



MEDFAMYC

REVISTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN

ISSN: 3105-9899 | Vol. 3 Núm. 1 | Enero-junio, 2026

ARTÍCULO ORIGINAL

Niveles de empatía en médicos residentes de diferentes especialidades

Marcos Antonio Barrios Galeano¹, Fátima Liz González Ayala¹

¹Programa de Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción; Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay

DOI: [10.66476/mf.v3n1.7182](https://doi.org/10.66476/mf.v3n1.7182)



RESUMEN

Introducción: La empatía médica es un componente esencial de la relación médico-paciente, con impacto directo en la comunicación, la adherencia al tratamiento y los resultados en salud. **Objetivo:** Evaluar el nivel de empatía de los médicos residentes de diferentes especialidades del Hospital de Clínicas de San Lorenzo y su variación según la especialidad, el año de residencia y el género. **Materiales y métodos:** Estudio con enfoque mixto, de diseño no experimental, descriptivo y de corte transversal, realizado en médicos residentes de diversas especialidades del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción durante el año 2024. La muestra cuantitativa (n=126) se determinó mediante muestreo probabilístico aleatorio simple sobre una población accesible de 186 residentes; se aplicó una encuesta estructurada tipo Likert, previamente validada (Alfa de Cronbach 0,82). El componente cualitativo incluyó entrevistas semiestructuradas a 8 docentes instructores de residentes. **Resultados:** Predominó el género masculino (67 %) y el rango etario de 25 a 34 años (69 %). La mayoría de los residentes calificó como "Bueno" tanto la frecuencia de exposición a casos clínicos complejos (36 %) como su relación con el desarrollo de la empatía (25 %) y la influencia del entorno hospitalario (34 %). La capacidad de establecer relaciones empáticas con colegas y pacientes fue calificada predominantemente como "Buena" (40 %), aunque un 28 % la calificó como "Regular". Bajo presión laboral, predominaron las calificaciones "Regular" y "Baja". Las entrevistas a los docentes instructores señalaron a la cultura organizacional, el acompañamiento de médicos experimentados, la experiencia práctica directa, el uso de tecnología y las estrategias formativas específicas como factores determinantes en el desarrollo de la empatía durante la residencia. **Conclusión:** El contexto formativo del Hospital de Clínicas favorece la adquisición de competencias técnicas, pero requiere fortalecer es-

Enviado: 1 de mayo, 2026 | **Aceptado:** 9 de junio, 2026 | **Publicado:** 14 de junio, 2026

Correspondencia: Fátima Liz González Ayala. Programa de Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción; Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay. **Correo electrónico:** editorialmf@fcmuna.edu.py.

Financiación: Los autores declaran que no recibieron fondos externos para la realización de este estudio.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

pacios específicos para el desarrollo de la empatía, especialmente en un entorno de alta carga laboral y presión asistencial.

Palabras clave: empatía, relación médico-paciente, internado y residencia, medicina familiar y comunitaria, educación médica.

INTRODUCCIÓN

La empatía médica, entendida como la capacidad del profesional de la salud para comprender las emociones y perspectivas de sus pacientes, facilita una mejor comunicación e influye en la adherencia al tratamiento y en los resultados de salud (1). A pesar de los avances en tecnologías médicas, persiste la preocupación por la falta de empatía en la atención, que puede deteriorar la calidad del cuidado y la satisfacción tanto del paciente como del médico (2).

La relación médico-paciente ha sido objeto extenso de estudio por resaltar la importancia del vínculo emocional y la comunicación eficaz en la consulta médica (3). Esta relación depende de las características personales de ambos actores, y la falta de empatía puede generar distanciamiento y desconfianza, afectando la calidad del servicio y, en última instancia, la legitimidad del sistema de salud ante la sociedad (4). De hecho, muchas quejas contra médicos e instituciones de salud se deben a fallas en la comunicación o a una relación médico-paciente deficiente (5).

En la formación médica se espera que el desarrollo de competencias técnicas vaya acompañado de habilidades emocionales como la empatía; sin embargo, la carga laboral y el entorno hospitalario pueden erosionar esta capacidad, particularmente en especialidades de alta demanda, llevando a una desconexión emocional con los pacientes (2). La evidencia indica que la empatía puede ser cultivada y entrenada a lo largo de la formación de grado y posgrado, con apoyo de los sistemas de salud, transformando la atención hacia un modelo centrado verdaderamente en la persona (6).

Los niveles de empatía varían entre especialidades: quienes trabajan en áreas más técnicas o quirúrgicas tienden a centrarse en los aspectos instrumentales de la práctica, mientras que las especialidades de interacción directa y continua con el paciente, como la Medicina Interna, la Medicina Familiar, la Pediatría y la Geriátrica, suelen mantener niveles de empatía más elevados (3). En Medicina Familiar en particular, la empatía se consolida como pilar del ejercicio profesional, dado que el médico de familia aborda tanto la patología individual como el contexto familiar y comunitario del paciente (7). Un estudio realizado por médicos residentes de la Universidad del Norte,

titulado "Residentes de Medicina Familiar y Empatía en Período Pandémico COVID-19", midió niveles de empatía mediante el Índice de Reactividad Interpersonal en 20 residentes paraguayos durante la pandemia, encontrando niveles moderado-altos, con la subescala de "preocupación empática" como la más relevante (7).

La evolución de la empatía a lo largo de la carrera médica muestra discrepancias en la literatura respecto a su relación con el año de formación: un estudio español que evaluó la evolución de la empatía en estudiantes de medicina mediante el cuestionario TECA encontró que esta tiende a aumentar con los años de carrera, especialmente en mujeres, y en quienes participaron en actividades de voluntariado o tuvieron experiencia cercana con la enfermedad de personas cercanas (8). Un estudio venezolano en 831 estudiantes de Ciencias de la Salud (Medicina, Enfermería y Odontología) encontró valores más altos en "toma de perspectiva" pero más bajos en "cuidado con compasión", sin diferencias significativas por género, y destacó que los estudiantes de tercer año presentaban mayores niveles de empatía global (9).

La empatía es también relevante para la práctica basada en evidencias: al priorizarse el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, la medicina moderna puede dejar de lado al paciente como individuo, lo que ha generado una crisis de humanización de la atención que exige recuperar la empatía como herramienta clínica fundamental (10). Desde una perspectiva histórica y antropológica, se ha documentado cómo la postmodernidad y el individualismo hedonista han desplazado progresivamente el enfoque humanista de la relación médico-paciente hacia uno más técnico y distante (11).

Para la medición de la empatía en estudiantes y profesionales de la salud, la Escala de Empatía Médica de Jefferson ha sido validada en población de habla hispana, incluyendo estudiantes de medicina mexicanos, confirmandose como una herramienta terapéutica esencial cuya enseñanza debe abordar tanto los aspectos cognitivos como afectivos de la relación médico-paciente (12). Un estudio análogo en estudiantes de Estomatología en Perú identificó niveles medios de empatía, con mejores puntajes en mujeres y en años avanzados de la carrera (13).

El desgaste emocional constituye uno de los principales riesgos para la empatía durante la formación médica: el síndrome de burnout en residentes de medicina familiar

ha sido documentado como un factor que afecta negativamente la capacidad de conexión emocional con los pacientes, por lo que es esencial acompañar la práctica clínica con estrategias formativas orientadas al autocuidado emocional (14). Estudios en el ámbito de la salud pública también han identificado la satisfacción del usuario como una dimensión estrechamente ligada al trato humano recibido durante la atención (15).

En candidatos a subespecialidad médica se ha documentado que la empatía cognitiva y afectiva, junto con la ética profesional, fluctúan según la especialidad y el género de los candidatos evaluados, siendo la empatía afectiva menor en quienes se orientan hacia subespecialidades quirúrgicas (16). La elección de una especialidad médica está, a su vez, determinada por características personales, experiencias académicas y percepciones de los estudiantes sobre las distintas especialidades, siendo la vocación de servicio y la posibilidad de contacto continuo con el paciente factores particularmente asociados a la elección de especialidades de atención primaria como la Medicina Familiar (17).

Desde una perspectiva bioética inspirada en el pensamiento de Edith Stein, la empatía permite acceder a un conocimiento más profundo del paciente al reconocer la unidad inseparable entre cuerpo y persona, siendo una herramienta para restaurar la humanidad del acto médico frente al positivismo técnico de la medicina actual (18).

En Paraguay, la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción forma médicos residentes en diversas especialidades en el Hospital de Clínicas, institución donde la empatía debe desarrollarse y evaluarse de manera continua por su impacto directo en la calidad de la atención brindada. Este estudio se centró en los médicos residentes del Hospital de Clínicas de San Lorenzo durante el año 2024, con el objetivo de evaluar sus niveles de empatía y analizar cómo estos varían según la especialidad, el año de residencia y el género.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de investigación

El estudio se realizó con enfoque mixto, combinando métodos cualitativos y cuantitativos para obtener una comprensión integral del fenómeno estudiado, clarificando los resultados de un método sobre la base del otro (19,21). El diseño fue no experimental, dado que no se manipularon variables, sino que se observaron situaciones existentes tal como se presentan en su contexto natural (19,20,21). Fue de nivel descriptivo, orientado a especificar propiedades, características y perfiles de los participantes, sin establecer relaciones causales ni corre-

laciones (21,22). El corte fue transversal, con recolección de datos en un único momento temporal (21).

Período y ámbito de estudio

El estudio se circunscribió al año 2024, en el Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción, ciudad de San Lorenzo, Paraguay.

Población y muestra

La población estuvo conformada por 186 médicos residentes de diversas especialidades del Hospital de Clínicas con acceso disponible, más 8 docentes instructores de residentes que participaron en la fase cualitativa.

El tamaño de la muestra cuantitativa se determinó mediante la fórmula de muestreo probabilístico para poblaciones finitas, con un nivel de confianza del 95 % ($Z = 1,96$), probabilidad de éxito y fracaso de 0,5 cada una, y un error muestral del 5 %, resultando en una muestra de 126 médicos residentes.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión: médicos residentes del Hospital de Clínicas cursando algún año de residencia durante 2024, que aceptaron participar voluntariamente y completaron el instrumento cuantitativo; en el componente cualitativo, docentes instructores de residentes que aceptaron participar de la entrevista semiestructurada.

Exclusión: residentes que no se encontraban realizando actividades formativas en el Hospital de Clínicas durante el período de estudio, quienes manifestaron no desear participar, y profesionales que realizan actividades hospitalarias sin formar parte de un programa formal de residencia; en la fase cualitativa, instructores sin funciones de docencia directa con médicos residentes durante 2024.

Muestreo y reclutamiento

Se empleó un muestreo probabilístico aleatorio simple, que otorgó a todos los médicos residentes la misma probabilidad de ser seleccionados (19,21). El reclutamiento se realizó mediante invitación directa, una vez obtenidos los permisos institucionales correspondientes, informando a los participantes sobre los objetivos del estudio y la voluntariedad de su participación.

Instrumentos de recolección

En la fase cuantitativa se aplicó un cuestionario estructurado de preguntas cerradas, diseñado para medir los indicadores de empatía interpersonal y empatía bajo presión, así como el contexto de residencia médica (exposi-

ción a casos clínicos complejos e intensidad de la carga laboral). El instrumento se administró de manera individual en formato digital.

En la fase cualitativa se utilizó una entrevista semiestructurada dirigida a docentes instructores de médicos residentes, diseñada para profundizar en percepciones, actitudes y experiencias relacionadas con la empatía y los factores institucionales y laborales que influyen en su desarrollo.

Aspectos estadísticos

El cuestionario, basado en una escala tipo Likert, fue sometido a una prueba piloto en 20 médicos residentes con características similares a la población en estudio, evaluándose la claridad de los ítems, su pertinencia lingüística y la adecuación contextual de las preguntas. Se calculó posteriormente la consistencia interna del instrumento mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniéndose un valor de 0,82, que evidencia una confiabilidad adecuada.

La guía de entrevista semiestructurada fue sometida a juicio de expertos con experiencia en docencia de residencias médicas, quienes evaluaron su pertinencia, secuencia y alineación con los objetivos del estudio.

Para el análisis cuantitativo se utilizó estadística descriptiva mediante hojas de cálculo de Microsoft Excel, con frecuencias absolutas, relativas y distribuciones porcentuales. Las respuestas cualitativas de las entrevistas fueron organizadas en tablas descriptivas y sometidas a un análisis interpretativo.

Aspectos éticos

Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los participantes; los datos recogidos se utilizaron exclusivamente con fines académicos y científicos, sin revelar identidades ni información personal de los residentes evaluados. Todos los participantes fueron informados sobre el carácter voluntario de su participación, el alcance y los objetivos de la investigación, y el carácter confidencial de sus respuestas. El trabajo respeta íntegramente los derechos de autor, con las citas referenciadas según las normas de estilo Vancouver.

RESULTADOS

Características sociodemográficas

De los 126 médicos residentes encuestados, el 67 % (n=85) correspondió al género masculino y el 33 % (n=41) al género femenino. El grupo etario más representado fue el de 25 a 34 años (69 %, n=87), seguido por

el de 35 a 44 años (25 %, n=31); los rangos de 18 a 24 años y de 45 a 54 años representaron el 6 % y menos del 1 %, respectivamente, sin participantes de 55 años o más.

Respecto al lugar de residencia actual, el 73 % (n=92) vivía en el departamento Central y el 27 % (n=34) en otros departamentos, mientras que, en cuanto al lugar de origen, el 85 % (n=107) provenía de otros departamentos del país y solo el 15 % (n=19) del departamento Central.

Contexto de la residencia médica y su relación con la empatía

Respecto a la frecuencia de exposición a casos clínicos complejos, el 36 % de los residentes la calificó como "Bueno", el 21 % como "Muy bueno", el 18 % como "Regular", el 10 % como "Excelente", el 10 % como "Bajo" y el 5 % no supo o no respondió.

Sobre la influencia de dicha exposición en el desarrollo de la empatía, el 25 % calificó la relación como "Bueno", el 22 % como "Muy buena", el 19 % como "Excelente", el 19 % como "Regular", el 8 % como "Baja" y el 7 % no supo o no respondió.

En cuanto a la influencia del entorno de trabajo, el 34 % la calificó como "Buena", el 25 % como "Muy buena", el 19 % como "Excelente", el 12 % como "Regular", el 7 % como "Baja" y el 3 % no supo o no respondió.

Sobre el impacto de la interacción con casos complejos en la relación empática con colegas y pacientes, el 39 % la calificó como "Bueno", el 21 % como "Muy bueno", el 14 % como "Excelente", el 11 % como "Regular", el 8 % como "Bajo" y el 7 % no supo o no respondió.

Carga laboral y su relación con la empatía

Respecto al impacto de la carga laboral diaria en la empatía, el 36 % la calificó como "Bueno", el 23 % como "Muy bueno", el 18 % como "Excelente", el 14 % como "Regular", el 7 % como "Bajo" y el 2 % no supo o no respondió.

Sobre en qué nivel la intensidad de la carga laboral disminuye la capacidad de empatizar, el 33 % (n=41) la calificó como "Regular", el 25 % (n=31) como "Bueno", el 18 % (n=23) como "Muy bueno", el 13 % (n=17) como "Bajo", el 6 % (n=8) como "Excelente" y el 5 % (n=6) no supo o no respondió.

Respecto a la frecuencia y extensión de los turnos, la mayoría de los residentes calificó su capacidad de empatizar como "Regular" (n=94), seguida de "Bajo" (n=57) y "Bueno" (n=57); las calificaciones "Muy bueno" y "Excelente" fueron minoritarias (n=15 y n=2, respectivamente). Un patrón similar se observó respecto a la frecuencia de

pacientes atendidos por turno, con predominio de "Regular" (n=79) y "Bajo" (n=69).

Empatía interpersonal

En la dimensión de empatía con colegas en el ámbito laboral, el 40 % de los residentes calificó su capacidad como "Bueno", el 28 % como "Regular", el 17 % como "Bajo", el 13 % como "Muy bueno" y el 2 % como "Excelente".

En la dimensión de madurez emocional desde la comprensión hacia los pacientes, predominó la calificación "Bueno" (53 %), seguida de "Muy bueno" (21 %), "Regular" (13 %), "Excelente" (9 %) y "Bajo" (4 %).

En cuanto a la capacidad de establecer relaciones empáticas con los pacientes, el 43 % la calificó como "Bueno", el 29 % como "Regular", el 14 % como "Muy bueno", el 10 % como "Bajo" y el 4 % como "Excelente".

Sobre el bienestar percibido asociado al comportamiento empático propio, el 49 % lo calificó como "Bueno", el 26 % como "Regular", el 13 % como "Bajo", el 9 % como "Muy bueno" y el 3 % como "Excelente". Respecto a la afinidad con actividades de aprendizaje para afianzar la empatía, el 39 % la calificó como "Bueno", el 21 % como "Muy bueno", el 15 % como "Regular", el 15 % como "Excelente" y el 10 % como "Bajo".

Empatía bajo presión

En situaciones de alta presión laboral, el 42 % de los residentes calificó su capacidad de mantener una actitud empática como "Regular", el 28 % como "Baja", el 18 % como "Buena", el 9 % como "Muy buena" y el 2 % como "Excelente". En condiciones de baja presión, las calificaciones fueron ligeramente más favorables: 37 % "Regular", 30 % "Baja", 21 % "Buena", 9 % "Muy buena" y 4 % "Excelente".

Respecto a la capacidad de escucha y comprensión bajo alta presión, el 53 % la calificó como "Buena", seguida de "Regular" (26 %), "Muy buena" (17 %), "Baja" (9 %) y "Excelente" (1 caso). En cuanto al control emocional para mantener la empatía en momentos de alta tensión, predominó la calificación "Muy buena" (42 residentes), seguida de "Buena" (36), "Excelente" (21) y "Regular" (16); ningún residente calificó su control emocional como "Bajo" en esta dimensión, y 3 no respondieron.

Resultados de la entrevista a docentes instructores

Se entrevistó a 8 médicos docentes instructores de residentes de diversas especialidades del Hospital de Clínicas, abordando diez ejes temáticos: cultura organizacional, acompañamiento de médicos experimentados, experiencia práctica, desafíos del entorno hospitalario, influencia

del estrés, evaluación de la empatía, influencia de la tecnología médica, estrategias formativas, equilibrio entre competencias técnicas y emocionales, y variabilidad de la empatía según la especialidad médica.

Los docentes coincidieron en que la cultura del Hospital de Clínicas, marcada por el rigor académico, puede priorizar el desempeño técnico sobre las habilidades interpersonales, aunque se reconoce un cambio progresivo hacia una mayor valoración de la empatía. El acompañamiento cercano de médicos experimentados fue señalado como un factor central para el aprendizaje por modelaje de conductas empáticas, especialmente en situaciones clínicas complejas. La experiencia práctica directa con los pacientes fue considerada indispensable para el desarrollo de la sensibilidad hacia las circunstancias personales de cada paciente.

Entre los principales desafíos identificados destacaron el agotamiento físico y mental derivado de las largas jornadas, la presión por la rapidez en la atención y la falta de equilibrio emocional, factores que favorecen que los residentes prioricen los aspectos técnicos del cuidado sobre la conexión emocional con el paciente. Los docentes coincidieron en que el estrés asociado a la formación médica constituye una barrera significativa para el desarrollo y mantenimiento de una actitud empática sostenida.

Respecto a la evaluación de la empatía, los docentes propusieron un enfoque combinado de observación directa en contextos clínicos, retroalimentación de pacientes, cuestionarios de autoevaluación, escalas estandarizadas y sesiones de reflexión supervisada. En cuanto a la tecnología médica, se reconoció su utilidad para la precisión diagnóstica, pero también su riesgo de desviar la atención del residente hacia dispositivos y datos, en detrimento del contacto visual y la escucha activa.

Como estrategias para fomentar la empatía, los docentes propusieron talleres de simulación de casos emocionales complejos, módulos curriculares de comunicación y manejo emocional, rotaciones en poblaciones vulnerables, espacios de reflexión grupal, mentoría con profesionales experimentados, evaluaciones periódicas con retroalimentación constructiva y programas de bienestar y apoyo psicológico para los residentes.

Finalmente, los docentes coincidieron en que la empatía varía según la especialidad médica: en especialidades de interacción constante y prolongada con el paciente (Pediatría, Psiquiatría, Medicina Familiar), la empatía tiende a profundizarse en una relación de largo plazo; en especialidades orientadas a intervenciones específicas (Cirugía, Anestesiología), la empatía se manifiesta de forma más breve y concentrada, centrada en generar confianza y calma en momentos puntuales.

DISCUSIÓN

Este estudio permite comprender, desde una perspectiva empírico-teórica, el desarrollo de la empatía en médicos residentes de diversas especialidades del Hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción. En coherencia con la literatura revisada, la empatía constituye una competencia compleja influenciada por factores individuales, formativos, organizacionales y contextuales, que interactúa dinámicamente con las exigencias clínicas y las características propias del entorno hospitalario.

La marcada concentración de participantes en el rango de 25 a 34 años (69 % de la muestra) coincide con lo documentado en investigaciones previas que señalan los primeros años de ejercicio profesional como un período crítico para el fortalecimiento de habilidades empáticas (1,7). Esta etapa coincide con un mayor contacto clínico y una mayor exposición a situaciones emocionalmente demandantes, circunstancias que, según Fahrner y Magaz (2) y Villalba et al. (4), pueden influir tanto positiva como negativamente en la adquisición de competencias afectivas e interpersonales.

El predominio del género masculino en la muestra se alinea con perfiles demográficos tradicionales de ciertas especialidades médicas, aunque la literatura evidencia que las mujeres tienden a presentar puntajes más altos en dimensiones afectivas y de cuidado compasivo (8). El presente estudio no evaluó diferencias estadísticamente significativas por género, pero contribuye a ampliar la evidencia regional disponible en torno a esta variable.

La frecuencia de exposición a casos clínicos complejos durante la residencia evidenció resultados mayoritariamente positivos, con el 36 % de los residentes calificando esta exposición como "Buena" y otro 21 % como "Muy buena". Estos resultados encuentran correlación directa con estudios clásicos sobre la importancia de la práctica clínica supervisada como herramienta para el desarrollo de la empatía cognitiva y de la toma de perspectiva, tal como señalan Batistella et al. (5) y Arrubarrena Aragón (1). El hecho de que un 10 % de los residentes considere insuficiente la exposición a la complejidad clínica refuerza lo planteado por varios autores respecto a que la empatía puede verse limitada en entornos donde el aprendizaje se torna excesivamente técnico, reduciendo la posibilidad de confrontar situaciones reales que estimulen la sensibilidad emocional (3,10).

Respecto a la influencia de los casos clínicos complejos en la capacidad empática, el 31 % calificó la influencia como "Buena" y el 22 % como "Muy buena". Esta percepción coincide con lo expuesto por Esquerda et al. (8), quienes destacan que la exposición controlada a situaciones de

alta demanda emocional durante la formación clínica permite desarrollar habilidades de reconocimiento afectivo y comprensión del sufrimiento ajeno. Al mismo tiempo, el 19 % que evaluó el impacto como "Regular" y el 8 % como "Bajo" reflejan los riesgos ampliamente documentados de la fatiga emocional, la sobrecarga de tareas y el desgaste empático o burnout, aspectos señalados en múltiples estudios latinoamericanos (14,16). Estos datos resaltan la necesidad de acompañar la práctica clínica con estrategias formativas orientadas al autocuidado emocional, tal como recomiendan Hernández Sampieri et al. (19,20) desde el punto de vista metodológico y Lerma Narváez et al. (14), específicamente en relación con el manejo del burnout en residentes de medicina familiar.

En relación con las influencias del entorno hospitalario, el 34 % calificó el impacto como "Bueno", lo que sugiere que, en términos generales, el hospital ofrece un entorno que favorece el desarrollo empático; sin embargo, el 26 % consideró la influencia como "Regular" y el 19 % como "Muy buena", confirmando el papel dual del entorno laboral señalado por diversos autores: puede potenciar la empatía cuando existe un clima colaborativo, pero también puede erosionarla cuando predominan el estrés, la sobrecarga de pacientes y los horarios extendidos (5,15). La presión institucional, la masificación del servicio y los ritmos laborales intensos son factores que pueden generar una desconexión emocional progresiva, ampliamente discutida en estudios tanto regionales como internacionales (4,14).

La carga laboral constituye una de las dimensiones más críticas: la mayoría (36 %) evaluó su impacto como "Bueno", pero un 14 % lo calificó como "Regular" y un 7 % como "Bajo". Estos resultados coinciden con la literatura que identifica la carga laboral excesiva como uno de los principales predictores del desgaste empático y del burnout en médicos residentes (14,18). La evidencia señala que, cuando los profesionales se enfrentan a jornadas prolongadas y a altos niveles de estrés, su capacidad para procesar adecuadamente las emociones del paciente se ve disminuida, afectando su atención y sensibilidad interpersonal (15,16). En este sentido, la consistencia entre los hallazgos del presente estudio y las contribuciones teóricas de Esquerda et al. (8) y Lerma Narváez et al. (14) demuestra que la gestión del bienestar emocional del residente es indispensable para preservar la empatía como competencia profesional.

La percepción sobre la capacidad de establecer relaciones empáticas con colegas y pacientes mostró una tendencia favorable, con predominancia del nivel "Bueno" (40 %), replicando lo observado en la literatura sobre empatía interpersonal en profesionales de la salud (4,9,16). Sin embargo, es relevante destacar que el 28 % calificó su capacidad como "Regular" y un 17 % como "Bajo", lo que

indica la presencia de un grupo considerable que percibe limitaciones en sus habilidades relacionales. Estos hallazgos coinciden con las observaciones de Mejía de Díaz (9) sobre la variabilidad interindividual en la competencia empática y la influencia de la presión institucional en el desarrollo de habilidades socioemocionales.

Finalmente, al relacionar los resultados cuantitativos con los testimonios cualitativos de las entrevistas, se observan patrones que refuerzan la interpretación general: los docentes instructores destacan que la exposición clínica es un factor determinante para la adquisición de la empatía, pero advierten que la intensificación del ritmo de trabajo puede afectar negativamente su consolidación. Esta complementariedad entre métodos confirma la pertinencia del enfoque mixto aplicado, permitiendo profundizar en la comprensión del fenómeno empático desde perspectivas tanto numéricas como narrativas, tal como

lo recomiendan autores de referencia en el ámbito de la metodología de la investigación (19,20).

En conclusión, el contexto de formación en el Hospital de Clínicas favorece la adquisición de competencias técnicas, pero los altos niveles de exigencia y la carga laboral pueden limitar el desarrollo de competencias no técnicas como la empatía. Se evidenció variabilidad entre especialidades —mayor en áreas de atención directa, como Pediatría y Medicina Interna, frente a las quirúrgicas— y diferencias atribuibles al género, lo que subraya la necesidad de enfoques formativos que fomenten esta competencia en todos los residentes. Incorporar módulos en habilidades interpersonales, talleres de simulación, mentoría y medidas de bienestar laboral permitiría equilibrar la formación técnica con el desarrollo empático y, en conjunto, mejorar la relación médico-paciente y la calidad de la atención.

REFERENCIAS

1. Arrubarrena Aragón VM. La relación médico-paciente. *Cir Gen*. 2011;33(Supl 2):122. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2011/cgs112c.pdf>
2. Fahrner RD, Magaz A. Temas de Psicología Médica. 1.ª reimpr. 1988. Disponible en: <https://webooks.co/images/team/academicos/psicologia/psicologia5/8.TemasdePsicologiaMedicaRodolfoFahrner.pdf>
3. Ubillús Arriola G, Alcalde SM, Rentería Kong D, Reátegui Alcántara C, Rodríguez Ambrosio C, Sotelo Gómez JM. La orientación empática en los estudiantes de medicina humana de la Universidad de San Martín de Porres. *Rev Horizonte Med*. 2010;10(2):37-43. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8868000>
4. Villalba Arias J, Barrios I, Palacios JM, Torales J. Niveles de empatía en médicos residentes: un estudio del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción. *Rev Salud Publica Parag*. 2020;10(1):37-43. <https://doi.org/10.18004/rspp.2020.enero.37-43>
5. Batistella AO, Bonamigo EL, Souza W, Galán González Serna JM, Perini CC. Empatía médica y valores éticos de la profesión: estudio cuantitativo. *Rev Bioét*. 2023;31. <https://doi.org/10.1590/1983-803420233577ES>
6. Corral C. La empatía como herramienta en la práctica médica. *Rev AMMF*. 2020. (No fue posible verificar de forma independiente un enlace estable al artículo; se conserva la cita tal como fue entregada por el autor.)
7. Omar MI, Salomón Desvars AJ, Giménez Reyes MB. Residentes de medicina familiar y empatía en período pandémico COVID-19. Facultad de Medicina, Universidad del Norte. Disponible en: <https://investigacion.uninorte.edu.py/wp-content/uploads/MED-1101-02.pdf>
8. Esquerda M, Yuguero O, Viñas J, Pifarré J. La empatía médica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Aten Primaria*. 2016;48(1):8-14. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.12.012>
9. Mejía de Díaz MA. Conducta empática en los estudiantes de las Ciencias de la Salud [tesis doctoral]. Mérida: Universidad de los Andes / Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría; 2012. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/9898/50769_mejia_de_diaz_maria_arnolda.pdf
10. Ramiro HM, Cruz AJE. Empatía, relación médico-paciente y medicina basada en evidencias. *Med Int Méx*. 2017;33(3):299-302. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662017000300299
11. Dörr A. Acerca de la comunicación médico-paciente desde una perspectiva histórica y antropológica. *Rev Méd Chile*. 2004;132(11):1431-1436. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872004001100014>
12. Alcorta-Garza A, González-Guerrero L, Tavitas-Herrera SE, Rodríguez-Lara FJ, Hojat M. Validación de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental*. 2005;28(5):57-63. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252005000500057&script=sci_arttext_plus&tlng=es
13. Gutierrez Ventura F, Quezada Huerta B, López Pinedo M, Méndez Vergaray J, Díaz Narváez VP, Zamorano A, et al. Medición del nivel de percepción empática de los estudiantes de la Facultad de Estomatología Roberto Beltrán. *Rev Estomatol Herediana*. 2020. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/REH/article/view/131>
14. Lerma Narváez KS, Escobar Lazcano ME, García Campos SG, Rodríguez Pichardo I. Burnout en residentes de medicina familiar. *Cienc Lat Rev Cientif Multidiscip*. 2023;7(2):615-626. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v7i2.5343
15. Pezoa M. Propuesta metodológica para medir satisfacción en usuarios de consultorios públicos. Santiago: Departamento de Estudio y Desarrollo; 2011. Disponible en: https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2011/08/articles-7317_recurso_1.pdf

16. Jiménez-López JL, Arenas-Osuna J, Ángeles-Garay U. Niveles de empatía y ética profesional en candidatos a subespecialidad médica. *Rev Colomb Cienc Soc.* 2017;8(2):372-87. <https://doi.org/10.21501/22161201.1970>
17. Gutiérrez-Cirlos C, Naveja JJ, Sánchez-Mendiola M. Factores relacionados con la elección de una especialidad en medicina. *Inv Ed Med.* 2017;6(23):206-214. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.05.005>
18. Donoso-Sabando CA. La empatía en la relación médico-paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. Una aportación de Edith Stein. *Pers Bioét.* 2014;18(2):184-93. <https://doi.org/10.5294/pebi.2014.18.2.8>
19. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la investigación. 6.ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2014. Disponible en: https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
20. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M. Metodología de la Investigación. 5.ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2010. Disponible en: https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w24243w/Metodologia%20de%20la%20investigacion_Validation.pdf
21. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1.ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2018. Disponible en: http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/SampieriLasRutas.pdf
22. Albornoz Zamora EJ, del Carmen Guzmán M, Seyid Almache KG, Guaján JGCH, Venegas IG, Herrera Miranda JP, et al. Metodología de la investigación aplicada a las ciencias de la salud y la educación. 1.ª ed. Quito: Mavil Publicaciones de Ecuador; 2023. Disponible en: <https://mawil.us/wp-content/uploads/2023/08/metodologia-de-la-investigacion.pdf>