



Planificación compartida de la atención, comunicación y eutanasia

Nuria Pérez de Lucas

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Equipo de Cuidados Paliativos ESAPD Sureste Madrid. Grupo de Trabajo PCA/AMpM Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC).

Helena García-Llana

Psicóloga investigadora. Hospital Universitario La Paz-IdiPAZ. Universidad Internacional de La Rioja. Vicepresidenta, Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).

Eva Gómez Iglesias

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Gerencia de Atención Primaria Cantabria. Miembro del Grupo Programa Comunicación y Salud de la semFYC.

Javier Júdez Gutiérrez

Médico de Familia y Comunitaria. CS Salud Fuente Álamo. Murcia.

IMIB-Arrixaca. Vicepresidente de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC).

«El hombre no se destruye por sufrir;
el hombre se destruye por sufrir sin ningún sentido»

VIKTOR FRANKL

Puntos clave

- ↗ Desde el profesionalismo y el compromiso de no abandono, la exploración y el abordaje del sufrimiento están en el centro del acompañamiento clínico.
- ↗ Acompañar longitudinalmente, explorando amenazas y facilitando recursos, requiere siempre de la relación clínica a través de la comunicación.
- ↗ El counselling vertebraba la comunicación deliberativa, interactiva y relacional, para gestionar situaciones emocionales adversas, promover la autorregulación del profesional y favorecer la motivación al cambio.
- ↗ La planificación compartida de la atención (PCA) estructura el acompañamiento a lo largo de las etapas y trayectorias de enfermedad.
- ↗ La PCA es una herramienta que explora deseos, valores,

expectativas y preferencias de las personas enfermas, facilitando el sentido de la atención.

- ↗ La atención longitudinal genera «casos acompañados», preferibles a «casos rebobinados» o reconstruidos «hacia atrás», con información fragmentaria.
- ↗ Cuando las amenazas no están equilibradas con los recursos y se genera un sufrimiento no aliviado, puede surgir un deseo de adelantar la muerte.
- ↗ Si no se encuentran alternativas y el sufrimiento deviene intolerable, podrán aparecer solicitudes de ayuda médica para morir (AMpM), que son un reto.
- ↗ Una atención integrada longitudinal guiada por la PCA en la tarea de ayudar a vivir bien el morir no deberá verse sorprendida sino preparada para atender solicitudes de AMpM.

Introducción

Decía Laín Entralgo que el ser humano es un sujeto sano, enfermable, enfermo, sanable... y mortal. Es el transcurso a lo largo de una vida, por estas experiencias vitales del proyecto de cada persona, con su peculiar contexto social y de cuidados, el objeto principal de los desvelos de los profesionales sanitarios cuando la realidad de la enfermedad amenaza la vida de dicho sujeto, hasta el punto de acabar perdiéndola. El vehículo principal que siempre han tenido las profesiones de cuidado ha sido la relación clínica. Su principal herramienta, la comunicación asistencial. La relación clínica es un proceso que se construye en una sucesión de encuentros clínicos (conversaciones, consultas, entrevistas), en las que un paciente (con/sin familiar) y al menos un profesional, comparten vivencias de enfermedad, asociadas a hechos, emociones y valores, y acuerdan planes de actuación desde la

base de la confianza y el respeto (autonomía relacional).

La aprobación de la Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia (LORE) abre una nueva perspectiva, novedosa y más exigente, en la comunicación con nuestros pacientes. Los estudios publicados con la experiencia de profesionales de países que ya llevan años con una ley de eutanasia muestran que enfrentarse a una solicitud conlleva dificultades tanto de orden práctico como emocional¹. A este reto tiene que enfrentarse, ya con la ley en vigor, el profesional sanitario español ante pacientes que se acojan a la solicitud de esta prestación. ¿Cómo hacerlo desde un renovado profesionalismo y compromiso de no abandono? ¿Cómo refining las buenas prácticas disponibles y aportar nuevas herramientas a los clínicos? ¿Cómo acompañar los procesos de enfermedad explorando el sufrimiento que generan las enfermedades crónicas, avanzadas y graves en las vidas de los pacientes?

Si el sufrimiento que hay que explorar e intentar aliviar y que eventualmente deviene intolerable es el gatillo que puede disparar un deseo de adelantar la muerte (DAM) que acabe articulando una solicitud explícita de prestación de AMpM (tratado por Morera et al. en este monográfico en «Las dimensiones del sufrimiento y el deseo de adelantar la muerte»), existe una ventana de interrelación a través de la relación clínica, la comunicación y la deliberación para acompañar esas trayectorias de enfermedad. La PCA es la propuesta integradora para vertebrar este acompañamiento y esta tarea de vivir bien la enfermedad y vivir bien el morir para los pacientes y sus familiares o cuidadores. Cuando se desaprovechan oportunidades para acompañar en perspectiva longitudinal y llegan «peticiones de eutanasia» inesperadas, algo ha fallado «río arriba»: nos arriesgamos a tener que rebobinar a con-

tracorriente las circunstancias que llevan a esa petición.

La figura 1 ([véase en www.amf-semfyc.com](http://www.amf-semfyc.com)) refleja la inversión de la atención clínica a la hora de ayudar a vivir bien la enfermedad y ayudar a vivir bien el morir en todo paciente con enfermedad crónica compleja, avanzada o grave o en el final de la vida, fomentando la PCA, que acompaña la trayectoria de enfermedad con la doble mirada, centrada en la persona, de evolución de la patología e integración en una biografía, facilitando la deliberación y la toma de decisiones compartidas desde una visión de autonomía relacional. Cuando las amenazas no son adecuadamente equilibradas con los recursos y se genera un sufrimiento no aliviado que puede provocar un DAM, será fundamental explorar estas circunstancias y buscar opciones de alivio. Cuando estas no funcionan y no se encuentran alternativas y solo cabe acompañar el sufrimiento intolerable, podrán formularse peticiones de AMpM y, eventualmente, tras el proceso adecuado, descrito por Melguizo y Sánchez² (ver el artículo «Prestación de ayuda médica para morir» en este monográfico), resultar en una prestación de la AMpM.

Planificación compartida de la atención

La PCA es, a partir de la redefinición planteada por la Asociación Española de PCA³ en 2017, un «proceso comunicativo-deliberativo, relacional y estructurado, centrado en la persona y su contexto-red de soporte y cuidados, que promueve conversaciones (espacios de comunicación) que faciliten la reflexión y comprensión de la vivencia y experiencia de enfermedad, del cuidado y atención que se requerirá a lo largo de toda la trayectoria de la misma, con el objeto de tomar decisiones compartidas a partir de las preferencias, objetivos y expectativas de la persona enfer-

ma, desde el presente hasta el afrontamiento de eventuales retos futuros, como situaciones de incapacidad para decidir por sí misma»⁴.

En la tabla 1 se explicitan las diferencias entre PCA, planificación anticipada de decisiones e instrucciones previas (o sinonimias).

La PCA es una herramienta que explora deseos, valores, expectativas y preferencias de las personas enfermas para diseñar la atención más alineada con aquello que da sentido a la experiencia de vida de cada individuo. Es un proceso crucial en los modelos de atención centrada en la persona y puede ser iniciado por la persona enferma, su entorno afectivo o los/las profesionales que la cuidan, siguiendo unas conversaciones o entrevistas semiestructuradas descritas, con frecuencia, como un ciclo⁵: preparación, propuesta, diálogo, validación, registro en la historia clínica y reevaluación.

La PCA se ha asociado con una disminución del uso de tratamientos agresivos, aumento de la calidad de vida y mejor concordancia entre el tratamiento recibido por los pacientes y sus preferencias cuando estos han podido discutir con sus profesionales de referencia sobre los deseos y expectativas con relación al proceso de enfermedad a lo largo de toda su trayectoria, especialmente al final de la vida⁷. Otras evidencias muestran que la PCA contribuye al mantenimiento de la autonomía funcional con el mantenimiento de relaciones afectivas significativas⁷, y también con la opción de permanecer en el domicilio si es posible⁸. A medida que la situación de enfermedad progrésa, el enfoque de la intervención y la intensidad terapéutica tiende hacia un abordaje paliativo⁹. A lo largo de toda esta trayectoria es preciso plasmar los planes de atención y sus reevaluaciones en la historia clínica.

Tabla 1. Semejanzas y diferencias entre instrucciones previas, planificación anticipada de decisiones y planificación compartida de la atención

	Instrucciones previas	Planificación anticipada de decisiones	Planificación compartida de la atención
Fundamento antropológico	Ciudadano con derechos	Vivir la enfermedad como proceso en su contexto	
Fundamento ético	Autonomía ejecutiva	Autonomía relacional	
Temporalidad	Revocabilidad (prima la voluntad presente actualizada a la expresada previamente)		
Regulación	Legislación de IP, de derechos o de final de la vida	Legislación de IP, de derechos o de final de la vida, en formulaciones más recientes (Madrid, Valencia...)	
Autoría	Individuo Con/sin asesoramiento	Individuo + Familia + Profesionales sociosanitarios	Toma de decisiones compartida guiada por modelo de autoridad del sujeto afectado
Toma de decisiones	Individual	Dialogada	Compartida
Destinatarios	Indeterminados	Determinados	
Aplicabilidad	A futuro	A futuro, trabajando desde el presente	En presente (toma de decisiones compartidas) y futuro (planificación anticipada)
Contenido	Instrucciones, elementos legales, elección formal de representante	Plan para afrontar decisiones futuras clarificando valores	Plan para tomar decisiones compartidas presentes y afrontar y facilitar decisiones futuras
Instrumentos	Documentos de IP	Entrevistas Herramientas para afrontar y acompañar trayectorias de enfermedad Documentos IP Documentación en HCE	Entrevistas Herramientas para toma de decisiones compartidas Herramientas para afrontar y acompañar trayectorias de enfermedad Documentos registrados (con valor legal IP) Documentación en HCE
Requisitos formales	Notarial Ante testigos	Registro escrito en el proceso asistencial (HCE)	
Registro documental	Registro administrativo Accesible en HCE	HCE Enlace con registro administrativo	

IP: instrucciones previas; PAD: planificación anticipada de decisiones; PCA: planificación compartida de la atención; HCE: historia clínica electrónica.

Tomado de: Júdez J (coord.), Grupo de Trabajo de PCA de la Región de Murcia. Modelo de Planificación Compartida de la Atención de la Región de Murcia (PCA-RM). Documento corporativo de la Consejería de Salud. 2019. (Inspirada en cuadro de Francesc José María en el Model català de planificació de decisions anticipades. Document conceptual, 2016. Con modificaciones sustantivas con la conceptualización de PCA [tercera columna]).

Hacer habitable el envejecer y el enfermar para reconstruir el sentido vital implica diseñar un sistema: 1) centrado en la persona y en su vivencia de enfermedad y 2) en su contexto; 3) que sea capaz de acompañar en el presente para afrontar mejor el futuro; 4) estructurando espacios de comunicación y acompañamiento a lo largo de la trayectoria de enfermedad desde una relación de confianza. Y esto es así, porque en las etapas avanzadas de la vida, más

aún en la etapa final, lo que más resultados consigue para ayudar a vivir bien es invertir en relaciones. Si bien lo tangible son las decisiones (tratamientos que aceptar, medidas que adoptar), estas no pueden ser enajenadas de un proceso deliberativo, comunicativo y relacional que los profesionales de la salud deben facilitar (toma de decisiones compartidas). Los profesionales sanitarios deben procurar, al acompañar los procesos de enfermedad, por tan-

to, espacios de comunicación donde el paciente pueda reflexionar sobre las amenazas a las que se enfrenta, identificar los recursos (personales, sociales, asistenciales) y entender cómo puede ser ayudado, considerando sus valores y preferencias, acompañado por quien elija y forme parte de su red de soporte. Esta atención, ideal, genera lo que se puede llamar «casos acompañados» ([figura 2](#)). Sin duda, preferibles a los «casos rebobinados» o reconstruidos

«hacia atrás» o con información fragmentaria del proceso que se ha vivido. La actividad en Atención Primaria (AP) es un entorno asistencial privilegiado para prestar esta atención longitudinal.

Comunicación terapéutica o *counselling*

Comunicarse es una experiencia biográfica vital, nutriente por excelencia, que hace posible la adaptación y el desarrollo humano como individuo y como especie. La comunicación y las habilidades relacionales conforman también competencias clínicas básicas de los profesionales sanitarios, que merecen la debida atención, dada su importancia¹⁰, desde hace décadas¹¹. Esto cobra especial relevancia en el contexto de la ley de ayuda para morir. ¿Cómo responder a las preguntas difíciles que nos hacen los pacientes? ¿Qué decir? ¿Cuánta información facilitar? ¿Cómo responder a una petición de eutanasia? Hablar del proceso de morir puede ser uno de los actos médicos más frustrantes y también más satisfactorios.

El marco teórico del *counselling*, proceso deliberativo e interactivo-relacional entre paciente y profesional que fomenta la aceptación de la enfermedad, reduce los estados emocionales adversos, promueve la autorregulación del profesional y favorece la motivación al cambio desde modelos de potenciación y resiliencia¹². Se enmarca en una relación de respeto hacia uno mismo y hacia los demás, en la que son fundamentales las actitudes de acogida empática, presencia y compasión. Tiene cuatro elementos fundamentales: autorregulación, comunicación proactiva, apoyo emocional y toma de decisiones compartida¹³.

Para el encuentro en situaciones clínicas, donde existe una asimetría técnica —que no moral—, se propone un protocolo en cinco pasos¹⁴ ([figura 3 véase en www.amf-semfyc.com](http://www.amf-semfyc.com)). Estos pasos,

aplicables desde el diagnóstico y progresión de la enfermedad, son importantes para poder conectar con la experiencia de sufrimiento, que subyace en una eventual solicitud de AMpM. El paciente es el protagonista.

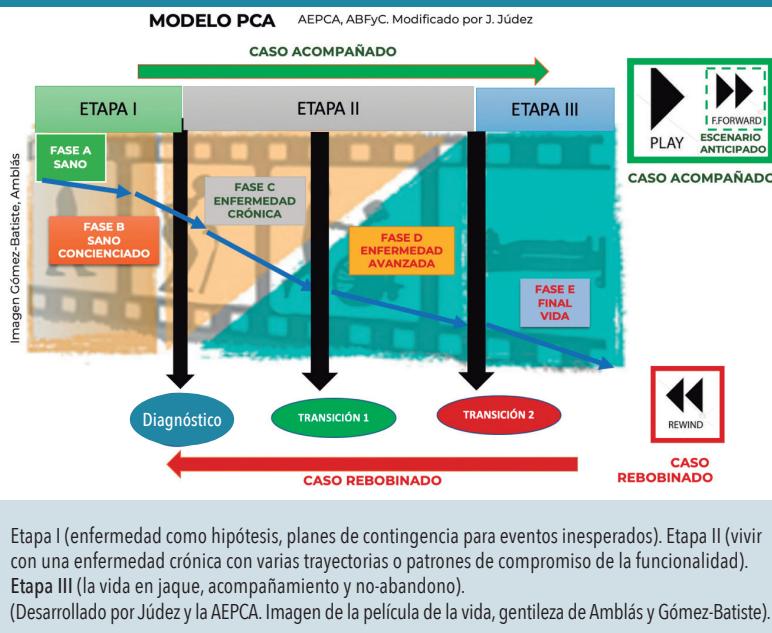
1.º Preparar el encuentro. La relación clínica es un encuentro que se rige por la ley de interdependencia donde el propio comportamiento es decisivo en el proceso de comunicación. El profesional sanitario debe hacerse cargo de la dirección de la comunicación en función de los objetivos profesionales. De ahí la importancia de estar atentos, conectados con nuestras propias emociones para que no nos «secuestren». La capacidad para gestionar las propias emociones es fundamental en un encuentro comunicativo de alta complejidad como puede ser la petición de eutanasia. Cultivar la presencia puede ser una buena plataforma para generar un encuentro clínico ecuánime, amable y ético.

2.º Validar. Abrir la puerta al encuentro. Reconocer la pers-

pectiva de nuestro interlocutor, aceptarla, comprenderla y respetarla. Dar valor a su punto de vista, legitimarlo, sin perder la perspectiva profesional. Habilidades que facilitan la comunicación y validan: a) escuchar activamente cuál es su perspectiva; b) empatizar con ella; c) hablar en «mensaje yo», lo que significa expresar y responsabilizarse de la propia perspectiva, por ejemplo: «En mi opinión...», «Mi impresión es...», «Yo opino que... ¿Qué opinas tú?».

3.º Explorar la perspectiva del paciente. Explorar la perspectiva del paciente o de otros interlocutores (familiares, profesionales del equipo...) conllevo preguntar sobre lo que resulta amenazante («¿Qué es lo que más le preocupa?») y sobre los recursos («¿Qué es lo que más le ayudaría?»). La pregunta abierta y focalizada es una habilidad clave para no presuponer lo que piensan los demás, para promover el compromiso, la opción a elegir y explorar la salud biográfica. Esto contribuye a potenciar los recursos que todas las personas tienen

Figura 2. Etapas, fases de enfermedad y transiciones. Casos acompañados y rebobinados



para afrontar las adversidades ([tabla 2, véase en www.amf-semfyc.com](#)).

4.^º Informar. Exponer mi perspectiva profesional: informar y precisar para orientar. Ofrecer información, acotada al rol profesional, con honestidad, claridad y sencillez, al ritmo del paciente, disminuye la incertidumbre y aumenta la percepción de control.

5.^º Dialogar para encontrarse. De la comunicación a la deliberación moral: en este último escalón, el profesional sanitario valora la capacidad de toma de decisiones del paciente o representantes y facilita la deliberación para la toma de decisiones compartida.

Mirando hacia experiencias en países con legislación previa

¿Qué podemos aprender de la experiencia de las legislaciones con más recorrido?

Borgsteede¹⁶, en los Países Bajos, se plantea la pregunta de si los médicos hablan con sus pacientes acerca de la eutanasia y, si es así, cómo se lleva a cabo la comunicación. Los resultados aportan opiniones enfrentadas, sobre quién y cuándo debe hablar sobre la eutanasia.

Ho y sus colaboradores¹⁷, en Canadá, abordan cómo afecta la AMpM en las conversaciones sobre cuidados al final de la vida y el DAM, pudiendo alterar la relación terapéutica con los pacientes y sus familiares. A tener en cuenta: preocupaciones sobre el grado de proactividad, incertidumbre, fluctuación en torno a las expresiones de DAM; complejidades de los procedimientos; necesidad de promover debates abiertos.

El punto de vista de pacientes y familiares lo recogen también otros autores, en Canadá¹⁸, donde los pacientes y las familias identificaron éxitos y desafíos específicos durante el proceso de AMpM, destacando: a) la necesidad de coordinación de la atención y b)

un enfoque centrado en el paciente como elementos centrales para una atención de alta calidad. Ambos aspectos tienen como punto de encuentro la comunicación.

En Suiza¹⁹, con asistencia al suicidio (no médica), los autores indagan sobre las dificultades o barreras que pueden encontrar los médicos de AP cuando se plantea el momento de la solicitud de dicha asistencia. A pesar de ser el profesional que lleva más tiempo atendiendo a su paciente y conoce sus preferencias, aparecen barreras que pueden traducirse en evitación: preocupaciones por su propio malestar psicológico, la existencia de valores personales en conflicto y lo que entiende por su rol profesional.

En la literatura científica estadounidense, donde está regulado el suicidio médicaamente asistido en once estados, Brassfield y sus colaboradores proporcionan evidencia descriptiva convincente de que algunos proveedores médicos que apoyan la AMpM no siguen unilateralmente la sabiduría bioética convencional que sostiene que deben esperar a que los pacientes presenten el tema de la AMpM y concluyen que futuros estudios deben investigar cómo abordar estas discusiones para minimizar las preocupaciones éticas sobre la influencia indebida o las posibles consecuencias negativas del inicio de la conversación por parte del profesional.

En Australia, por análogos razonamientos, la primera legislación del estado de Victoria²¹, que ha modelado las sucesivas en otros estados, establece taxativamente que es el paciente el que introduce la información y nunca el profesional sanitario.

En España, Duro y sus colaboradores, como en este monográfico Saralegui y sus colaboradores en «Atención paliativa y eutanasia», proponen pasos a seguir en la entrevista deliberativa que realiza el médico responsable y que, en muchos casos, tendrá lugar antes

de la petición formal de la solicitud de eutanasia. En Júdez y sus colaboradores, en su artículo «Solicitudes de eutanasia y casos particularmente complejos: demencias, cansancio existencial, salud mental» amplían la reflexión sobre las solicitudes anticipadas por escrito de eutanasia para situaciones en las que haya sobrevenido una incapacidad. España ha articulado un modelo basado en el sufrimiento intolerable y continuado con ausencia de alternativas aceptables. Resultaría extraño que fuera el profesional encargado de intentar aliviar el sufrimiento el que iniciara o suscitara, por tanto, en una situación tan asimétrica, la posibilidad de la AMpM como solución al sufrimiento. Parece que los australianos han encontrado ese punto de equilibrio de un modo más explícito.

Conclusión: planificación compartida de la atención, comunicación y Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia: de la extrañeza a la integración

El ideal que se persigue con relaciones clínicas longitudinales que acompañen procesos de enfermedad ([figura 2](#)) es el ACOMPAÑAMIENTO, que permite ir afrontando los retos (amenazas) que la enfermedad plantea para aportar recursos para reducir el sufrimiento generado, en la medida en que sea posible. Recursos que precisan formación en herramientas tanto clínicas como de comunicación para poder llevar a cabo la atención centrada y compartida con el paciente (y su familia, si así lo desea) ([ver figura 4, véase en www.amf-semfyc.com](#)).

En las conversaciones en torno al final de la vida puede aparecer una solicitud de AMpM; en ocasiones, como un deseo velado que hay que explorar. Es deseable incluir a otros miembros del equipo, como enfermeras, trabajadores sociales o psicólogos, y no olvidar a la familia o a la persona

allegada del paciente²³. Es fundamental que el profesional se sienta cómodo con su labor y capaz de responder a algunas preguntas difíciles que pueden aparecer en el contexto de una entrevista que se puede considerar como «consulta sagrada»²⁴, en las que se podrían incluir las consultas en torno al sufrimiento intolerable, el DAM y la solicitud expresa de AMpM. Una atención integrada longitudinal guiada por la PCA en la tarea de ayudar a vivir bien el morir no deberá verse sorprendida sino preparada para atender solicitudes de AMpM.

Lecturas recomendadas

→ Frankl V. *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder; 2021.

Obra de 1946 inspirada en la experiencia autobiográfica del neurólogo y psiquiatra austriaco en campos de concentración. Referente de la psicología y filosofía humanista, subraya la importancia del sentido en las experiencias de sufrimiento.

→ Back A, Arnold R, Tulsky J. *El arte de la comunicación con pacientes muy graves. Entre la honestidad, la empatía y la esperanza*. Madrid: Alianza Editorial; 2012.

Traducción del libro de 2009, resultado de un proyecto colaborativo referente en comunicación clínica (Onco-Talk), que ha derivado en la actual iniciativa de formación Vital-Talk.

→ Briggs L. *To know and honor: building a culture of person-centred decision-making*. Bookbaby (self-publishing); 2021.

Magnífico repaso de varias décadas de experiencia al hilo del desarrollo del programa Respecting Choices®, fundado por Bud Hammes, de la mano de su más estrecha colaboradora. Referente mundial para las ideas que recoge la PCA.

Bibliografía

1. De Boer ME, Depla MFIA, Den Breejen M, Slottje P, Onwuteaka-Philipsen BD, Hertogh CMPM. Pressure in dealing with requests for euthanasia or assisted suicide. Experiences of general practitioners. *J Med Ethics*. 2019 Jul;45(7):425-29. doi: 10.1136/medethics-2018-105120.
2. Melguizo Jiménez M, Sánchez Mariscal D. Procedimientos de la prestación de ayuda médica a morir. *AMF*. 2021;17(7):385-94.
3. Saralegui I, Lasmarías C, Júdez J, Pérez de Lucas N, Fernández J, Velasco T, et al. Claves en la planificación compartida de la atención. Del diálogo al documento. En: Monografías SECPAL. Cronicidad avanzada. Madrid: Inspira Network; 2018. pp. 87-89.
4. Júdez J (coord.), Grupo de Trabajo de PCA de la Región de Murcia. Modelo de Planificación Compartida de la Atención de la Región de Murcia (PCA-RM). Documento corporativo de la Consejería de Salud. 2019.
5. Generalitat de Catalunya. Model català de planificació de les decisions anticipades. 2015.
6. Johnson S, Clayton J, Butow PN, Silvester W, Detering K, Hall J, et al. Advance care planning in patients with incurable cancer: Study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2016;6(12):1-10. doi: 10.1136/bmjopen-2016-012387
7. Zwikman M, Jabbarian LJ, Van Denzen J, Van Der Heide A, Korfage IJ, Pollock K, et al. Advance care planning: A systematic review about experiences of patients with a life-threatening or life-limiting illness. *Palliat Med*. 2018;32(8):1305-21. doi: 10.1177/0269216318784474.
8. Rietjens JAC, Korfage IJ, Dunleavy L, Preston NJ, Jabbarian LJ, Christensen CA, et al. Advance care planning – a multi-centre cluster randomised clinical trial: the research protocol of the ACTION study. *BMC Cancer*. 2016;16(1):264. doi: 10.1186/s12885-016-2298-x.
9. Denis N, Timsit JF, Gajajevra M, Sakr L, Duruisseaux M, Schwebel C, et al. Impact of systematic advanced care planning in lung cancer patients: A prospective study. *Respir Med Res*. 2020;77:11-7. doi: 10.1016/j.resmer.2019.09.003.
10. Caballero Martínez F. La simulación: el entorno clínico virtual. *Educ Med*. 2017;18: (Supl 1):12-19.
11. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, Till J. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 1991;303:1385-7. doi: 10.1136/bmj.303.6814.1385.
12. Arranz P, Cancio H. Counselling: habilidades de información y comunicación con el paciente oncológico. En: Gil F, editor. Manual de psico-oncología. Madrid: Nova Sidonia; 2000. p. 39-56.
13. Costa M, Arranz P. Comunicación y counselling en psicooncología: El encuentro con el paciente oncológico. En: Cruzado Rodríguez J. A. Manual de Psicooncología. Madrid: Pirámide; 2013. p. 55-75.
14. Denison S, Arranz P, Coca C, Pérez JM, Costa M, Cervera E, García-Llana H. Comunicación consciente para acompañar de forma eficaz: Protocolo de 5 pasos. *Psicooncología*. 2020;17(1):165-77. DOI: doi.org/10.5209/psic.68248
15. Benito E, Mindegüiza MI. La presencia: el poder terapéutico de habitar el presente en la práctica clínica. *Psicooncología*. 2021;18(2):871-385. DOI: https://doi.org/10.5209/psic.77759
16. Borgsteede SD, Deliens L, Graafland-Riedstra C, Francke AL, Van der Wal G, Willems DL. Communication about euthanasia in general practice: Opinions and experiences of patients and their general practitioners. *Patient Education and Counseling*. 2007;66(2):156-61. https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.10.006
17. Ho A, Norman JS, Joolaee S, Serota K, Twells L, William L. How does Medical Assistance in Dying affect end-of-life care planning discussions? Experiences of Canadian multidisciplinary palliative care providers [published correction appears in Palliat Care Soc Pract. 2021 Nov 7;15:2632352 421106145]. *Palliat Care Soc Pract*. 2021;15:26323524211045996. doi:10.1177/26323524211045996
18. Oczkowski SJW, Crawshaw DE, Austin P, Versluis D, Kalles-Chan G, Kekewich M, Curran D, et al. How can we improve the experiences of patients and families who request medical assistance in dying? A multi-centre qualitative study. *BMJ Palliat Care*. 2021;20:185. doi: 10.1186/s12904-021-00882-4
19. Otte IC, Jung C, Elger B, Bally K. "We need to talk" Barriers to GPs' communication about the option of physician-assisted suicide and their ethical implications: results from a qualitative study. *Med Health Care Philos*. 2017 Jun;20(2):249-56. doi: 10.1007/s11019-016-9744-z.
20. Brassfield ER, Buchbinder M. Clinicians' Perspectives on the Duty to Inform Patients About Medical Aid-in-Dying. *AJOB Empir Bioeth*. 2020 Jan-Mar;11(1):53-62. doi: 10.1080/23294515.2019.1695016.
21. Victorian Department of Health and Human Services. The Statewide Voluntary Assisted Dying Care Navigator Service [Internet]. Victoria: Department of Health and Human Services; 2019. Disponible en: <https://www2.health.vic.gov.au/Api/downloadmedia/%7B443D45A2-9F81-4BCB-9D3A-EE3B36FD3306%7D>
22. Duro Robles R, Muñoz Seco E, Peguero Rodríguez E. Comunicación con la persona que solicita eutanasia. Entrevista clínica de ayuda a la deliberación. *AMF*. 2021;17(9):505-12.
23. Roest B, Trappenburg M, Leget C. The involvement of family in the Dutch practice of euthanasia and physician assisted suicide: a systematic mixed studies review. *BMC Med Ethics*. 2019 Apr 5;20(1):23. doi: 10.1186/s12910-019-0361-2
24. Gérvás J, Pérez Fernández M, Gutiérrez Parres B. Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento [Sacred encounters: serenity in haste]. *Aten Primaria*. 2009;41(1): 41-4. doi:10.1016/j.aprim.2008.05.005