

Empatía en Médicos Colombianos

Empathy among Colombian Physicians

Jesús Alberto Moreno-Bayona ^{1*} , Andrés Gómez-Acosta ¹ 

 *jealmoba@unipamplona.edu.co

¹ Universidad de Pamplona. Pamplona. Colombia

Recibido: 5/11/2024 aprobado: 22/05/2025

Resumen

Introducción: La empatía es un razonamiento emocional que debe ser implementado por los profesionales de la salud en los encuentros con sus pacientes, para mejorar la satisfacción por parte de estos últimos, mayor adherencia terapéutica y mejores evoluciones de sus enfermedades. **Objetivo:** Determinar el grado de empatía en médicos colombianos. **Metodología:** Estudio poblacional de corte transversal, descriptivo – comparativo, realizado en diferentes municipios colombianos, durante mayo de 2023 a mayo de 2024. La muestra fue no probabilística, obtenida mediante formato “bola de nieve”, conformada por 280 sujetos entre médicos internos, generales o especialistas. Se midieron las variables Edad, Sexo, Estado civil, formación académica, lugar de ejercicio profesional, condiciones laborales, ansiedad, depresión y empatía. Se realizaron estadísticos de frecuencias y descriptivos de cada una de las variables para posteriormente implementar estadígrafos comparativos y correlacionales. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. **Resultados:** La edad promedio fue $47,8 \text{ años} \pm 13,4$, hubo diferencias significativas en los factores que componen la escala de Jefferson de Empatía, por sexo (mayor en hombres, $p < 0,02$), estado civil (mayor en viudos, $p < 0,04$), formación (mayor en especialidades administrativas y no quirúrgicas, $p < 0,01$) y experiencia laboral (mayor empatía a mayor experiencia laboral, $p < 0,01$). Se identificaron correlaciones moderadas y significativas entre la empatía con edad ($Rho = 0,348$), años de vida profesional ($Rho = 0,354$), riesgo intralaboral ($Rho = 0,389$), agresión recibida por pacientes ($Rho = -0,229$), e indicadores de depresión ($Rho = -0,195$). **Conclusiones:** La empatía en los médicos colombianos se asocia con los años de experiencia laboral, la calidad de las condiciones laborales y se identifican diferencias entre médicos de especialidades con aquellos de áreas administrativas y no quirúrgicas. La información aportada por esta investigación puede contribuir con evidencias concretas conducentes a reflexiones acerca de la importancia de incluir en los procesos formativos en medicina escenarios para el fortalecimiento de la empatía en el ejercicio de la disciplina.

Palabras clave: Empatía; Medicina; Relación Médico-Paciente; Comunicación; Servicios de salud; Atención a la salud.

Abstract

Introduction: Empathy is an emotional reasoning that should be implemented by health professionals in their encounters with patients to improve the latter's satisfaction, adherence to treatment, and disease progression. **Objective:** To determine the degree of empathy in Colombian physicians. **Methodology:** Population-based, cross-sectional, descriptive-comparative study, conducted in different Colombian municipalities from May 2023 to May 2024. The sample was non-probabilistic, obtained by snowball sampling, and consisted of 280 subjects, including intern physicians, general practitioners, and specialists. The variables age, sex, marital status, academic training, place of professional practice, working conditions, anxiety, depression, and empathy were measured. Frequency

Forma de citar: Moreno-Bayona JA, Gómez-Acosta A. Empatía en Médicos Colombianos. Salud UIS. 2025; 57: e25v57a13. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.57.e:25v57a13>



and descriptive statistics were carried out for each variable. Comparative and correlation statistics were then carried out. A p -value $< 0,05$ was considered significant. **Results:** The average age was 47.8 years ± 13.4 , there were significant differences in the factors that make up the Jefferson Empathy scale, by sex (greater empathy in men, $p < 0,02$), marital status (greater empathy in widowers, $p < 0,04$), level of education (greater empathy in administrative and non-surgical specialties, $p < 0,01$) and work experience (greater empathy with greater work experience, $p < 0,01$). Moderate and significant correlations were identified between empathy with age ($Rho = 0,348$), years of professional experience ($Rho = 0,354$), intralabor risk ($Rho = 0,389$), aggression received from patients ($Rho = -0,229$), and depression indicators ($Rho = -0,195$). **Conclusions:** Empathy in Colombian physicians is associated with years of work experience and quality of working conditions, and differences are identified between specialty physicians with those in administrative and non-surgical areas. The information provided by this research can contribute with concrete evidence leading to reflections on the importance of including in the training processes in medicine scenarios to strengthen empathy in the practice of the discipline.

Key words: Empathy; Medicine; Physician-Patient Relationship; Communication; Health services; Health care.

Introducción

La empatía médica, definida por Halpern, Underman y Hirshfield, constituye “una clase de razonamiento emocional que le permite al médico incorporar las experiencias emocionales, como parte de las decisiones que se hacen en el ámbito clínico”¹. Cuando los profesionales de la salud son empáticos en sus encuentros con sus pacientes, generan una mayor satisfacción por parte de estos últimos, así como una mayor adherencia terapéutica, mejores evoluciones de sus cuadros clínicos y una menor conflictividad, lo que incluye menos reclamaciones legales². Además, el entrevistador empático es capaz de obtener mayor información del paciente y de mejor calidad, durante la entrevista clínica³.

La empatía del médico ejerce efectos benéficos no solo en la relación con el paciente, sino en la salud de estos. En una muestra de pacientes asmáticos en China, los médicos que demostraron mayor empatía con sus pacientes lograron una disminución de los marcadores inflamatorios (IL-6), menor ansiedad y mejor calidad de sueño en sus pacientes⁴. De otra parte, en cuanto al ambiente laboral, se identifica que la empatía correlaciona inversamente con los niveles de estrés y agotamiento laboral del profesional de la salud⁵, así como con el riesgo de padecer de síndrome de “burnout”⁶.

Se ha observado controversia en cuanto a la capacidad de los estudiantes de medicina de empatizar con sus pacientes a medida que avanzan en los planes de estudios, pues algunos estudios reportan que la empatía disminuye⁷⁻⁹, mientras que otros reportan que no^{10,11}. Según algunos estudios realizados en Colombia, en los cuales se ha evaluado la empatía entre los estudiantes de las áreas de la salud, se ha encontrado que las actividades de formación en empatía establecidas en los planes de estudio de pregrado, no han generado cambios significativos en el comportamiento de los estudiantes cuando estos abordan a usuarios de los servicios médicos¹²⁻¹⁴.

Salvo algunos estudios realizados en Malasia¹⁵, Polonia¹⁶, Países Bajos¹⁷, Estados Unidos e Inglaterra^{18,19} y Turquía²⁰, la mayoría de estudios que evalúan la empatía, incluyendo Colombia, han sido realizados en estudiantes de pregrado de medicina^{14, 21-23}, mas no en médicos internos y médicos graduados. Por lo anterior, el objetivo de la presente investigación fue determinar el grado de empatía en médicos colombianos, incluyendo aquellos que están adelantando servicio social obligatorio, médicos generales y médicos especialistas.

Metodología

Se realizó un estudio poblacional de corte transversal analítico, con una muestra no probabilística (bola de nieve), compuesta por 280 sujetos entre médicos internos, generales o especialistas, que se encontraban realizando las prácticas de último año o ejerciendo su profesión en cualquiera de los municipios de Colombia y que aceptaron participar voluntariamente en el presente estudio. Se envió por correo electrónico, vía WhatsApp® y por redes sociales a las diferentes facultades de medicina, a las asociaciones y organizaciones de médicos y de especialidades médicas legalmente constituidas en Colombia, la invitación a participar en el estudio, en la cual se anexaba un enlace a Google Forms® con la batería de instrumentos, para que esta fuera difundida entre sus asociados

y, quienes desearan hacerlo voluntariamente, realizaran su respectivo diligenciamiento y conformaran así la muestra del estudio. Dicho enlace incluyó los siguientes instrumentos: la Escala de Empatía de Jefferson²⁴ en su versión en español (**Anexo I**), compuesta por 20 ítems referidos a la interacción que tienen los médicos con los consultantes en su práctica clínica, que son respondidos cada uno con una escala tipo Likert con valores que fluctúan de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo), y que se agrupan en tres dimensiones: “Toma de perspectiva” (F1), “Cuidado compasivo” (F2) y “Ponerse en los zapatos del paciente” (F3)²⁴. Los ítems 1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 18 y 19 se puntúan de manera inversa. Este instrumento presenta unos indicadores de consistencia interna adecuados para la escala total ($\omega = .92$) y para los factores que la conforman ($\omega = .86$ para F1, $\omega = .82$ para F2 y $\omega = .70$ para F3). Para facilitar la comparación de los puntajes entre los tres factores de la escala, en este estudio se analizaron los promedios de las puntuaciones obtenidas en cada dimensión.

La batería de instrumentos incluyó la versión ultracorta del PHQ-4, validada para Colombia por Sanabria y colaboradores²⁵. Dicha presenta cuatro ítems referidos a sensaciones personales, dos de los cuales permiten operacionalizar síntomas de depresión (PHQ-2) y los otros dos síntomas de ansiedad (GAD-2), con una escala tipo Likert con valores que van de 0 a 3. La consistencia interna del instrumento es de $\alpha = 0,86$.

También hizo parte del formulario un cuestionario Ad Hoc cuya función fue operacionalizar (a través de las respuestas referidas por los participantes) las variables demográficas edad, sexo, estado civil, formación profesional, área de especialización médico-quirúrgica o administrativa (si aplicaba), área de la institución donde prestaba sus servicios profesionales (que se consideraron como variables nominales) y años continuos de experiencia ejerciendo la profesión; adicionalmente, permitió operacionalizar variables como nivel de estrés laboral percibido, percepción de condiciones externas favorables, percepción de condiciones intralaborales de riesgo (referidas a tipo de contrato, instalaciones, equipos, clima laboral y respaldo institucional), percepción de agresión por parte de un consultante y percepción de agresión por parte de un compañero de trabajo. Para cada uno de estos ítem los participantes asignaron un valor en una escala donde 0 era nulo y 10 máximo, de forma tal que se obtuvieron medidas continuas. Todos los participantes dieron su consentimiento informado por escrito, antes de diligenciar los instrumentos. El formulario fue dispuesto en línea, lo cual permitió el registro y organización automática de las respuestas, evitando posibles sesgos asociados a la digitación por parte del equipo investigador.

Para el análisis de la información, se realizaron estadísticos de frecuencias y descriptivos de cada una de las variables medidas, y posteriormente se determinó si las variables continuas del estudio, presentaban un comportamiento paramétrico o no con la implementación del estadígrafo Kolgomorov-Smirnov. Dado que no se cumplieron los supuestos de normalidad en ninguna de dichas variables, se implementaron los estadígrafos comparativos U de Mann Whitney para determinar posibles diferencias en cuanto a sexo, y Kruskall Wallis de una vía, para establecer diferencias en cuanto a estado civil, estrato socioeconómico, formación y años de experiencia. Adicionalmente, se realizó un análisis con el estadígrafo Rho de Spearman, para observar la correlación entre posibles factores predictores y las dimensiones de la empatía; finalmente, se llevó a cabo un análisis MANCOVA para determinar la combinación de factores que mejor predice la empatía médica en la muestra. Los análisis mencionados fueron realizados con el software JAMOV 2.3. ®.

Este estudio fue desarrollado conforme a lo establecido por la Declaración Universal de Principios Éticos del Psicólogo y la Declaración de Helsinki; además, esta investigación es clasificada como “sin riesgo”, de acuerdo con el Artículo 11 de la resolución 8430 de 1993, proferida por el Ministerio de Salud de Colombia. También, obtuvo aval del Comité de Ética e Impacto Ambiental de la Universidad de Pamplona, mediante código SIGP 400-156.012-008(GA317-CPP-2022).

Resultados

La muestra estuvo compuesta por 280 médicos (\bar{x} edad = 47,80 \pm 13,40 años), discriminados por ciudades de la siguiente manera: Bogotá: 65 (23,21%), Bucaramanga: 40 (14,29%), Cúcuta: 27 (9,64%), Pamplona: 14 (5,00%), Cali: 13 (4,64%), Medellín: 12 (4,29%), Floridablanca: 10 (3,57%), Cartagena: 9 (3,21%), Barranquilla: 9 (3,21%), Valledupar: 7 (2,50%) y otros municipios de Colombia 74 (26,44%), cuyas especificidades se describen en la Tabla 1.

Tabla 1. Descriptivos de la muestra y de variables consultadas

Variable	n (280)	%
Sexo		
Hombre	186	66,43
Mujer	94	33,57
Formación		
Médico General	92	32,86
Especialista médico-quirúrgico	144	51,43
Salubrista, auditor, administrativo	44	15,71
Procedencia		
Bogotá	65	23,21
Bucaramanga	40	14,29
Cúcuta	27	9,64
Pamplona	14	5,00
Cali	13	4,64
Medellín	12	4,29
Floridablanca	10	3,57
Cartagena	9	3,21
Barranquilla	9	3,21
Valledupar	7	2,50
Otros municipios de Colombia	74	26,44
Estrato Socioeconómico		
Bajo y Medio	139	49,64
Alto	141	50,36
Experiencia Profesional		
Menor o igual a 10 años	72	25,71
11-20 años	66	23,57
21-30 años	77	27,50
Mayor a 30 años	65	23,22
Estado civil		
Casado	145	51,79
Unión libre	55	19,65
Soltero	65	23,21
Divorciado	13	4,64
Viudo	2	0,71
VARIABLES MEDIDAS	$\bar{x} \pm DE$	Min-Max
Empatía total	5,62 \pm 1,13	1-7
Toma de perspectiva (F1)	5,35 \pm 1,28	1-7
Cuidado (F2)	5,41 \pm 1,65	1-7
Ponerse en los zapatos de otro (F3)	5,63 \pm 0,89	1-7
Percepción de estrés	4,65 \pm 2,62	0-10
Condiciones intralaborales de riesgo	6,03 \pm 3,10	0-10
Condiciones extralaborales de riesgo	4,44 \pm 2,72	0-10
Percepción de agresión por un paciente	2,22 \pm 2,73	0-10
Percepción de agresión por un compañero	1,85 \pm 2,59	0-10
Síntomas de depresión	1,35 \pm 1,25	1-4
Síntomas de ansiedad	1,46 \pm 1,30	1-4

$\bar{x} \pm DE$: Promedio \pm Desviación Estandar.

Se obtuvieron valores de empatía $\bar{x} = 5,62 \pm 1,13$, toma de perspectiva $\bar{x} = 5,35 \pm 1,28$, cuidado $\bar{x} = 5,41 \pm 1,65$ y ponerse en los zapatos de otro $\bar{x} = 5,63 \pm 0,89$). Adicionalmente, al aplicar los estadígrafos comparativos (U de Mann Whitney para grupos dicótomos y ANOVA de Kruskal Wallis para más de tres grupos) se identificaron diferencias significativas en las medianas de los factores que componen la escala de Jefferson de empatía, conforme a las variables sexo, estado civil, formación y experiencia laboral. Solo en el factor de estrato socioeconómico no se encontraron diferencias (**Tabla 2**).

Tabla 2. Estadísticos comparativos de las dimensiones de empatía. Mediana (Rango Intercuartílico)

Variable	Toma de perspectiva	Cuidado Compasivo	Ponerse en los zapatos del paciente	Total
Sexo				
Hombre	6,40 (1,40)	5,81 (1,75)	6,00 (2,50)	6,10 (1,68)
Mujer	6,40 (1,15)	5,88 (2,09)	5,50 (2,88)	5,90 (1,57)
<i>p-valor</i>	0,99	0,08	<0,02	0,09
Estado civil				
Casado	6,60 (1,00)	5,88 (1,38)	6,50 (2,50)	6,23 (1,32)
Unión libre	6,20 (1,35)	5,50 (2,63)	5,50 (3,50)	5,89 (2,05)
Soltero	6,30 (1,30)	5,75 (1,88)	5,50 (3,00)	5,73 (1,69)
Divorciado	6,30 (1,70)	5,88 (1,75)	5,50 (2,50)	5,92 (2,21)
Viudo	6,70 (1,10)	5,50 (1,37)	7,00 (1,00)	6,40 (0,16)
<i>p-valor</i>	< 0,023	0,41	< 0,006	< 0,040
Estrato socioeconómico				
Bajo y medio	6,40 (1,10)	5,88 (1,69)	6,00 (2,50)	6,02 (1,66)
Alto	6,40 (1,40)	5,63 (1,88)	6,00 (3,00)	5,93 (1,75)
<i>p-valor</i>	0,57	0,50	0,92	0,91
Formación				
Médico general	6,30 (1,43)	5,50 (2,06)	5,50 (2,50)	5,74 (1,80)
Esp. Médico-Quirúrgica	6,30 (1,50)	5,75 (1,91)	6,00 (3,00)	5,95 (1,78)
Otros (salud pública, administrativos)	6,60 (0,50)	6,00 (0,91)	7,00 (1,50)	6,36 (0,80)
<i>p-valor</i>	<0,002	<0,011	<0,001	<0,001
Experiencia Profesional				
0-10 años	6,05 (1,10)	5,50 (2,34)	5,00 (3,00)	5,39 (1,78)
11-20 años	5,80 (1,67)	5,44 (2,19)	5,00 (2,75)	5,50 (2,01)
21-30 años	6,60 (0,90)	6,00 (1,50)	6,00 (2,00)	6,23 (1,25)
31 años en adelante	6,80 (0,60)	6,13 (1,00)	7,00 (1,50)	6,52 (0,80)
<i>p-valor</i>	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Estadígrafos utilizados: para variables dicotómicas U de Mann Whitney. Para variables de más de tres grupos ANOVA de Kruskal Wallis.

Al implementar la Rho de Spearman se identificaron correlaciones moderadas y significativas entre las dimensiones de empatía con la edad, años de vida profesional, estrés, condiciones de riesgo intralaboral, agresión (del paciente o de un compañero) e indicadores de depresión (**Tabla 3**). Tanto la percepción de dificultades extralaborales, como la ansiedad, presentaron correlaciones bajas y con ausencia de significación estadística con las dimensiones de la empatía en la muestra evaluada, razón por la cual no se incluyen en la tabla.

Tabla 3. Matriz correlacional

Variable	Toma de perspectiva	Cuidado Compasivo	Ponerse en los Zapatos del paciente	Total
Edad	0,342**	0,232**	0,350**	0,348**
Años de experiencia profesional	0,336**	0,236**	0,354**	0,354**
Estrés	-0,088	-0,041	-0,135*	-0,103
Condiciones Intralaborales de Riesgo	0,418**	0,373**	0,312**	0,389**
Agresión paciente	-0,246**	-0,168**	-0,227**	-0,229**
Agresión compañero	-0,209**	-0,134*	-0,185**	-0,194**
Depresión	-0,182**	-0,108	-0,199**	-0,195**

Estadígrafo utilizado: Rho de Spearman.

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Por último, un modelo MANCOVA refiere las variables y covariables que predicen a los factores de la empatía. De acuerdo con el modelo, se identifica que la formación, la experiencia en años y la percepción de dificultades intralaborales (asumidas como variables independientes) son predictoras de la empatía, dados los valores de trazas de Pillai y Hotelling cercanos a 0, así como la Lambda de Wilks cercana a 1.0; no obstante, la formación (asumida como variable independiente) y la experiencia (asumido como covariable) en interacción muestran valores que no son estadísticamente significativos (**Tabla 4**).

Tabla 4. Indicadores del MANCOVA de predictores de la empatía en la muestra

		valor	F	p
Formación	Traza de Pillai	0,0840	3,888	< ,001
	Lambda de Wilks	0,916	3,938	< ,001
	Traza de Hotelling	0,0906	3,987	< ,001
Experiencia profesional	Traza de Pillai	0,1805	5,697	< ,001
	Lambda de Wilks	0,823	5,988	< ,001
	Traza de Hotelling	0,2119	6,207	< ,001
Formación * Experiencia Profesional	Traza de Pillai	0,0473	0,713	0,800
	Lambda de Wilks	0,953	0,712	0,801
	Traza de Hotelling	0,0486	0,711	0,802
Percepción de Condiciones Intralaborales	Traza de Pillai	0,1756	18,813	< ,001
	Lambda de Wilks	0,824	18,813	< ,001
	Traza de Hotelling	0,2130	18,813	< ,001

* En interrelación con.

Discusión

En este estudio se encontró mayor empatía en médicos hombres que en mujeres, a pesar de que dicha diferencia solo fue significativa en la dimensión de “ponerse en los zapatos del paciente”, contrario a lo referido en otros estudios donde encontraron que las mujeres demostraron mayor empatía que los médicos hombres ^{25,26}. De igual forma, el presente estudio mostró mayor empatía en médicos con mayor tiempo de experiencia laboral, similar a lo encontrado por Subramanian et al. ²⁷.

Se identificaron diferencias significativas en cuanto a los puntajes de empatía y sus dimensiones en personas casadas o viudas, en contraste con las otras opciones de estado civil (soltero, unión libre y divorciado); al respecto, se podría inferir que aquellos médicos de la muestra que presentan un vínculo fuerte con su pareja (incluso en su ausencia) podrían tener mayor facilidad para tener mayor conexión emocional²⁸ y comprender las necesidades y el sufrimiento del otro²⁹, de tal forma que pueden ajustar de manera más apropiada su comportamiento hacia los demás, incluyendo a sus pacientes.

En cuanto al tipo de especialidad médica, en este estudio se encontró que las especialidades no quirúrgicas (en funciones administrativas o de salud pública) demostraron más empatía en comparación con las especialidades quirúrgicas, similar a lo encontrado por Subramanian et al.^{26,27}. Esto podría relacionarse con condiciones altamente estresantes propias de algunos servicios asistenciales en Colombia como pueden ser urgencias o en unidades de cuidados intensivos²⁸, dentro de las cuales se identifican agresiones de pacientes o compañeros, así como la percepción de riesgo intralaboral representada en condiciones inadecuadas para la práctica médica (cantidad desbordada de usuarios, instalaciones precarias, falta de insumos, agresiones por parte de los pacientes o compañeros de trabajo, entre otros) que, en ciertos momentos, podrían plantear situaciones que pueden desafiar el control emocional de los médicos y demás personal de salud, con implicaciones en una menor predisposición para demostrar comportamientos empáticos²⁹. Esta situación quizás explique por qué los médicos de los centros asistenciales tienden a ser menos empáticos, pues se desenvuelven en condiciones laborales de un modelo de salud que prioriza la sostenibilidad fiscal por encima del bienestar y calidad de vida de los pacientes y del personal de salud, como el caso del modelo mercantil de la salud colombiano^{30,33}.

También aparece como un posible factor asociado a la empatía niveles bajos en indicadores de depresión en la muestra; si bien la correlación se mantiene en magnitudes bajas, es estadísticamente significativa, lo cual puede asociarse a la predisposición de las personas con depresión a manifestar más síntomas de despersonalización y fatiga³¹, así como dificultades para regular sus propias emociones³² no obstante, los puntajes de empatía no correlacionaron de forma significativa con el estrés, por lo que dicho análisis debe aún considerarse con precaución, e invita a realizar nuevas aplicaciones que provean mayor evidencia al respecto.

Por su lado, una revisión sistemática encontró que la empatía disminuye a medida que se aumentan los años de estudio en pregrado y residencia, así como a medida que se aumenta el ejercicio profesional⁸; en esta investigación, no se identifica dicha tendencia, pues a mayor grado académico de los médicos y más años de experiencia se documenta mayor predisposición empática, aunque ambas variables, en interacción, muestren que el efecto en la predicción no sea claro. Esto amerita ulteriores estudios que permitan aportar evidencia más concluyente al respecto.

Watari et al. encontraron mayor empatía en médicos generales, médicos mujeres y médicos que ocupan cargos administrativos¹⁹. En este estudio se evidencia una tendencia similar, pues las especialidades no quirúrgicas como la medicina interna obtuvieron mayores puntajes en la Escala de Jefferson, comparados con los obtenidos por las especialidades quirúrgicas. De igual forma, otro estudio encontró que, los médicos internistas con edades menores de 28 años mostraron menor empatía, contrario a lo observado en los médicos cirujanos²⁰, hallazgo que concuerdan con los datos obtenidos en nuestra investigación. En cuanto a médicos con tiempos de empleabilidad menores a 10 años, estos mostraron mayor empatía, aspecto que contrasta con lo encontrado en nuestro estudio, en donde a mayor experiencia laboral presentaron mayor empatía. Esto podría explicarse porque un mayor contacto con diferentes perfiles de pacientes en el tiempo permitiría mayor disposición a la escucha y consciencia de las condiciones en que estos viven y por las cuales desarrollan las patologías que subyacen a los motivos de consulta.

Limitaciones y proyecciones del estudio

Dentro de las limitaciones del presente estudio, se pueden mencionar, el tamaño de la muestra y su forma de selección (a conveniencia, mediante “bola de nieve”), que puede corregirse en un posterior estudio con un muestreo probabilístico estratificado; también se ubica como limitación la proporción en el número de médicos encuestados por especialidad médica, lo cual permitiría que las inferencias del análisis comparativo fueran

generalizadas; no obstante, se admite que la empatía, como cualquier otra variable psicosocial, puede fluctuar en función del tiempo y de otras consideraciones del contexto cultural e histórico, por lo que si se hubiera podido tener un muestreo probabilístico, este marcaría solo la tendencia del comportamiento de dicha variable en un grupo y momento específicos. Así mismo, otra limitación de esta investigación es el no poder diferenciar si la institución donde laboraba cada uno de los participantes era de carácter público o privado, lo cual puede influenciar los resultados obtenidos.

Conclusiones

Se encontró que la empatía en los médicos colombianos es mayor en aquellos profesionales con más años de experiencia laboral, en los que gozan de una buena calidad de las condiciones laborales y que ejercen especialidades en áreas administrativas y no quirúrgicas. La presente investigación permitió identificar los factores sociodemográficos, de formación profesional, así como los factores intra y extra laborales que inciden en la empatía de los médicos en Colombia.

El presente estudio constituye un referente, en la medida que el primero en Colombia que describe y analiza la empatía presente en médicos graduados de este país. La información aportada por esta investigación invita a la reflexión por parte de las facultades de medicina acerca de la importancia de incluir escenarios formativos para el fortalecimiento de la empatía en el ejercicio de esta disciplina; de igual manera, se espera que los resultados de este estudio promuevan revisiones y posibles modificaciones de algunas condiciones intralaborales por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud contratantes de personal médico (tipo de contrato, instalaciones, equipos, clima laboral, respaldo institucional entre otros para el adecuado ejercicio de la profesión), ya que pueden comprometer la expresión de comportamientos empáticos por parte de los médicos (u otros profesionales); en consecuencia, es posible pensar que al abordar dichas condiciones desde los departamentos de bienestar laboral, así como en el entrenamiento de habilidades empáticas y de regulación emocional se puede aportar a una mayor calidad en la atención que, a su vez, redunde en una mayor adherencia terapéutica y un mejor pronóstico de los cuadros mórbidos de los pacientes, conforme reporta la evidencia.

Contribución de autores

JAMB: Concepción y diseño del estudio; captura de datos, análisis e interpretación de la información, redacción, revisión crítica del contenido y aprobación final del documento.

AGA: Concepción y diseño del estudio; captura de datos, análisis e interpretación de la información, redacción, revisión crítica del contenido y aprobación final del documento.

Consideraciones éticas

La investigación cuenta con aprobación del Comité de Ética e Impacto Ambiental de la Universidad, referida mediante número de aval SIGP 400-156.012-008(GA317-CPP-2022).

Conflicto de interés

Los autores declaran no presentar conflicto de intereses.

Financiación

Esta investigación fue financiada con recursos propios de los autores.

Apoyo tecnológico de IA

Los autores informan que no usaron inteligencia artificial, modelo de lenguaje, aprendizaje automático o tecnologías similares para crear o ayudar con la elaboración o edición de cualquiera de los contenidos de este documento.

Referencias

1. Underman K, Hirshfield LE. Detached concern? Emotional socialization in twenty-first century medical education. *Soc Sci Med*. 2016; 160: 94-101. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.05.027>
2. Decety J. Empathy in Medicine: What It Is, and How Much We Really Need It. *Am J Med*. 2020; 133(5): 561-566. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.12.012>
3. Costa-Drolon E, Verneuil L, Manolios E, Revah-Levy A, Sibeoni J. Medical Students' Perspectives on Empathy: A Systematic Review and Metasynthesis. *Acad Med*. 2021; 96(1): 142-154. doi: <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000003655>
4. Wu H, Zhang Y, Li S, Liu Q, Yang N. Care Is the Doctor's Best Prescription: The Impact of Doctor-Patient Empathy on the Physical and Mental Health of Asthmatic Patients in China. *Psychol Res Behav Manag*. 2020; 13: 141-150. doi: <https://doi.org/10.2147/prbm.s226706>
5. Noor M, Mehmood M, Haq A, Ul Haq S, Yaseen O, Batool A, et al. Association of Empathy and Stress in Medical Professionals. *Clinical Psychiatry*. 2020; 6: 75. <https://www.primescholars.com/articles/association-of-empathy-and-stress-in-medical-professionals-104799.html>
6. Ferreira S, Afonso P, Ramos MDR. Empathy and burnout: A multicentre comparative study between residents and specialists. *J Eval Clin Pract*. 2020; 26(1): 216-222. doi: <https://doi.org/10.1111/jep.13147>
7. Hojat M, DeSantis J, Shannon SC, Speicher MR, Bragan L, Calabrese LH. Empathy as related to gender, age, race and ethnicity, academic background and career interest: A nationwide study of osteopathic medical students in the United States. *Med Educ*. 2020; 54(6): 571-581. doi: <https://doi.org/10.1111/medu.14138>
8. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, Haramati A, Scheffer C. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med*. 2011; 86(8): 996-1009. doi: <https://doi.org/10.1097/acm.0b013e318221e615>
9. González-Díaz ES, Silva-Vetri MG, Díaz-Calzadilla P, Calzadilla-Núñez A, Reyes-Reyes A, Díaz-Narváez VP. Decline in empathy levels and sex differences in medical students from the Caribbean. *Revista Facultad de Medicina*. 2021; 69(4): 177-192. doi: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v69n4.86227>
10. Seeberger A, Lönn A, Hult H, Weurlander M, Wernerson A. Can empathy be preserved in medical education?. *Int J Med Educ*. 2020; 11: 83-89. doi: <https://doi.org/10.5116/ijme.5e83.31cf>
11. Blanco JM, Caballero F, Álvarez S, Plans M, Monge D. Searching for the erosion of empathy in medical undergraduate students: a longitudinal study. *BMJ Open*. 2020; 10: e041810. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-041810>
12. Páez-Cala ML, Castaño-Castrillón JJ. Inteligencia emocional y empatía en estudiantes de medicina de la ciudad de Manizales (Colombia). *Arch Med (Manizales)*. 2020; 20(2): 295-310. doi: <https://doi.org/10.30554/arch-med.20.2.3741>
13. García IM, García AE, Elizabeth A. Evaluación de la orientación empática en estudiantes de medicina de la Universidad de Boyacá. *Revista de Investigación en Salud Universidad de Boyacá*. 2014; 1(2): 177-92. doi: <https://doi.org/10.24267/23897325.121>
14. Alonso-Palacio LM, Ríos-García AL, Cervantes M, Arcila-Calderón C, Alonso-Cabrera J, Brown-Ríos M, et al. Empatía en estudiantes de medicina de la Universidad del Norte, Colombia. Comparación de dos grupos (2012 y 2015). *Revista de la Facultad de Medicina*. 2021; 68(2): 229-236. doi: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v68n2.70493>

15. Subramaniam T, Sasha Valuyeetham P, Kamaru Ambu V. Empathy amongst doctors: an observational study. *Med J Malaysia*. 2023; 78(3): 344-349. <https://www.e-mjm.org/2023/v78n3/empathy-amongst-doctors.pdf>
16. Bratek A, Bulska W, Bonk M, Seweryn M, Krysta K. Empathy among physicians, medical students and candidates. *Psychiatr Danub*. 2015; 27(1): 48-52, https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol27_supl/dnb_vol27_supl_48.pdf
17. Hoffstädt H, Stouthard J, Meijers MC, Westendorp J, Henselmans I, Spreeuwenberg P, de Jong P, van Dulmen S, van Vliet LM. Patients' and Clinicians' Perceptions of Clinician-Expressed Empathy in Advanced Cancer Consultations and Associations with Patient Outcomes. *Palliat Med Rep*. 2020; 1(1): 76-83. doi: <https://doi.org/10.1089/pmr.2020.0052>
18. Mroz EL, McDarby M, Arnold RM, Bylund CL, Kutner JS, Pollak KI. Empathic Communication in Specialty Palliative Care Encounters: An Analysis of Opportunities and Responses. *J Palliat Med*. 2022; 25(11): 1622-1628. doi: <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0664>
19. Watari T, Houchens N, Otsuka T, Endo T, Odagawa S, Nakano Y, et al. Differences in empathy levels among physicians based on specialty: a nationwide cross-sectional study. *Postgrad Med J*. 2023; 99(1178): 1258-1265. doi: <https://doi.org/10.1093/postmj/qgad084>
20. Korkut B, İnci H, Kalem P, Cindoruk D, Çelik E, Adahan D. A Comparison of Empathy Levels of Physicians Working in Internal and Surgical Branches: A Cross-Sectional Study. *Arch Clin Psychiatry*. 2022; 49(1): 30-35, <https://archivespsy.com/menu-script/index.php/ACF/article/view/1093>
21. Gonzalez-Santos D, Paredes-Olave H, Espinosa-Bejarano M, Pérez-Florez M, Gil-Palacio L. Empathy in the Doctor-Patient Relationship in Medical Students at a University in Cali. *Health Sci J*. 2022; (16): 1-9. doi: <https://doi.org/10.36648/1791-809X.16.S6.919>
22. Málaga G, Gayoso D, Vásquez N. Empathy in medical students of a private university in Lima, Peru: A descriptive study. *Medwave*. 2020; (20)4: e7905. doi: <https://doi.org/10.5867/medwave.2020.04.7905>
23. Ghardallou M, Zedini C, Sahli J, Ajmi T, Khairi H, Mtiraoui A. Psychometric properties of a French version of the Jefferson Scale of Empathy. *Int J Med Educ*. 2022; (13): 205-214. doi: <https://doi.org/10.5116/ijme.62d2.8497>
24. Díez N, García L, Rodríguez-Díez MC, Martín-Lanas R, Gea A, Costa MJ. Validation of the Jefferson Scale of Patient Perception of Physician Empathy Spanish (Spain) Version in Primary Care. *Fam Med*. 2022; 54(8): 621-628. doi: <https://doi.org/10.22454/fammed.2022.169675>
25. Sanabria-Mazo, JP, Gómez-Acosta A, Castro-Muñoz, JA, Rojas YF, Feliu-Soles A, Luciano JV, et al. Dimensionality and reliability of the online version of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in a large Colombian sample: Results from the PSY-COVID study. *Curr Psychol*. 2024; 43: 11182-11192. doi: <https://doi.org/10.1007/s12144-023-05180-1>
26. Bratek A, Bulska W, Bonk M, Seweryn M, Krysta K. Empathy among physicians, medical students and candidates. *Psychiatr Danub*. 2015; 27(1): 48-52, https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol27_supl/dnb_vol27_supl_48.pdf
27. Hojat M. *Empathy in Health Professions Education and Patient Care*. Cham: Springer International Publishing. 2016: 1-450. doi: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-27625-0>
28. Hojat M, Louis D, Maio V, Gonnella J. Empathy and health care quality. *Am J Med Qual*. 2013; 28(1): 6-7. doi: <https://doi.org/10.1177/1062860612464731>

29. Dyrbye L, Thomas M, Huntington J, Lawson K, Novotny P, Sloan J, et al. Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. *Acad Med*. 2006; 81(4): 374-384. doi: <https://doi.org/10.1097/00001888-200604000-00010>
30. Subramaniam TS, Valuyeetham PS, Kamaru Ambu V. Empathy amongst doctors: an observational study. *Med J Malaysia*. 2023; 78(3): 344-349, <https://www.e-mjm.org/2023/v78n3/empathy-amongst-doctors.pdf>
31. Decety J, Fotopoulou A. Why empathy has a beneficial impact on others in medicine: unifying theories. *Front Behav Neurosci*. 2015; 8: 457. doi: <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00457>
32. Gleichgerrcht E, Decety J. The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians. *Front Behav Neurosci*. 2014; 8: 243. doi: <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00243>
33. Chávez BM. Contributions to the transformation of the Colombian health system. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2023; 41(1): e348269. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e348269>

Anexo I. ESCALA DE EMPATÍA DE JEFFERSON

INSTRUCCIONES (EN RELACION CON EL TRABAJO MEDICO): Indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones, marcando el número más apropiado en la escala que se encuentra después de cada oración.

Utilice la escala de 7 puntos (un mayor número de escala indica un mayor acuerdo): El valor de 1 hace referencia a que usted está “totalmente en desacuerdo” y el valor de 7 hace referencia a que usted está “totalmente de acuerdo”.

1. Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico o quirúrgico.									
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de acuerdo	
2. Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos.									
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de acuerdo	
3. Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.									
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de acuerdo	
4. Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.									
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de acuerdo	
5. Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico.									
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de acuerdo	
6. Debido a que la gente es diferente, es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva del paciente.									
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de acuerdo	
7. Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica.									
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de acuerdo	
8. Poner atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento.									
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de acuerdo	
9. Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.									
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de acuerdo	
10. Mis pacientes valoran mi comprensión de sus sentimientos lo cual es terapéutico por sí mismo.									
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de acuerdo	
11. Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico o quirúrgico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto.									
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de acuerdo	
12. Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas.									
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de acuerdo	
13. Trato de entender que está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.									
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de acuerdo	
14. Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.									
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de acuerdo	
15. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual el éxito en el tratamiento es limitado.									
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de acuerdo	

16. Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.								
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de acuerdo
17. Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.								
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de acuerdo
18. No me dejo influenciar por las fuertes relaciones personales entre mis pacientes y los miembros de sus familias.								
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de acuerdo
19. No disfruto leer literatura no médica o arte.								
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de acuerdo
20. Creo que la empatía es un factor terapéutico importante en el tratamiento médico o quirúrgico.								
Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de acuerdo

¡MUCHAS GRACIAS POR SUS RESPUESTAS!