

## Anexo 3. Cómo comunicar malas noticias: protocolo de seis etapas de Buckman

### Primera etapa. Preparar el contexto físico más adecuado

En esta etapa se incluirían todos los aspectos relacionados con el momento más adecuado, lugar, profesional, paciente, etc., así como una pequeña evaluación del estado emocional del paciente para averiguar si es el momento más adecuado para dar la mala noticia; por ejemplo, *¿Cómo se encuentra hoy?*, o *¿Qué tal, cómo se siente?*, o *¿Se siente hoy lo suficientemente bien para hablar un rato?* (dependiendo de la situación se elegirá una de estas preguntas o alguna similar).

### Segunda etapa. Averiguar cuánto sabe el paciente

Esta fase es muy importante, ya que el paciente a menudo presenta ideas o al menos sospechas que pueden ahorrar mucho camino al profesional (imagínense un paciente fumador que ha estado ingresado porque le vieron «algo» en un pulmón y le han hecho mil pruebas en el hospital incluida una broncoscopia). El aporte de la información y el impacto que puede producir dependerán en gran medida de la correcta ejecución de esta fase.

Se realiza mediante preguntas indirectas abiertas y escucha activa con técnicas de apoyo narrativo, concentrando la atención no sólo en la narración del enfermo, sino también en su comunicación no verbal. Interesa particularmente saber cómo de grave cree el paciente que es su proceso y cómo puede afectar a su futuro. Estos aspectos interesan mucho más que el hecho de si conoce el nombre de su enfermedad o su patofisiología. No conviene por supuesto «recrearse» en aspectos sin trascendencia en la evolución del paciente o familiar o que no sean necesarios para la comprensión del proceso.

Podrían utilizarse preguntas como:

- *¿Qué piensa usted sobre este problema, su dolor en el pecho, su tos, etc.?*
- *¿Qué le han dicho sobre su enfermedad?*

(Esta pregunta es muy positiva de cara a evitar malos entendidos o mensajes contradictorios o con matices diferentes, problema relativamente frecuente en pacientes que son atendidos por distintos profesionales en diferentes ámbitos: pacientes oncológicos, etc.):

- *¿A qué cree que puede ser debido su problema?*
- *¿Cómo ve usted esto de grave?*

Incluso estas preguntas conviene hacerlas de forma escalonada, dejando por ejemplo la última de las descritas para al final de esta fase, cuando ya hayamos captado parte de las creencias del paciente.

Con este tipo de preguntas podremos obtener información del paciente en diferentes aspectos:

- Cómo se acerca su impresión a la naturaleza real de su problema.

- Características del paciente: nivel educacional, capacidad de expresión, preparación, etc.
- Estado emocional en relación a su proceso. Conviene estar atento a lo que el paciente dice y a lo que no dice o evita decir, así como a todas las claves no verbales que seamos capaces de captar. Es interesante advertir la falta de concordancia entre comunicación no verbal y verbal.

Por otro lado, este tipo de preguntas en una persona que no sospeche nada pueden ayudar a aclimatarlo a la nueva situación.

Una vez que hemos explorado lo que ya sabe, debemos saber lo que sospecha. Si no ha salido con alguna de las preguntas anteriores se puede añadir alguna de las siguientes:

- *¿Y usted por qué cree que le han hecho todas estas pruebas?*
- *¿Y qué es exactamente lo que le tiene preocupado?*
- *¿Está usted preocupado por...?*
- *¿Hay alguna cosa que le preocupe?*

En una segunda fase podemos introducir preguntas sobre el futuro, sobre todo en el tipo de pacientes que sospechemos no saben nada de la naturaleza de su problema. Por ejemplo: *¿Qué planes tiene usted con respecto a su futuro?* Esta fase pretende minimizar la incomodidad en la medida de lo posible y transmitir al paciente que nos interesamos por lo que piensa y siente, estando dispuestos a escucharle.

Hay que tener en cuenta que el profesional no es el único medio de información. El paciente recibe información a través de otros enfermos, de medios diagnósticos o terapéuticos, de otros profesionales o de los medios de comunicación.

Otra ventaja añadida de una correcta ejecución de esta fase es evitar los mensajes más o menos contradictorios que entre distintos profesionales se producen a menudo, ya sea por distinto criterio, por miedo a decir la verdad, por inseguridad o desconocimiento.

### **Tercera etapa. Encontrar lo que el paciente quiere saber**

Esta fase es fundamental a la hora de compartir información posterior con los pacientes. A veces es difícil conocer si el enfermo quiere saber y si la información que se está aportando es mucha o escasa. O sea, que es difícil saber cuánta información es capaz de asimilar en cada entrevista.

Aconsejamos preguntar directamente qué nivel de información puede asimilar. Por ejemplo: *Si esto se convirtiera por casualidad en algo grave, ¿pertenece usted al tipo de personas que le gustaría saberlo exactamente? ¿Le gustaría que yo le explicara todos los detalles del diagnóstico? ¿Es usted del tipo de personas que le gustaría conocer todos los detalles del diagnóstico o preferiría sólo conocer el tratamiento a seguir? Si el problema fuera grave, ¿cuánto le gustaría saber sobre él?, o, ¿Le gustaría que le explicara todos los detalles sobre su problema o hay alguien más a quien le gustaría que se lo contara?*

De estas preguntas hay algunas que dejan capacidad de elección al paciente. Es decir, preguntas como las de *¿Es usted del tipo de personas...?* reconoce que existen personas así

y le hace más fácil reconocer su postura en caso de no querer información. O, por otro lado, en la última pregunta se deja abierta la posibilidad de desplazar el peso de la información a otra persona del entorno.

Este tipo de preguntas puede parecer que «desvela» información o que incluso puede causar más estrés en los propios pacientes, pero la realidad es que si se realiza bien, puede clarificar muchas cosas al profesional sin perjudicar al paciente.

En cualquier caso, como ya se ha expresado anteriormente, no es necesario preguntarlo tan abiertamente para conocer si quiere y cuánto quiere saber un paciente. Una sensibilidad adecuada en el profesional puede obtener la misma información. En nuestra cultura, una opción puede ser la de esperar a que el enfermo sea el que nos pida más información, muy pendiente de la comunicación no verbal, esperando a que el paciente asimile cada «parte» de la información que se le haya dado con silencios y escucha activa, y que nos pida más mirando al profesional en actitud de espera o pidiendo más información con preguntas directamente. Un símil útil podría ser el de darle un trozo de tarta (pequeño para que no se le haga difícil de digerir), y esperar a que lo asimile y nos pida más porciones según su propio ritmo de asimilación.

En caso de que el paciente exprese su preferencia por no discutir el tema o lo dé a entender, debemos dejar siempre abierta la puerta, ya que un porcentaje de ellos pueden cambiar de opinión posteriormente. Pero el respeto a la decisión del paciente debe ser obvio.

#### **Cuarta etapa. Compartir la información**

Si el paciente en la anterior fase ha expresado su deseo de compartir toda la información procederemos a ello. Si el paciente lo negó, pasaremos a discutir el plan terapéutico.

El aporte de la información aquí tiene un doble papel: que el paciente conozca su proceso y realizar un diálogo terapéutico.

Lo primero es «alinearnos» con el paciente, partiendo del nivel de información que ya tiene. A continuación se deciden los objetivos de la entrevista: qué aspectos informativos y educativos van a ser tratados. Es esencial tener una agenda clara, siempre muy abierta a la agenda del propio paciente. A partir de aquí empezaremos a abordar elementos del diagnóstico, tratamiento, pronóstico o apoyo del paciente en función de las necesidades.

En esta fase es importante ser consciente del derecho del paciente a tomar sus propias decisiones, en relación al tratamiento principalmente, y que ello no genere frustración en el profesional si no coincide con su visión de la situación.

Como ya se ha dado a entender, esta fase puede ser simultánea a la etapa anterior, siendo la petición del paciente de más información la que nos detalla su capacidad de asimilación y la que nos permite decidir cuánta información debemos darle.

#### **Quinta etapa. Responder a los sentimientos del paciente**

Consiste básicamente en identificar y reconocer las reacciones de los pacientes. Unas malas noticias bien comunicadas pueden fracasar si el profesional no desarrolla adecuadamente

esta fase. Como elementos importantes hay que destacar aquí el papel de los silencios, la empatía no verbal y la escucha y el respeto al paciente.

### **Sexta etapa. Planificación y seguimiento del proceso**

El seguimiento debe ser consensuado por ambos. El profesional debe dejar claro al paciente que siempre estará a su disposición para lo que necesite. Debe estar continuamente atento a los problemas o preocupaciones del enfermo, y movilizar también todas las fuentes de apoyo familiar o social que sean necesarias en cada momento. En este sentido, hay que tener en cuenta que este tipo de enfermos generan verdaderos núcleos de soledad al no compartir sus preocupaciones y miedos con otros familiares o amigos para no hacerlos sufrir. Debe aclararse la continuidad de nuestra atención en estos aspectos comunicacionales tanto como en el proceso físico.

La actitud obviamente debe ser positiva, preparándose para lo peor cuando exista esta posibilidad y esperando lo mejor, sin falsas esperanzas y sin aportar información no real.

Debe planificarse una determinada estrategia en relación al número de visitas, fases del tratamiento, etc. El paciente debe comprobar que controlamos la situación.

### **Evaluación de las estrategias utilizadas**

Este apartado es sumamente importante, ya que un análisis de las entrevistas realizadas con ventajas y defectos ayuda al profesional a conocerse mejor y a reafirmar su confianza, y puede aportar instrumentos para mejorar aquellos aspectos necesarios.

Una buena manera de evaluar la estrategia utilizada es valorar nuestras emociones, ideas o acciones tras la entrevista mediante una reflexión personal. Se debe valorar qué hemos sentido, nuestra seguridad y «confortabilidad», el impacto que hemos producido y las reacciones que se han suscitado, si la información que el paciente ha asimilado era la esperada y si se tienen claros los objetivos del paciente de cara al futuro.

En este sentido, puede ser muy útil comprobar la asimilación con relativa frecuencia durante la entrevista y pedir al paciente un resumen final y su estado emocional tras la entrevista; un sencillo *¿Cómo se encuentra?* Los comentarios a esta pregunta pueden darnos una valoración bastante real de la calidad de la entrevista y del cumplimiento de objetivos. La información aportada por los allegados del estado de ánimo posterior del paciente y de su actitud puede igualmente ayudar a valorar nuestra intervención a la vez que nos aporta información importante de cara al seguimiento del paciente.

---

Este anexo ha sido elaborado a partir de las siguientes referencias:

1. Prados Castillejo JA, Quesada Jiménez F. Guía práctica sobre cómo dar malas noticias. FMC. 1998; 5(4): 238-50
2. Buckman R How to break bad news. A guide for health care professionals. Baltimore: Ed. John Hopkins, 1992.
3. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.