

## ¿Qué harías si fuera tu padre? Los beneficios de la comunicación empática oncólogo-paciente

*What would you do if he were your father? The benefits of empathetic oncologist-patient communication*

Rodrigo Lastra-del Prado\*, Marina Arribas-Velasco y Elisa Quílez-Bielsa

Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

### Necesidad de una formación específica en comunicación... Se habla, pero no se hace

Pocas profesiones tienen periodos tan sumamente largos de formación como la de Oncología. Y es que la materia prima con la que se trata, sin duda lo requiere. Entre las competencias que establece el programa formativo de la especialidad de Oncología Médica<sup>1</sup> figura entre las más importantes la «comunicación clínica humana». Pero una cosa es lo que diga la ley y otra la realidad. Como tutor de médicos en formación siempre me encontraba con la misma dificultad a la hora de evaluar estos conocimientos. Así como disponemos de herramientas para objetivar la destreza adquirida en el resto de las competencias (cursos, artículos o presentaciones a congresos, número mínimo de visitas de determinadas afecciones realizadas, nivel de idiomas...), no las tenemos de manera reglada para enseñar y evaluar esas habilidades en comunicación<sup>2</sup>. Disponemos de pocas guías clínicas que nos enseñen esto<sup>3</sup>. Ni siquiera durante la universidad existe una asignatura específica sobre comunicación. Comunicación que va a ser la columna vertebral de toda la relación médico-paciente. Comunicación que si es correcta va a suponer el *rail* por el que transite una relación fluida y eficaz. Pero que si es incorrecta va a ser fuente permanente de desapegos y malentendidos.

Ese aprendizaje autodidacta de las habilidades comunicativas, en la que cada uno combina sus

cualidades personales con el mimetismo que aprende de sus compañeros veteranos (con sus grandes virtudes y sus no menos grandes vicios y rutinas) con la propia experiencia e intuiciones, se muestra claramente insuficiente. Y cuando hablamos de comunicación, no hablamos de una comunicación cualquiera, sino una comunicación empática. Y sí, la comunicación y la empatía se pueden aprender, cultivar y acrecentar. ¿Cómo?

### ¿Qué harías si fuera tu padre?

Recuerdo un paciente siendo yo oncólogo bisoño, que, no siendo un caso especialmente complejo, me dio mucho qué pensar. Recién acabado mi periodo de formación pasaba yo consulta en un hospital comarcal. Visitaba a un hombre de 79 años, diabético y con una cardiopatía isquémica previa bien controlada. Acababa de ser diagnosticado de un cáncer de pulmón avanzado. Un carcinoma escamoso con metástasis hepáticas y suprarrenales. Aunque parecía comportarse con gran agresividad, el hombre mantenía un estado general excelente. Era un hombre de campo y vivía en un pueblo de uno de los valles más bonitos del Pirineo Occidental. Aunque hacía años que había dejado las labores del campo, seguía acudiendo a diario a su huerta, una de sus pasiones. Sus otras pasiones: las largas caminatas por el monte y por supuesto, su familia. Llegar a nuestro hospital le tomaba más de una hora en auto (por una carretera en no muy buen

#### \*Correspondencia:

Rodrigo Lastra-del Prado

E-mail: lastrarodrigo@gmail.com

2565-005X/© 2026 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 16-05-2026

Fecha de aceptación: 28-05-2026

DOI: 10.24875/j.gamo.M26000295

Disponible en internet: 29-06-2026

Gac Mex Oncol. 2026;25(2):67-70

[www.gamo-smeo.com](http://www.gamo-smeo.com)

estado). Todo ello sin contar con que en invierno el trayecto se hacía con frecuencia impracticable. Y estábamos en diciembre.

Durante nuestra primera consulta, a la que acudí con, su mujer y dos de sus cuatro hijas, les expliqué el diagnóstico, el estadio, el pronóstico de la enfermedad y las opciones de tratamiento. Las guías clínicas indicaban por aquellas fechas que la mejor opción terapéutica era un doblete con platino. «¿Qué es eso?», preguntaron. Claro, ya tenemos una de las primeras barreras de la comunicación empática. Cualquier oncólogo sabe en qué escenario nos movemos nada más oír la expresión «doblete de platino». Expresión sin embargo totalmente desconcertante para cualquier persona ajena a nuestro mundo y que más le puede sonar al reconocimiento a la trayectoria musical de una cantante famosa que a una estrategia terapéutica anticáncer. Este error de comunicar dando por supuestos conocimientos previos, lo cometemos con demasiada frecuencia.

Les explique que un doblete de platino es una quimioterapia que combina dos fármacos antitumorales, y que uno de ellos es un derivado del compuesto químico platino. En ambos casos se trata de una medicación intravenosa que requiere acudir al hospital cada 21 días y hay que realizarse analítica el día anterior. El tratamiento expone al paciente a una importante toxicidad, que con mucha frecuencia condiciona fuertemente la calidad de vida. En los estadios IV (como era el caso) el objetivo de los tratamientos oncológicos no es la curación, sino la mejora de la calidad de vida, y secundariamente, si el primer objetivo se consigue, aumentar la supervivencia. Los dobletes con platino, por tanto, no curan. Mejoran los síntomas en algunas ocasiones y consiguen una supervivencia mediana inferior a los 12 meses. En cómputos globales son unos pocos meses más de vida que no poner tratamiento. Y en nuestro paciente, por el momento, había pocos síntomas que aliviar, pues prácticamente no los tenía. También es verdad, que, aunque la supervivencia mediana era inferior a 12 meses, un grupo pequeño de pacientes tiene mayor beneficio y pueden prolongar su vida incluso años en buenas condiciones.

Con todo este torrente de información, que suele ser el habitual la primera vez que se establece contacto con la oncología, lo normal, como fue el caso, es que paciente y acompañantes se sientan aturdidos. Son demasiadas cosas nuevas en apenas unos minutos y encima muchas veces con la urgencia de tomar decisiones. En este estado de aturdimiento que detecté en la familia, una de las hijas (que además estaba

embarazada de cinco meses) me hizo una pregunta. Seguramente me la habrían hecho muchas más veces, pero en esta ocasión me tocó de manera especial: «¿Qué haría usted si fuera su padre?».

Mi padre, que era algo más joven que mi paciente, acabada de fallecer hacía apenas dos meses. No había sido por cáncer sino por una hemorragia cerebral, que tras una intervención quirúrgica de urgencia y unos días en la UVI no había evolucionado bien. También entonces nos había tocado decidir si desconectábamos del respirador artificial o lo manteníamos con él un tiempo desconocido, pero sin opciones de que la situación se volviera reversible. Y tuvimos que decidir en condiciones de gran carga emocional.

Uno de los grandes logros de nuestra especialidad es el de ir ordenando y clasificando el cada vez mayor conocimiento de la enfermedad que queremos combatir. Todo está muy protocolizado y estandarizado. Las clasificaciones tumorales, los estadios, la valoración y medición de las respuestas al tratamiento, la gradación de toda la toxicidad y efectos adversos posibles... un lenguaje común oncológico mundial que intenta objetivar al máximo y es la base para los sólidos avances en la lucha contra el cáncer. Las guías clínicas y los algoritmos de toma de decisiones tienen en cuenta múltiples parámetros clínicos, analíticos, moleculares y genéticos.

Pero las guías no tienen en cuenta si el paciente quiere seguir yendo a la huerta o no. Si para bajar a vernos tienen que poner las cadenas del auto, pues la nieve es muy frecuente por aquellas fechas. Si quiere vivir para ver nacer a su quinto nieto, o apurar la vida un poco más para ver comulgar a su primera nieta.

Por eso, más allá de las guías, imprescindibles, la pregunta «¿Qué harías si fuera tu padre... tu madre, tu hermano, tu hija?» resulta muy pertinente. Y desde entonces para mí ha sido un patrón de medida, una ayuda importante en la comunicación con el paciente y los familiares, especialmente en las situaciones donde las decisiones no son fáciles. Es una pregunta que me hago con frecuencia y me ayuda sobre todo en aquellos momentos en las que las decisiones en medicina no son claramente blancas ni negras.

### **Dificultades y retos para una comunicación empática en el día a día de las consultas**

En un día normal veo una media de 20 pacientes en mi consulta de cáncer de pulmón y tumores torácicos. Una cuarta parte de ellos son pacientes a los que les tengo que decir que su enfermedad ha empeorado.

Y de esos 20, uno o dos son primeras visitas. Pacientes recién diagnosticados que es la primera vez que acuden al oncólogo. Para ellos ese puede ser el momento más importante del año, de la década. Desde luego, la mayoría de las veces, un punto de inflexión vital que cambiará drásticamente su presente y su futuro. Para mí es la quinta, la sexta, la séptima vez en el día que doy noticias que nadie quiere oír. La distancia emocional entre los dos lados de la mesa es un abismo. Salvando las distancias, recuerdo cuando acudí con mi mujer a la primera ecografía de mi primer hijo. Yo era un manojo de nervios, y el ginecólogo mirando a la pantalla mientras pasaba el ecógrafo por la tripa de mi esposa dictaba a la auxiliar que tomaba nota: «uno... vivo...». Para nosotros era nuestro primer hijo. Un momento único. Para el ginecólogo era la enésima ecografía del día en la que había un embrión (no dos ni tres) y que tenía latido. Yo recuerdo cada instante de ese momento y el nombre y apellidos del ginecólogo. Él, lógicamente, ni se acuerda.

Y esto hay que tenerlo muy en cuenta. Lo que decimos en las consultas y sobre todo en las primeras visitas suele quedar grabado a fuego en el paciente y sus familias. Para la relación de confianza sanitario-paciente es clave esa primera visita. Esa inmensa distancia emocional hay que tenerla muy en cuenta y ser consciente de ella para no caer en rutinas, lugares comunes e insensibilidades. Los pacientes suelen recordar cada palabra que les dices. Muchos, si luego las cosas van bien, recuerdan la fecha del diagnóstico como un segundo nacimiento.

Usar como patrón de medida el «como si fuera tu padre» ayuda a empatizar. Pero no es tu padre. Y no debe serlo. La distancia emocional que nos separa puede y deber ser beneficiosa. En esos momentos en los que el paciente y su familia están en estado de *shock*, desbordados por un vendaval de emociones, alguien debe mantener la calma. Nuestro papel es mostrar, con la máxima calidez y comprensión, la objetividad de los hechos. Empatizar no significa implicarse emocionalmente, pues perderíamos el papel que el paciente más necesita. En un mar agitado por la tempestad, el paciente y sus familias buscan un puerto seguro al que amarrarse (aunque sea temporalmente) para poder seguir la siguiente singladura. No son pocas las ocasiones en las que me han entrado ganas de llorar delante de un paciente. Y en alguna de ellas, incluso, he tenido que salir de la consulta con una excusa cualquiera, para poder desahogarme. Pero creo que mis lágrimas no hubieran ayudado para nada.

El equilibrio no es fácil. Pero ahí está el gran reto de nuestra profesión. Cómo el vuelo de Dédalo. Sobrevolar entre el riesgo de crearse una coraza emocional que parece protegernos, pero que a la vez nos insensibiliza haciendo imposible una comunicación empática. O entre el riesgo de implicarse emocionalmente en exceso perdiendo la eficacia de nuestra actuación y poniéndonos en peligro de quemarnos las alas demasiado pronto.

Uno de los grandes logros de nuestro sistema sanitario y del que más orgullosos nos sentimos profesionales y usuarios, es la gran y eficaz universalización de sus servicios. Uno de sus grandes retos en los que queda mucho por hacer es en la personalización y humanización de sus servicios.

Reconozco que la estructura física y temporal de las consultas de un hospital no ayudan a la comunicación empática. Lo que pasa es que estamos tan acostumbrados, y los pacientes de oncología son tan pacientes, que tendemos a no darle la debida importancia. La estructura hospitalaria es funcional y eficiente, pero dista de ser amigable con una comunicación empática. Salas de espera abarrotadas, sin apenas elementos que permitan focalizar la atención en algo agradable. Consultas pequeñas, asépticas, sin elementos decorativos, con mesas y ordenadores como barrera infranqueable entre médico y paciente. Mucha gente de bata blanca o pijama verde entrando y saliendo generalmente con prisas, papeles, teléfonos y computadoras.

Por ponernos a soñar, podríamos imaginar unas salas de espera con sillones y sofás, decoradas con motivos agradables, música ambiente suave y relajante, y puntos de lectura y café o infusiones. Consultas sin mesa, sin barreras físicas entre médico y paciente. Y lo que es todavía más importante, tiempo suficientemente largo para poder dedicar a cada persona. La tiranía del «cuarto de hora» por paciente del sistema de citaciones es una presión que nos atenaza y mucho a la hora de poder comunicar eficazmente. Muchas veces, muy a nuestro pesar, la consulta es una carrera contrarreloj. Pues tras el diálogo con el paciente después viene el siguiente, que por lo general ya entra con algo de retraso acumulado. Y después de finalizar suele quedar una labor burocrática de informes, validaciones y confirmaciones que requieren prácticamente el mismo tiempo que de cara al «público».

La estructura no está pensada para una comunicación empática. Adaptarla a ello supondría indudablemente una mayor dotación de recursos. Recursos que escasean la mayoría de las veces. Y, sin embargo, estas carencias son suplidas muchas veces con la

gran humanidad y dedicación de los profesionales implicados (sanitarios y no sanitarios). Hay que destacar aquí también la importante labor que asociaciones de pacientes y de voluntariado están realizando encaminadas a la humanización de las estructuras sanitarias. Un campo donde hay mucho margen de mejora.

### **Conclusión: escuchar, escuchar, y confianza como base de una comunicación eficaz**

Una vez vino a consulta una mujer mayor diagnosticada de un cáncer de mama muy extendido. Cuando la fui a explorar vi que le faltaba la mama derecha y le pregunté que cuando la habían operado. «No me han operado doctor, se lo juro». Ante mi insistencia, pues yo solo veía la parrilla costal ulcerada y sin la mama, me repitió tres veces que no la habían operado. Increíblemente revise su historial y efectivamente no la habían operado nunca. ¡El tumor le había ido comiendo la mama derecha hasta hacerla desaparecer! Y ahora ya estaba afectando a las costillas, la pleura y los pulmones. «¡Señora! y ¿desde hace cuánto nota usted eso?». Me contó que había notado un bulto hacía más de 5 años y que poco a poco había ido creciendo, ulcerando y retrayendo la mama. Nunca había ido al médico. No lo sabían ni sus hijas. Cuando por mi insensibilidad se lo recriminé, rompió a llorar y me contó que acababan de enterrar a su marido que había estado postrado durante años por una larga enfermedad, que hacía 4 años se había muerto una hija por una leucemia, y que tenía otra hija con un grave problema psiquiátrico. Esa mujer había supeditado todo su dolor y enfermedad a sostener a su familia. Indudablemente yo había juzgado antes de escuchar.

La escucha es la herramienta principal de la que disponemos los oncólogos para una relación empática. La escucha es la piedra angular del resto del edificio comunicativo. Y escuchar no es solo oír lo que el paciente me cuenta con sus palabras. Escuchar es mirar más allá. Ver lo que nos dice con sus gestos, sus actitudes, su lenguaje no verbal. Valorar su contexto, escudriñar su biografía. A lo largo de estos años he aprendido que conversaciones aparentemente irrelevantes son claves para «escuchar» mejor al paciente y establecer vínculos de confianza tan necesarios. Cuántas veces, conversaciones con el paciente sobre su profesión, su pueblo, sus aficiones, sus anhelos, su familia, además de ser pequeños oasis en medio del desierto, generan un terreno fértil para esa comunicación empática tan necesaria. Sí, creo que tenemos

que buscar espacios para esa escucha activa. Para las conversaciones transcendentales... y para las intrascendentales.

La escucha activa también hay que mostrarla con nuestra propia actitud y con nuestro lenguaje. Verbal y no verbal. El primer acto médico es presentarse. Cuando entra una paciente por la puerta, además de encontrar un espacio ordenado, cálido, diáfano (que permita un contacto visual directo) el paciente tiene que saber con quién se la va a jugar. Presentarnos con nombres, apellidos y puesto en la unidad. Presentar a la enfermera, a la auxiliar, al médico residente, al estudiante si lo hubiera. Cuántas veces entra un paciente en una consulta y se encuentra con dos o tres personas y no sabe ni quienes son aquellos con los que va a hablar de las cosas más importantes de la vida.

La escucha supone atención plena. Dejar el teléfono apagado en un cajón mientras estamos con el paciente en consulta. El paciente tiene que sentir que sus asuntos son en esos momentos los más importantes. Evitar las interrupciones una vez empezado el diálogo. Reforzar, parafrasear, repetir, resumir o subrayar parte de la información que nos proporciona el paciente son formas de manifestar esa escucha activa y que se pueden cultivar y practicar tal y como nos enseñan los expertos en comunicación. Técnica del espejo la llaman.

La escucha supone no juzgar. De joven solía ser más vehemente en los discursos que soltaba a los pacientes que seguían fumando, o a los que se saltaban alguna consulta. Me di cuenta que las moralinas no valen para mucho. Quién somos para saber los motivos por el que aquel paciente había vuelto a encender un cigarrillo. Quién somos para saber el miedo que tiene ese trabajador en condiciones precarias a cogerse ese día para ir al médico, pues le puede suponer poner en riesgo su puesto de trabajo. Cada paciente es un mundo, y lo que no consiga la sugestión fruto de una comunicación empática no lo va a conseguir la regañina moralista.

### **Referencias**

1. Boletín Oficial del Estado. Orden SS/577/2013 de 5 abril, por la que aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Oncología Médica y los criterios de evaluación de los especialistas en formación [Internet]. España: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado; 2013. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/o/2013/04/05/ssi577>
2. Sociedad Española de Oncología Médica. Guía para la implementación del POE de Oncología Médica [Internet]. SEOM; 2014. Disponible en: [https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/DOCUMENTO\\_masMIR.pdf](https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/DOCUMENTO_masMIR.pdf)
3. Stiefel F, Bourquin C, Salmon P, Achteri Jeanneret L, Dauchy S, Ernstmann N, et al. Communication and support of patients and caregivers in chronic cancer care: ESMO Clinical Practice Guideline. ESMO Open. 2024;9(7):103496.