabiduría, confianza ilimitada y total obediencia al profesional sanitario. A medida que la población se multiplicó en las áreas metropolitanas, la figura del médico que acudía a cada domicilio era impensable y era mucho más eficiente que permaneciera inmóvil y fueran los pacientes quienes acudieran a los servicios asistenciales (3). Además, ya no era posible llevar los novedosos equipos diagnósticos de imagen a los domicilios (3). Del mismo modo, un mayor conocimiento de las diferentes patologías condujo de forma inevitable a una especialización dentro del ámbito sanitario y por tanto, a un estilo de relación con el paciente menos personal.



De esta manera, aunque los cambios supusieron magníficas mejoras en el tratamiento de las enfermedades y en la esperanza de vida, produjeron un innegable impacto en la relación terapéutica (2). La práctica asistencial se convirtió en menos personal y se produjo un aumento importante de demandas y juicios por mala praxis. Estas demandas contribuyeron al origen de una práctica clínica basada en la obtención del consentimiento del paciente en cada uno de los procedimientos que se realizaban, más impulsada por el deseo de evitar o defenderse de las posibles demandas judiciales que por la responsabilidad moral de respetar la autonomía del paciente (4).

Como consecuencia, comienzan diferentes manifestaciones y publicaciones relacionadas con el derecho de autonomía del paciente y su necesaria implicación en la toma de decisiones (véase como ejemplo los escritos de la Scholoendorff Society of New York Hospitals (5) en relación con la importancia del consentimiento ante los actos quirúrgicos o el Proyecto de Ley de Derechos del Paciente de la Asociación Americana de Hospitales (6)).

A partir de entonces, la creencia de que un paciente será capaz de tomar una decisión informada y consistente con su sentido de bienestar si se le da una información adecuada constituye la base en la relación terapéutica. Esta actuación prevalecerá incluso cuando las decisiones de un paciente entren en conflicto con la recomendación sanitaria (7).

En este momento, las discusiones en el ámbito sanitario dejaron de estar relacionadas con si se debía o no *discutir* con un paciente sobre su salud y pasaron a estar relacionadas con el cómo hacerlo. Es evidente que no se trata de un proceso fácil y que supone un conflicto entre la autonomía y la salud, entre los valores del paciente y los valores del profesional asistencial. Aún así parece claro que es necesario establecer una relación terapéutica deliberativa que conjugue la disminución del desequilibrio entre la persona enferma y el profesional sanitario, y la facilitación de la comprensión de la información técnica e implicación en la toma de decisiones del paciente (8).

El modelo que permite esa deliberación necesita de dos requisitos principalmente; a) no debe simplificar el principio de autonomía, evitando que la persona elija una opción terapéutica basada en la ignorancia y/o en la interferencia del personal sanitario y b) debe integrar la información técnica y los valores relevantes, para ofrecer recomendaciones de salud (8).

El flujo de información entre el sanitario y el paciente es técnicamente muy compleja y tiene un intenso significado social, psicológico y espiritual.



Requiere de la puesta en práctica del sentido crítico y la prudencia, imprescindibles para la reflexión previa, a través de la deliberación como proceso dialógico y considerando en condiciones de simetría moral los valores de los pacientes (9). En el ámbito sanitario, en toda comunicación, hasta la más sencilla, se incluyen valores. Sin la consideración de los mismos, la comunicación entre sanitario y paciente nunca podrá ser de calidad. Además, se trata de valores *especiales*, que tienen que ver con el malestar y el bienestar, con la salud y la enfermedad, con la vida y la muerte. Estudios previos han demostrado una habitual discordancia entre lo que ha *dicho* el profesional sanitario y lo que ha *escuchado el paciente* (10, 11).

La importancia de un modelo de relación eficiente (no solamente eficaz) radica en la minimización de determinados factores relacionados con las personas implicadas (sanitarios y enfermos) que intensifican esta discordancia en la información (12-14). Por un lado, los profesionales asistenciales presentan cierta reticencia a revelar determinadas informaciones (15) por la baja confianza en la capacidad de discutirlo, por tiempo insuficiente, por el miedo a la destrucción de la esperanza del enfermo y familia, por el miedo a la angustia emocional que provoca, por el miedo a enfrentarse a las emociones propias, por el burnout, por creencias culturales y/o por subestimación de la capacidad de comprensión del paciente. Por otro lado, en el paciente siempre ha habido diferentes actitudes en cuanto al deseo de conocer información clínica (16-19): por mecanismos de afrontamiento centrados en la negación, miedo a perder la esperanza, por aspectos culturales o por la dificultad para entender términos técnicos.

El counselling es uno de los caminos que facilita esta aproximación y posibilita el manejo de la situación con el menor daño emocional posible para los enfermos, familiares y profesionales sanitarios (20-21), a través de una adecuada coordinación entre conocimientos, habilidades y actitudes y con la premisa básica de considerar el sufrimiento del paciente como un asunto esencialmente personal y dependiente de sus creencias, valores, expectativas y atribuciones, actitudes y emociones.

## **2. Counselling: facilitando la relación sanitaria.**

La British Association for Counselling (22) define esta herramienta como la utilización hábil y fundamentada de la comunicación y la relación con el objetivo de desarrollar el autoconocimiento, la aceptación, el crecimiento emocional y los recursos personales. Más que una herramienta concreta, el counse-



lling es un proceso interactivo que se da en la relación de ayuda, basado en las habilidades de comunicación, y que tiene como objetivo producir cambios en la persona objeto de atención, potenciando sus propios recursos y promoviendo el autoconocimiento.

Dentro del ámbito sanitario, diferentes autores han señalado las características que lo definen. Las más señaladas son (21):

- Supone un proceso que puede ayudar a las personas a entender y afrontar mejor sus problemas. Facilita comunicarse y relacionarse mejor, reforzando y mejorando actitudes y motivación, así como promoviendo el cambio de comportamientos.
- Supone un conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que nos permiten disminuir el malestar de todos los implicados en la relación de ayuda y aumentar la sensación de eficacia.
- Ayuda al profesional en su labor de facilitar la tarea de adaptación del paciente (y/o familiar), respetando sus valores, sus recursos personales y su capacidad de determinación.
- Se basa fundamentalmente en habilidades sociales, técnicas de autocontrol y estrategias de resolución de problemas, siendo la empatía uno de sus elementos más importantes.
- Nos permite identificar preocupaciones, necesidades y problemas de un modo específico, lo cual es fundamental para tranquilizar y facilitar los recursos que se necesiten.
- Nos proporciona información clave para la intervención, que nos posibilita reforzar y facilitar recursos ya existentes y distinguir entre reacciones normales y patológicas.
- Es un proceso interactivo, en el que se ayuda a la persona a tomar las decisiones que considere más adecuadas en función de sus valores e intereses.

En suma, como afirman Arranz y colaboradores (21), el counselling es el arte de hacer reflexionar a una persona, empatizando y confrontando, por medio de distintas estrategias comunicativas, para que pueda llegar a tomar las decisiones que considere adecuadas para ella, teniendo en cuenta su estado emocional. Para eso es necesario un modelo de interacción deliberativo, modelo que apela al principio de autonomía de la persona y que se aleja del modelo paternalista que tradicionalmente se utiliza en el ámbito sanitario (7).





Como decíamos anteriormente, el counselling pretende el cambio de comportamiento de la persona para optimizar el afrontamiento de sus problemas. Esta modificación no se pretende conseguir “diciéndole a alguien qué es lo que tiene que hacer”, sino haciéndole reflexionar mediante preguntas para que sea la persona la que se dé respuestas así misma, dentro de su propio marco de referencia. Esto facilita la adhesión a dichos cambios y el fortalecimiento de su propia capacidad de cuidarse y ayudarse a sí misma.

El counselling se compone de tres elementos fundamentales: actitudes, conocimientos y habilidades (23):

En el ámbito sanitario, las actitudes hacen referencia al modo de vincularse con los pacientes y sus familiares. El respeto a su individualidad, la consideración de la multidimensionalidad de las necesidades que presentan, así como el deseo de cumplimiento de los imperativos éticos son algunas de ellas. Igualmente importantes son ciertas actitudes que impregnan la relación asistencial. En este sentido, podríamos destacar la calidez y la sintonía afectiva, la empatía, la autenticidad y el respeto por las personas con las que trabajamos.

Es un hecho indiscutible que el trabajo de enfermería requiere de unos conocimientos de las técnicas y procedimientos a utilizar. Del mismo modo, en relación con el tema que nos ocupa, parece igualmente necesario que nuestra actividad asistencial no esté sujeta a la improvisación. Son necesarios conocimientos técnicos sobre comunicación y soporte emocional. Saber que las preguntas abiertas favorecen la exploración de preocupaciones o cómo reaccionar ante el llanto o las manifestaciones de ansiedad del paciente, son ejemplos de algunos conocimientos que facilitarán nuestra labor a la hora de comunicarnos en nuestro trabajo (con pacientes y familiares, y también, como veremos posteriormente con los compañeros del equipo asistencial). Para el acompañamiento y ayuda mediante el counselling, de igual modo no podemos obviar, la importancia de los conocimientos sobre los problemas concretos a los que atendemos (las enfermedades concretas con las que trabajamos y su impacto en paciente y familia) y sobre el contexto en que se realiza la ayuda (hospitalario, domicilio, asociativo...).

En cuanto a las habilidades, es esencial tanto el desarrollo de las relacionadas con la comunicación, como las habilidades para la solución de problemas y de autorregulación. Respecto a las habilidades de autorregulación, además de maximizar la eficacia de nuestras intervenciones con el menor coste emocional posible, van a permitir lo que es una premisa de la utilización del counselling:

la comunicación con objetivos. Esto quiere decir que en nuestras interacciones profesionales (con pacientes, familiares y resto del equipo asistencial) nuestra comunicación debe guiarse por los objetivos concretos de la intervención que estemos llevando a cabo (por ejemplo, dar pautas de cuidado de una úlcera por presión) y por los objetivos más amplios en los que nos situemos (proporcionar soporte emocional, favorecer adaptación a la situación en la que se encuentran...). A pesar de la evidencia en este sentido, también hay consenso respecto a que, muy a menudo, la comunicación con objetivos se ve dificultada por nuestras emociones (ansiedad, irritabilidad, miedo...), sensaciones (de impotencia, de culpa...) incluso hábitos (modos habituales de interactuar con pacientes y familiares) que hacen que *reaccionemos a lo que pasa* más que actuar en base a unos objetivos definidos. En este sentido, nos parece adecuado recordar que las habilidades se incorporan mediante la práctica y que, por tanto, el counselling puede ser integrado como estrategia en profesionales de la salud, obviamente incluyendo al profesional de enfermería, mediante formación, entrenamiento y supervisión adecuada (24-25, 21). La formación, los conocimientos, serán los que posibiliten que la práctica sea habilidosa y no favorezca la consolidación de automatismos o errores.

El counselling ha demostrado su eficacia en diferentes ámbitos: la prevención y manejo de diferentes situaciones de enfermedad crónica (VIH, cáncer, enfermedades hematológicas, anciano frágil...) (26-33), así como en situaciones de final de vida, donde es ampliamente considerado el instrumento de elección en la comunicación del profesional con el enfermo y sus familiares, proporcionando las bases para el manejo de respuestas emocionales (34-35, 21).

### **3. La relación con los pacientes y entre los miembros del equipo**

La primera cuestión que deseamos señalar es, la importancia de un planteamiento de simetría moral en esta relación. Tal como hemos comentado anteriormente, los modelos deliberativos son la opción que la bioética actual nos plantea como más adecuados en este sentido (9, 21). Además, contamos con el counselling como herramienta que nos permite llevarla a cabo intentando maximizar la eficiencia: en nuestro caso, el mayor soporte posible a las personas a quienes ayudamos, con el mínimo desgaste emocional posible (36).

En el caso concreto de la relación con el paciente es necesario considerar al menos las siguientes cuestiones. Algunas de ellas ya han sido expuestas en otro lugar (21):





- a) Esta supone un encuentro entre seres humanos, es decir, un encuentro entre dos biografías únicas e irrepetibles, por tanto, los estereotipos son a todas luces insuficientes y muchas veces perturbadores de la fluidez.
- b) El respeto es una actitud esencial aunque los valores de los pacientes no coincidan exactamente con los nuestros
- c) Quien indica o da las claves del camino en el proceso de relación siempre es el paciente.
- d) Las personas en situación de enfermedad atraviesan un proceso de adaptación durante el cual es necesario detectar en qué momento se encuentran para poder acompañarles sin interferir aunque estimulando el avance saludable.
- e) Una clave fundamental para que las relaciones fluyan y consigan ser saludables es la comunicación abierta y empática.
- f) La pregunta y la escucha activa a las respuestas han de ser el recurso imprescindible para conocer las necesidades de las personas. Permite, entre otras cosas, detectar la cantidad y el tipo de información de acuerdo con los deseos de los pacientes (1).
- g) Es necesario responder a los indicadores de necesidad del paciente, sean éstos fundamentalmente racionales o emocionales.
- h) Resulta muy útil recordar que sintonizar con el mundo emocional del paciente permite disminuir la intensidad de las reacciones en este nivel y facilita elaborar planes de acción eficaces con el paciente. Negar los sentimientos que expresan los pacientes facilita sentimientos de impotencia y soledad que acentúan el sufrimiento. Por tanto, es importante atender las emociones de pacientes y familiares.
- i) Las personas en situación de enfermedad necesitan sentir confianza y seguridad en los profesionales que les ayudan. Sabemos que las emociones del profesional se transmiten, verbal y no verbalmente. Por ello es imprescindible un trabajo personal del sanitario que facilite el control de las propias emociones para, desde la serenidad, transmitir esa confianza y seguridad de soporte que necesita nuestro interlocutor.
- j) Resulta muy útil hacer un compromiso viable de soporte. Huir del sufrimiento produce sensaciones de aislamiento y soledad.

k) Las valoraciones que hagamos de nuestra labor influyen en gran medida nuestras vivencias de la misma. Entender que acompañar a las personas en momentos importantes de sus vidas supone un privilegio por el depósito de confianza que hacen en nosotros, realmente implica sentimientos de satisfacción y bienestar importantes.

Por lo que se refiere a la relación entre los miembros de un equipo terapéutico, la interacción eficiente resulta imprescindible para el buen desarrollo de la asistencia clínica. Las necesidades de los pacientes son de muy distinta índole y requieren la coordinación de varios profesionales para su atención.

El trabajo en equipo supone evidentes ventajas tanto para el profesional como para el paciente. Es una gran oportunidad de enriquecimiento mutuo que permite la evaluación objetiva de las acciones clínicas, facilita el reconocimiento de los distintos miembros y da la posibilidad de compartir y obtener apoyo en situaciones complejas.

Con respecto al paciente, un trabajo en equipo bien coordinado evita el reduccionismo, incrementa el respeto a la integridad, ofreciendo un espectro amplio de prestaciones acorde con las necesidades.

Algunas dificultades para el buen funcionamiento del equipo se refieren a la necesidad de aceptar compartir “poder”, la disciplina de actuación común, las diferencias en valores, objetivos y por tanto de percepción de la realidad, asumir los posibles sentimientos de desposeimiento o pérdida de identidad por solapamiento de roles, la exigencia de tiempo y disponibilidad, la ausencia de buenas habilidades de comunicación y control personal. De éstas últimas, es importante destacar la inhabilidad en la emisión de críticas y elogios y la discusión sobre posiciones en lugar de sobre objetivos o intereses comunes.

En cuanto a las claves que facilitan el buen funcionamiento de un equipo, entendemos que resulta imprescindible la existencia de principios éticos y objetivos comunes. La divergencia respecto a los mismos conduce inevitablemente a la descoordinación en la asistencia a todos los niveles. Son así mismo muy importantes, la clara definición de las tareas a realizar, la relación de confianza con exigencia de responsabilidad y el reconocimiento y respeto mutuos.

Para lograr la armonía y cohesión del grupo es importante identificar las necesidades individuales (escucha, reconocimiento), fomentar la cohesión ligada al objetivo común y el desarrollo de estrategias de creatividad y buen humor.



Es fundamental recordar que el trabajo en equipo supone un proceso de relación dinámico que se construye y que es necesario cuidar si queremos que su funcionamiento sea eficiente a lo largo del tiempo.

#### 4. Conclusiones

El presente trabajo ha pretendido revisar el modelo de relación deliberativo en el ámbito clínico, así como el counselling como marco en el que encuadrar nuestras intervenciones y que consideramos necesario impregne tanto la interacción del profesional de enfermería con pacientes y familiares, como la que establecemos dentro del equipo sanitario.

#### Referencias bibliográficas

1. Russell B, Ward A. Deciding what information is necessary: do patients with advance cancer want to know all the details? *Cancer Management and Research* 2011;3, 191-199.
2. Katz J. *The silent world of Doctor and Patient*. New York, NY: Free Press, Macmillan Inc 1984:1-2.
3. Rothman DJ. *Strangers at the Bedside*. New York, NY: AldineTransactions; 1991:1-284.
4. Hall M, Bobinski M, Orentlicher D. *Medical liability and treatment relationships*. 2nd ed. New York, NY: Aspen Publishers; 2008; 273-300.
5. Schloendorff Society of New York Hospital, 105 NE 92 (NY 1914).
6. Protection of Human Subjects, 45 CFR, 46 (March 18, 2011).
7. Beauchamp TL, Childress J. *Principles of Biomedical Ethics*. 6th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2009:99.
8. Emanuel E, Emanuel L. Four models of the Physician-patient Relationship. *JAMA* 1992 Apr 22-29; 267 (16): 2221-6.
9. Arranz P, Bayés R, Barreto P, Cancio H. Deliberación moral y asesoramiento. *Med Clin (Barc)* 2002; 118 (12): 479.
10. Weeks J, Cook E, O'Day S. Relationship between cancer patient's predictions of prognosis and their treatment preferences. *JAMA*. 1998; 279(21):1709-14.
11. Mackillop W, Stewart W, Ginsburg A, Stewart S. Cancer patient's perceptions of their disease and its treatment. *Br J Cancer*, 1988;58 (3):355-8.
12. Michiels E, Deschepper R, Bilsen J, Mortier F, Deliens L. Information disclosure to terminally ill patients and their relatives: self-reported practice of Belgian clinical specialists and general practitioners. *Palliat Med*. 2009;23(4):345-353.
13. Christakis NA, Lamont EB. Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. *BMJ*. 2000;320(7233):469-472.
14. Fromme EK, Smith MD, Bascom PB, Kenworthy-Heinige T, Lyons KS, Tolle SW. Incorporating routine survival prediction in a US hospital-based palliative care service. *J Palliat Med*. 2010;13(2): 1439-1444.
15. Yun YH, Kwon YC, Lee MK, et al. Experiences and attitudes of patients with terminal cancer and their family caregivers toward the disclosure of terminal illness. *J Clin Oncol*. 2010;28(11):1950-1957.

16. Kirk P, Kirk I, Kristjanson LJ. What do patients receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. *BMJ*. 2004;328(7452):1343.
17. The AM, Hak T, Koëter G, ven der Wal G. Collusion in doctor-patient communication about imminent death: an ethnographic study. *BMJ*. 2000;321(7273):1376-1381.
18. Mitchison D, Butow P, Sze M, et al. Prognostic communication preferences of migrant patients and their relatives. *Psychooncology*. [Epub ahead of press].
19. Chan A, Woodruff RK. Communicating with patients with advanced cancer. *J Palliat Care*. 1997;13(3):29-33.
20. Bayés R. *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca, 2001.
21. Arranz P, Barbero J, Barreto P y Bayés, R. *Soporte emocional en cuidados paliativos: modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel. 2003.
22. B.A.C. British Association of Counselling. Invitation to Membership. London: Rugby, 1992.
23. Bimbela JI. El counselling: una tecnología para el bienestar del profesional. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 2001, 24 (2): 33 - 42.
24. Bernard P. *Counselling skills for health professionals*. Londres: Chapman and Halls; 1994.
25. Faulkner A. *Teaching interactive skills in health care*. Londres: Chapman and Halls; 1993.
26. Valverde C. *Counselling sobre l'HIV: suport psicosocial i relació d'ajuda a la persona seropositiva*. Barcelona. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1999.
27. Grinstead O A, van der Straden A & The Voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Study Group. Counsellors' perspectives on the experience of providing HIV counselling in Kenya and Tanzania: The Voluntary HIV-1 Counselling and Testing Efficacy Study. *AIDS Care* 2000; 12: 625-642.
28. Kamenga M, Rayder RW, Jingu M, Mbuji N, Mbu L, Behets F et al. Evidence of marked sexual behavior change associated with low HIV-I seroconversion in 149 married couples with discordant HIV-1 serostatus: Experience at an HIV Counselling Center in Zaire. *AIDS* 1991; 5: 61-67.
29. Morrow A L, Guerrero L, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999;353: 1226-1231.
30. WHO. *Counselling in HIV infection and disease*. Ginebra: Autor; 1988.
31. Goodare H. Counselling people with cancer: questions and possibilities. *Advances: J Mind-Body health* 1994; 10 (2): 4-26.
32. Faulkner A, Webb P, Maguire P. Communication and counseling skills: Educating health professionals working in cancer and palliative care. *Patient Education and Counseling*, 18 (1), pp. 3-7.
33. Saavedra G. *Intervención psicológica en el anciano frágil al final de la vida*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia. Valencia. España, 2005.
34. Buckman R. Communication in palliative care: a practical guide. En: Doyle D, Hanks GW, Macdonalds N (editores). *Oxford textbook of palliative medicine*. Oxford: Oxford University Press; 1993, 47-61.
35. Field MJ, Cassel CK, eds. *Approaching death: Improving Care at the End of Life*. Washington, DC: National Academy Press; 1997.
36. Arranz P, Bayés R, Barreto P y Cancio H. *Moral deliberation and counselling*. *Medicina Clínica* 2002; 118 (12): 479.