

REFLEXIONES

COMUNICACIÓN, EMPATÍA Y EMOCIONES EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE TIROIDES

Juan José Díez

Académico de Número de la Sección de Medicina de la Real Academia de Doctores de España
juanjose.diez@salud.madrid.org

Durante las últimas tres décadas la incidencia de cáncer de tiroides se ha incrementado de manera más rápida que la de cualquier otro cáncer. Gran parte de ello se debe al uso de pruebas de imagen como la ecografía que ponen de manifiesto tumores clínicamente irrelevantes. Este sobrediagnóstico ha conducido irremediablemente a un sobretratamiento de muchos pacientes. Muchos de estos pacientes son tratados con tiroidectomía total acompañada o no de linfadenectomía y seguida o no de tratamiento con yodo radiactivo. Sin embargo, es bien conocido que el cáncer diferenciado de tiroides de bajo riesgo es un escenario clínico de pronóstico mayoritariamente favorable, para el que disponemos de alternativas menos invasivas que la tiroidectomía, tales como la lobectomía para tumores seleccionados, e incluso vigilancia activa para microcarcinomas indolentes, con resultados oncológicos equivalentes y menor morbilidad. A pesar de ello, la práctica real sigue inclinándose en muchos ámbitos hacia la tiroidectomía total, exponiendo a los pacientes a riesgos evitables. El hipoparatiroidismo permanente, la lesión del nervio laríngeo recurrente, la necesidad de terapia hormonal sustitutiva crónica y su impacto sobre la calidad de vida son algunas de estas consecuencias evitables de un tratamiento innecesariamente excesivo. Esta brecha entre evidencia y conducta clínica no sólo es técnica, es profundamente humana. La forma en que informamos y la manera en que los pacientes viven esa información condicionan la dirección final de la balanza. La palabra *cáncer* provoca reacciones y emociones como miedo, ansiedad y urgencia, que, a su vez, pueden inclinarnos a decisiones más agresivas de lo necesario. En los últimos años algunos estudios experimentales y cualitativos han podido demostrar que el estado emocional del paciente y el estilo comunicativo del médico influyen en la preferencia por una cirugía más extensa, y también que intervenciones breves de empatía pueden modular las respuestas afectivas y la confianza en el clínico.

Está documentado que una proporción significativa de pacientes con cáncer diferenciado de tiroides de bajo riesgo no necesita una tiroidectomía total para alcanzar una respuesta terapéutica excelente. La lobectomía reduce complicaciones sin comprometer resultados, y la vigilancia activa ofrece seguridad en tumores de muy bajo riesgo cuando el seguimiento está bien estructurado. Sin embargo, cuando indagamos en lo que ocurre en las entrevistas clínicas preoperatorias emergen emociones dominantes (miedo a la progresión, necesidad de *quitarlo todo*, búsqueda de *paz mental*) que sesgan la percepción de riesgo y reorientan la decisión hacia la cirugía más amplia. En consultas reales, se ha observado que muchos cirujanos responden a ese malestar primariamente con información objetiva y pedagógica (estadísticas, pronóstico), pero omiten con frecuencia la validación emocional explícita. El resultado es que la cirugía termina funcionando como tratamiento del miedo, no sólo de la enfermedad. En conversaciones entre pacientes y cirujanos se ha constatado que ambos reconocen miedo y ansiedad como razones para elegir tiroidectomía, y describen la *paz mental* que ofrece la exéresis completa como beneficio anticipado, un beneficio emocional para el paciente y también para el profesional, aun cuando el balance riesgo-beneficio no la favorezca.

Hay que tener en cuenta que los pacientes no deciden sólo con probabilidades; deciden, como personas, con temores, experiencias, creencias y valores. La psicología de la decisión demuestra que, cuando la evaluación afectiva y el cálculo cognitivo divergen, el afecto domina y puede sesgar la elección lejos de los propios valores. En el ámbito del tiroides, se ha documentado que la ansiedad por la palabra *cáncer* o algunos de sus eufemismos eleva la preferencia por una cirugía más extensa, que la anticipación de *vivir con cáncer dentro* alimenta la urgencia, y que la falta de apoyo emocional explícito durante la consulta degrada la calidad del proceso deliberativo. La evidencia experimental, sin embargo, ofrece datos esperanzadores. Se ha demostrado que micro-intervenciones empáticas, tales como frases de validación, pausas, reconocimiento de la emoción, o asegurar el acompañamiento, reducen la ansiedad inmediata tras recibir malas noticias y elevan la confianza en el médico.

El periodo preoperatorio, de vital importancia en el tratamiento de pacientes con cáncer de tiroides, concentra varias necesidades no cubiertas. Los pacientes señalan como demanda central una relación sólida con el cirujano, sostenida por apoyo informativo y emocional. Y también respeto a su individualidad. Quieren información personalizada, tiempo para preguntar, respuestas concretas, y un enfoque que integre su vida cotidiana y sus temores. Cuando el clínico o el cirujano satisface estas necesidades, el paciente se siente tranquilo, seguro y preparado; cuando no ocurre así, la angustia aumenta, especialmente si percibe minimización de sus preocupaciones o prisa en el proceso. La falta de tiempo para preguntas y la uniformidad del mensaje informativo son dos factores que erosionan la alianza terapéutica. Además, en el contexto actual de sobreexposición digital y sobreinformación sin filtros, los pacientes suelen consultar a fuentes externas (internet,

conocidos, familiares, profesionales no especialistas) que pueden amplificar el miedo. Reforzar el papel de los médicos con experiencia como fuente principal de información es la mejor medida para amortiguar esa deriva y devolver sosiego y control al paciente.

El momento del diagnóstico supone una avalancha de emociones, prisas, dudas y preguntas. Ese estado afecta la capacidad de ponderar riesgos y beneficios y la toma racional de decisiones. En análisis cualitativos de consultas reales, los pacientes expresan preocupación por la cirugía, por la cicatriz, por la voz, por el tratamiento hormonal y, sobre todo, por la posibilidad de extensión del tumor o de recidiva. La elección de *quitar todo* aparece como estrategia para conseguir certidumbre y acallar la ansiedad; la vigilancia activa, en cambio, se asocia al temor de convivir con incertidumbre. Sin una reordenación afectiva que reconozca y contenga ese malestar, la deriva hacia sobretratamiento está servida. La alternativa no es *menos ciencia*, sino más humanidad con la misma ciencia: nombrar el miedo, explicar sin prisa, mostrar acompañamiento, y recordar que existe más de una opción válida y que *no hay prisa*. Este estilo, documentado en estudios, reduce la ansiedad y aumenta la satisfacción; además, abre espacio para que la elección sea coherente con valores y riesgos reales.

La confianza es la moneda de cambio de la medicina y se construye en acto médico mediante elementos como escucha activa, validación de la emoción, reconocimiento de la biografía del paciente y adaptación del plan a sus condiciones particulares (laborales, familiares, culturales). Los pacientes valoran el contacto visual, el lenguaje claro, la disponibilidad para considerar opciones y riesgos, y una sensibilidad particular hacia la voz, la estética y el rol profesional. Cuando perciben esta actitud, la confianza crece, la vivencia preoperatoria se humaniza y el proceso de decisión se serena. Ensayos recientes con visitas virtuales estandarizadas han mostrado que reforzar la comunicación emocional eleva la percepción de empatía y la confianza en el médico. Esto es especialmente importante en la actual época de amplio uso de la telemedicina: la empatía se percibe incluso a través de la pantalla y contribuye a establecer una relación de confianza.

La comunicación empática bien estructurada beneficia al paciente, al profesional y al sistema sanitario. Reduce morbilidades asociadas a intervenciones innecesarias, evita costes por complicaciones, reingresos y tratamientos crónicos evitables, mejora la calidad de vida percibida, y refuerza indicadores de experiencia del paciente. En los pacientes con cáncer de tiroides, cubrir las necesidades informativas y emocionales preoperatorias reduce la angustia, mejora satisfacción y prepara mejor para el tratamiento. Además, los resultados de estudios recientes sugieren que el apoyo emocional sostenido mejora la ansiedad, la autogestión, el sueño, la adherencia y la satisfacción tras la cirugía tiroidea, con un potencial retorno en eficiencia y resultados percibidos. La gestión sanitaria no debería

ser ajena a estos conceptos. El diseño de políticas que formen a los profesionales en comunicación empática, que midan sistemáticamente la experiencia del paciente e incentiven decisiones compartidas ajustadas al riesgo puede disminuir el sobretratamiento y favorecer la vigilancia activa o la lobectomía cuando corresponda.

Son varias las propuestas concretas que pueden ofrecerse para pasar de los datos teóricos de la evidencia científica a la práctica clínica real. Entre ellas se encuentran la preparación de la entrevista clínica, tratando de informar con claridad, validar emociones, personalizar decisiones y dar tiempo para responder. Estructurar la información que se da a los pacientes permite individualizar riesgos y opciones con lenguaje no alarmista, evitar clichés, así como verificar la comprensión de lo hablado. Las intervenciones de apoyo emocional incluyen validar las emociones de los pacientes (*es normal sentir miedo al escuchar cáncer*), ofrecer no abandono (*tenemos tiempo, seguiremos juntos*), y visibilizar las preferencias. Algunas herramientas, como las guías visuales y documentos personalizados diseñados con pacientes, han mostrado también su utilidad. El tiempo protegido para preguntas y la decisión diferida permiten una reflexión sosegada y consultas con familiares y personas de confianza. Los protocolos para consultas virtuales incluyendo elementos empáticos reconocibles (mirada, pausas, tono, lenguaje de apoyo) aumenta la confianza de los pacientes. La formación de los profesionales debería incluir un entrenamiento en habilidades de entrevista empática, con énfasis en la escucha activa, silencios e identificación de pistas emocionales.

En conclusión, practicar la medicina con empatía no sólo mejora la relación con el paciente, sino que reduce el desgaste profesional al devolver sentido y humanidad al trabajo diario. Para el sistema, la empatía es eficiencia: menos errores por falta de información, menos recursos usados de forma improductiva, más resultados clínicos alineados con el riesgo real. En los pacientes con cáncer de tiroides, escuchar y acompañar evita cirugías innecesarias, protege la voz y la función tiroidea, y eleva la calidad de vida en una enfermedad de buen pronóstico pero alto impacto emocional. Los ensayos y estudios cualitativos son claros: la comunicación emocional aumenta la confianza, el apoyo psicológico y la continuidad consolidan beneficios en bienestar y adhesión, la precisión en el lenguaje evita un sufrimiento evitable. La técnica cura, la empatía acompaña. Juntas nos permiten practicar una medicina de calidad para el paciente, el profesional y el sistema sanitario.