



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



HOSPITAL DE CLÍNICAS
Dr. Manuel Quintela

CORRELACIÓN ENTRE CLIMA EDUCATIVO Y EMPATÍA EN ESTUDIANTES DE MEDICINA CURSANDO EL INTERNADO OBLIGATORIO (2019-2020)

Ciclo de Metodología Científica II-2020

Grupo 45

**Fortunati Lia
Galván Lucía
Hernández Belén
Izaguirre María
Lapeyre Paula
Olivera Manuela**

**Prof. Dr. Leonardo Sosa
Asistente Dr. Camilo Castro
Asistente Dra. Luciana Silvera
Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Clínica Médica B.**

Índice

Resumen	3
Abstract	4
Introducción	5
Objetivos	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
Metodología	9
Resultados	10
Discusión de resultados	13
Conclusiones y perspectivas	15
Agradecimientos	15
Referencias Bibliográficas	16
Anexo	18

Resumen

Introducción: Existe amplia teoría e investigación que destaca que el clima educativo es un elemento básico que optimiza el proceso de aprendizaje, tanto en la formación profesional como en la humana. Asimismo, la empatía es un aspecto fundamental en las relaciones humanas. En medicina esta cualidad, en la relación médico paciente, se resignifica y contribuye a realizar un diagnóstico acertado y precoz, ayudando a optimizar los resultados. La correlación entre clima educativo y empatía es un tema poco estudiado a nivel mundial, y en Uruguay no existe bibliografía de referencia.

Metodología: Se realizó un estudio observacional transversal, con el objetivo de correlacionar el clima educativo y el desarrollo de empatía en estudiantes de medicina. Se les envió una encuesta a 231 estudiantes de Medicina cursando el ciclo de Internado Obligatorio. La encuesta incluyó el test JSPE-H para evaluar la empatía y el test D-RECT para evaluar el clima educativo. A su vez se registró la edad, el sexo, si fue practicante presupuestado o no, si contaba con otra actividad remunerada y si estaba a cargo de las actividades básicas del hogar.

Resultados: La media global de empatía fue de 35,76 y la de clima educativo fue de 165,64. Se evidenció que no existe una correlación significativa entre ambas variables ($p=0,805$). La media de empatía en el sexo femenino fue de 36,99 y la del sexo masculino fue 32,55. La diferencia entre ambas fue estadísticamente significativa ($p=0,003$).

Conclusiones: No se encontró una correlación estadísticamente significativa entre clima educativo y empatía. Del mismo modo, tampoco se evidenció una correlación entre las subdimensiones analizadas del clima educativo y la empatía. En cuanto a la empatía, se demostró que las mujeres poseen mayor autopercepción de ésta en comparación con los hombres de manera significativa.

Palabras clave: CLIMA EDUCATIVO, EMPATÍA, EDUCACIÓN MÉDICA

Abstract

Introduction: There is extensive theory and research that highlights that the learning environment is a basic element that optimizes the learning process, both in professional and human training. Likewise, empathy is a fundamental aspect in human relationships. In medicine this quality is resignified in the doctor-patient relationship, and it contributes to making an accurate and early diagnosis, helping to optimize results. The correlation between the educational environment and empathy is a topic little studied worldwide, and in Uruguay there is no reference bibliography.

Methods: A cross-sectional observational study was carried out, with the objective of correlating the educational environment and the development of empathy in medical students. A survey was sent to 231 medical students during their internship. The survey included the JSPE-H test to assess empathy and the D-RECT test to assess the educational environment. Moreover, the sex, age, whether or not they were a paid intern, whether they had another paid activity and whether they were in charge of basic household activities were recorded as well.

Results: The global mean of empathy was 35.76, and the educational environment was 165.64. It was evidenced that there is no significant correlation between both variables ($p = 0.805$). The mean of empathy in the female interns was 36.99 and that of the male interns was 32.55. The difference between the two of them was statistically significant ($p = 0.003$).

Conclusions: No statistically significant correlation was found between educational environment and empathy. Similarly, there was no evidence of a correlation between the analyzed subdimensions of educational environment and empathy. Regarding empathy, it was shown that women have a significantly greater self-perception of it compared to men.

Key Words: EDUCATIONAL ENVIRONMENT, EDUCATIONAL CLIMATE, EMPATHY, LEARNING ENVIRONMENT

Introducción

En los últimos años, se ha observado cierto interés en el clima educativo dentro del ámbito de la formación de los profesionales de la medicina y, por otra parte, se ha interiorizado en distintos aspectos que conciernen a la empatía de estos mismos profesionales en su labor. Debido a que estos aspectos de la formación de los médicos parecerían vincularse y complementarse, se propuso explorar la relación entre ambos conceptos en lo que respecta a estudiantes de la carrera de Doctor en Medicina que cursaron el ciclo de internado obligatorio en la Universidad de la República (Udelar) durante el período 2019-2020.

La justificación de la elección del tema surgió de la observación de la situación epidemiológica actual. Ante la pandemia del virus COVID-19, se han detectado dificultades en el entorno y cambios en las funciones de los estudiantes del ciclo de internado obligatorio de la carrera de Medicina de la Universidad de la República. Esta realidad puede calificarse como disparadora de la reflexión sobre el clima educativo de estos estudiantes y su impacto en el desarrollo de su empatía. Así se origina, en cierta medida, la necesidad de identificar la correlación entre estos conceptos.

Cabe destacar que la carencia de investigaciones sobre dicha correlación también contribuyó con la necesidad de realizar un estudio al respecto. A su vez, la evaluación de la situación actual en el marco del clima educativo y la empatía da lugar a la interrogante “¿existe una correlación entre el clima educativo y la empatía en los estudiantes de medicina del ciclo de internado obligatorio de la carrera de Doctor en Medicina de la mencionada universidad?”. La respuesta a dicha pregunta podría permitir visualizar si la mejora del primero podría acarrear el desarrollo de la segunda.

Para llevar a cabo el abordaje de la aparente correlación entre el clima educativo y la empatía, resulta oportuno definir dichos conceptos.

Para empezar, no existe una única definición del concepto de clima educativo. Su conceptualización resulta compleja por tratarse de un “constructo multifactorial”⁽¹⁾ en el cual se incluye la institución, el ambiente físico donde se desarrollan las actividades, los docentes a cargo, el contrato didáctico y el plan de estudio, los estudiantes y la subjetividad de cada uno para percibirlo. Por lo tanto, el clima educativo será el resultado “del conjunto de interacciones, vivencias, aspectos estructurales, emocionales y motivacionales que influyen en el proceso de

aprendizaje” (2). De la interacción de todos estos factores se conformará el clima educativo, que condiciona el comportamiento de los estudiantes y los conocimientos adquiridos.

El otro concepto del par en estudio es la empatía. Se define empatía como “la capacidad de comprender los sentimientos y emociones de los demás, basada en el reconocimiento del otro como similar” (3). En cuanto a la empatía en el rol del médico, esta es una herramienta que el profesional tiene a su favor para poder comprender la situación, perspectivas y sentimientos del paciente, “poniéndose en su lugar” y transmitiéndole este entendimiento. Todo esto favorecerá la formación de un ambiente confortable que se plasmará en un mejor vínculo médico-paciente, con los beneficios para el mejor diagnóstico y posterior tratamiento que esto conlleva.

En la búsqueda bibliográfica realizada encontramos a nivel mundial un estudio que correlaciona las variables clima educativo y empatía. El mismo fue realizado en Países Bajos entre los años 2012 y 2013, y posteriormente publicado en el año 2019. En este estudio se investigó la correlación del clima de aprendizaje con las variables: compromiso laboral, satisfacción laboral y de la especialidad, y la empatía del médico. Se realizó en residentes de cirugía y ginecología de 21 programas de formación de residencias diferentes. Para medir el clima de aprendizaje se utilizó como instrumento el test D-RECT, para medir el compromiso laboral, satisfacción laboral y de especialidad y la empatía médica se utilizaron la Escala de compromiso laboral de Utrecht (UWES-9), las medidas globales de satisfacción laboral y de especialidad con Physician Worklife Study, y la Escala de Empatía del Médico de Jefferson respectivamente. Se concluyó que no hay asociaciones entre el clima educativo y la empatía y la satisfacción de la especialidad, mientras que el compromiso y la satisfacción laboral están relacionados positivamente con el clima de aprendizaje (4).

Por otra parte, en Pakistán, en el año 2020 se publicó un estudio con el objetivo de investigar la relación entre el nivel de empatía y la percepción del clima de profesionalismo en residentes. Para esto, en el año 2017 se enviaron encuestas a 70 residentes de obstetricia y ginecología y pediatría. Para la variable empatía se utilizó la Escala de Empatía Médica de Jefferson y para el clima de profesionalismo el “Instrumento de Clima de Profesionalismo” (PCI). La relación entre estas se analizó mediante la correlación de rangos de Spearman, no encontrándose correlación entre las variables (5).

En España, en el año 2018, se realizó un estudio acerca de la visión que tienen los profesionales médicos y los pacientes sobre la empatía médica. La población objetivo fueron residentes, tutores de medicina familiar y sus pacientes. Se llegó a la conclusión de que “existe fuerte relación entre

la empatía autopercebida por los médicos y la visión que sus pacientes tienen sobre la misma.” (6).

En cuanto a los estudios sobre clima educativo elaborados mundialmente, en el año 2014, se publicó un estudio sobre la correlación entre el clima educativo y el síndrome de *burnout* que había sido realizado en 2011 en residentes de cinco programas del Hospital Italiano de Buenos Aires. Para medir el clima educativo, se utilizó el instrumento PHEEM que evalúa autonomía, soporte y enseñanza (7). En el caso del *burnout*, este se midió con el MBI que evalúa agotamiento, despersonalización y realización personal. (7) El resultado principal fue una correlación estadísticamente significativa entre el clima educacional y el síndrome de *burnout*. (7)

En España, en el año 2015, se publicó un estudio acerca de la percepción de estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud sobre las actitudes de los docentes y su influencia en el clima educativo. Se inició en el año 2011 y contó con la participación de estudiantes de Medicina, Odontología y Fisioterapia de los primeros años. Se utilizó una metodología cualitativa mediante descripciones escritas y sesiones con grupos focales (8). “El mayor número de comentarios sobre las actitudes docentes se incluyó en las categorías que los propios estudiantes denominaron “empatía y trato” y “dinámica de las clases” (8). “Los estudiantes señalaron que las actitudes y comportamientos docentes tenían un claro efecto sobre el clima de aprendizaje e indicaron la motivación/desmotivación como repercusión principal” (8)

Se indagó sobre la existencia de investigaciones o estudios, realizados a nivel nacional, cuya temática fuera la empatía, pero no fue posible identificar ningún trabajo con tal característica.

Por otro lado, en cuanto al clima educativo, en el año 2015, se publicó en Uruguay el primer estudio que evalúa la correlación entre el clima educativo y el síndrome de *burnout* en practicantes internos que cursaron en el año 2013. En él se resalta la importancia del conocimiento del clima educativo y la posibilidad de evaluar estudiantes y docentes a futuro para mejorarlo y así formar mejores profesionales (1). Esta investigación revela que un alto porcentaje de estudiantes percibe un buen clima de aprendizaje y que, en cambio, un diez por ciento de los estudiantes aseguran que su enseñanza se desarrolla en un mal ambiente educativo (1).

Los investigadores que realizaron el estudio en cuestión resaltan la importancia de este porcentaje. Si bien es un porcentaje menor, no es un dato despreciable, sobre todo teniendo en cuenta el impacto que tiene el ambiente educativo en el aprendizaje y considerando que los estudiantes se

encuentran en los primeros años de vida laboral (1). Al correlacionar el clima educativo con el *burnout*, pudieron observar que el grupo con *burnout* percibe un peor clima educativo, lo que sugiere que el *burnout* está relacionado con inconvenientes en el ambiente educativo (1), así se concluye que un mal clima educativo podría ser un factor que influya en el desarrollo del síndrome de *burnout* (1).

Otro estudio realizado en 2019 compara también el clima educativo y el *burnout*, siendo la población en estudio los residentes de medicina interna del Uruguay (9). Este análisis revela una alta prevalencia del síndrome de *burnout*. El 65.52 % de los residentes que presentaron *burnout* percibió un clima educativo negativo (9). Los investigadores señalan la importancia de reconocer los aspectos positivos del clima educativo, porque no solo mejoraría el ambiente laboral, sino que también prevendría el *burnout* en residentes de Medicina Interna.

Objetivos

Objetivo general

El objetivo de este estudio fue evaluar la correlación entre el clima educativo y la autopercepción de la empatía en una cohorte de estudiantes de Medicina que cursaron el ciclo de internado obligatorio en el período 2019-2020 en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República del Uruguay.

Objetivos específicos

- Conocer si existe alguna diferencia entre el sexo de los estudiantes y la autopercepción de empatía.
- Conocer si existe alguna diferencia entre el sexo de los estudiantes y el clima educativo.
- Explorar si la autopercepción de empatía en la población presupuestada y en la población no presupuestada difieren.
- Analizar si el clima educativo en la población presupuestada difiere de la no presupuestada.
- Conocer si la situación epidemiológica actual impactó en el desarrollo de empatía.
- Explorar cómo se relacionan las diferentes dimensiones del clima educativo con la autopercepción de empatía.

Metodología

Se realizó un estudio de tipo observacional y de correlación. El estudio tuvo lugar en las fechas comprendidas entre Junio y Julio del año 2020, durante la última rotación del internado.

En cuanto a los criterios de inclusión se consideró a estudiantes de Medicina de la Universidad de la República que cursaron el ciclo de Internado Obligatorio en el período comprendido entre 2019-2020, ya que era el único ciclo clínico de la carrera que se encontraba realizando actividades presenciales en ese momento debido a la situación epidemiológica. Esta población estaba integrada por 546 estudiantes, los cuales se encontraban realizando actividades en distintas instituciones del país.

Como estrategia de búsqueda se utilizaron encuestas personales que fueron enviadas por mail y WhatsApp a cada uno de los integrantes de la población. Las mismas fueron de carácter voluntario y anónimo.

El Clima Educativo se evaluó con el test D-RECT (*Anexo 1*) y la empatía con el test de Jefferson (JSPE-H) (*Anexo 2*). Ambos cuestionarios han sido validados al español en estudiantes de pregrado. Se les proporcionó un instructivo de llenado para facilitar la actividad.

En cuanto a las variables analizadas, el Clima Educativo se consideró como variable independiente y, la autopercepción de la empatía generada por el estudiante hacia el paciente se consideró como variable dependiente para el estudio. A su vez, se incluyeron como variables independientes el sexo, la edad, si fue practicante presupuestado o no, si contaba con otra actividad remunerada y si estaba a cargo de las actividades básicas del hogar. Estos fueron añadidos también como parte del cuestionario para ser analizados posteriormente.

La evaluación del Clima Educativo se realizó mediante el test D-RECT, validado para evaluar dicha variable en estudiantes pregrado. El test D-RECT consta de 50 preguntas divididas en 11 dominios: Supervisión, Valoración del desempeño, Retroalimentación, Trabajo en Equipo, Colaboración entre pares, Relaciones profesionales entre los tutores, Educación formal, Rol del tutor de la especialidad, y Registro del Alta del Paciente. Cada enunciado es evaluado según el grado de acuerdo con el mismo utilizando una escala de Likert, siendo 1 el menor grado de acuerdo y 5 el mayor grado de acuerdo. El puntaje máximo para este test es 160, de manera que, a mayor puntaje, mejor clima educativo (10).

Por otro lado, la empatía se evaluó según el JSPE-H, validado para medir las actitudes de estudiantes de Medicina en situaciones de atención al paciente (11). Este instrumento contiene 20 enunciados tipo Likert en una escala de siete puntos, siendo 1 fuertemente en desacuerdo, y 7 fuertemente de acuerdo. El puntaje máximo es de 60 puntos, ya que existen 10 enunciados los cuales tienen un sentido negativo en la escala. Se resta el puntaje seleccionado en las preguntas 1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 18, 19 (12).

En cuanto al análisis estadístico, se recogieron los datos en una base de tipo SPSS (paquete estadístico), utilizando un nivel de significación de 0,05, que permitió analizarlos a posteriori. A su vez, se consultó a un experto en estadística para el análisis de los datos.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética para Proyectos de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Previo a realizar el cuestionario los participantes aceptaron el consentimiento informado que se les suministró (*Anexo 3*).

Resultados

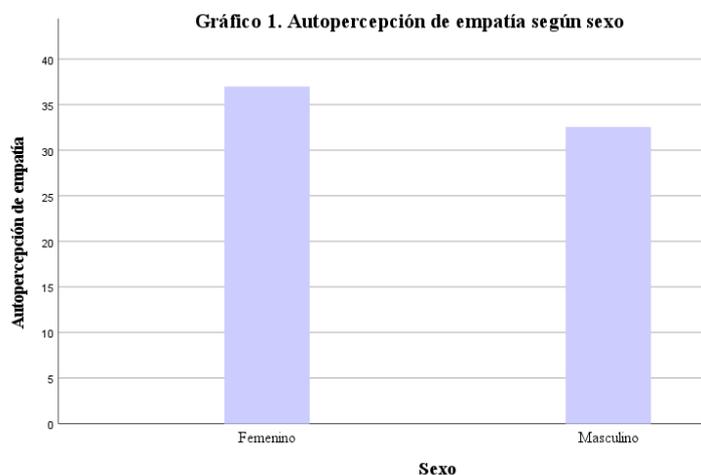
Del número total de internos, que eran 546, 158 de ellos eran hombres y 388 mujeres. La encuesta fue enviada a 498 personas, lo que representa el 91,2% del total de los internos. No fue posible enviar la encuesta a la totalidad de los estudiantes por falta de datos. Se obtuvo un total de 231 respuestas, que corresponden a un 46,4% de las enviadas. Del total de respuestas, 167 se identificaron como sexo femenino, lo que representa el 72,3%, y 64 como del sexo masculino, lo que representa el 27,7% del total.

Tabla 1.

		Total (%)
Sexo	Femenino	167 (72%)
	Masculino	64 (28%)
Edad	Media	26,96
Realiza las actividades básicas del hogar.	No	71 (31%)
	Si	160 (69%)
Practicante presupuestado	No	54 (23%)
	Si	177 (77%)
Otra actividad remunerada	No	122 (53%)
	Si	109 (47%)

Los datos demográficos analizados como edad, sexo, si fue estudiante presupuestado o no, si cuenta con otra actividad remunerada y si realiza actividades del hogar se muestran en la *Tabla 1*.

En cuanto a la empatía, se obtuvo una media global de 35,76 siendo los valores máximo y mínimo 57 y 4 respectivamente. La media de empatía en el sexo femenino fue de 36,99 (DE=9,24) y la del sexo masculino fue de 32,55 (DE=11,80) (*Gráfico 1*). Para el grupo de estudiantes



presupuestados, se obtuvo una media de 35,82 (DE=10,12), mientras que para el grupo no presupuestado se obtuvo una media de 35,57 (DE=10,52) (Tabla 2).

Con relación al clima educativo, teniendo en cuenta que el puntaje máximo posible es de 250 puntos,

se obtuvo una media global de 165,64 (DE= 33,15), siendo la media en las mujeres de 163,03 (DE=33,47) y en los hombres de 172,45 (DE=31,54). El grupo presupuestado alcanzó una media de 167,35 (DE=33,35), mientras que el grupo no presupuestado alcanzó una media de 160,04 (DE=32,15) (Tabla 2).

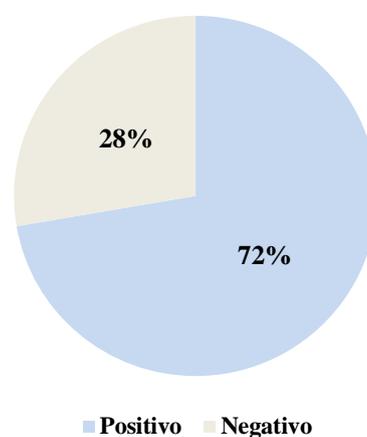
En cuanto al impacto de la situación epidemiológica sobre el desarrollo de la empatía, el 59,3% (IC 95%= 0,53;0,66) de las respuestas reflejó que influyó de alguna manera, y en el 40,7% de las respuestas reflejó que no tuvo impacto. Del 59,3%, el 72,3% (IC 95%= 0,64;0,79) respondió que la situación epidemiológica tuvo una repercusión positiva en su ciclo de internado. Por otro lado, el 27,7% consideró que tuvo un impacto negativo (Gráfico 2).

Con respecto al objetivo general, el análisis de correlación entre el clima educativo y la empatía se realizó mediante el test de correlación de Pearson, obteniéndose un $r=0.016$ y un valor $p=0.805$.

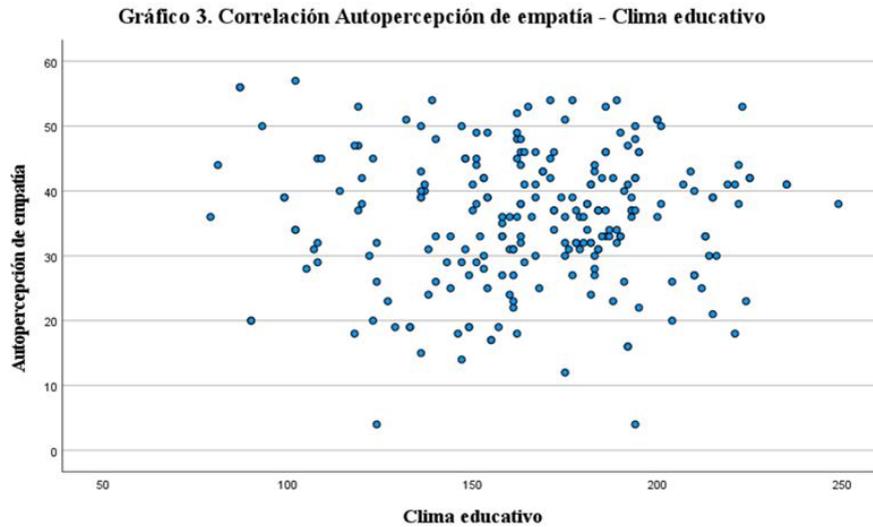
Tabla 2.

		Media	Desvio estándar
Autopercepción de empatía		35,76	10,19
Sexo	F	36,99	9,24
	M	32,55	11,81
Practicante presupuestado	No	35,57	10,52
	Si	35,82	10,12
Clima educativo		165,64	33,15
Sexo	F	163,03	33,47
	M	172,45	31,54
Practicante presupuestado	No	160,04	32,15
	Si	167,35	33,35

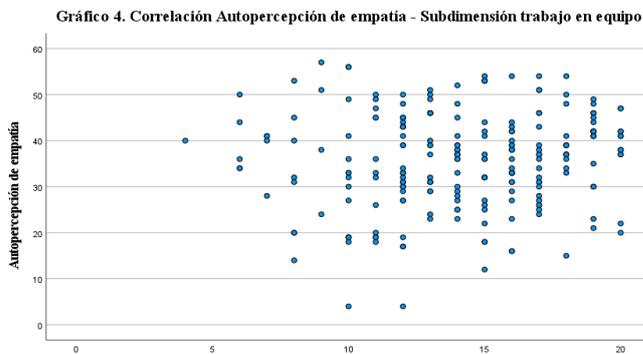
Gráfico 2. Impacto de la situación epidemiológica sobre la autopercepción de empatía



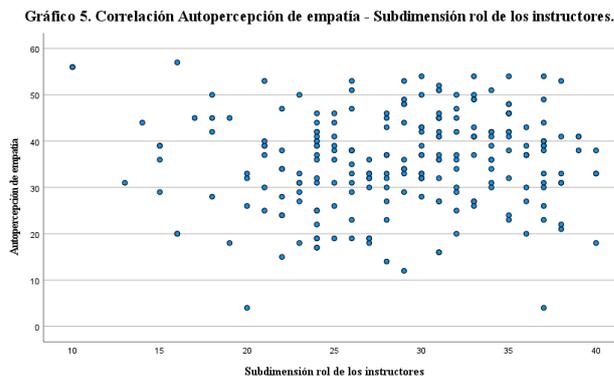
Tomando como nivel de significación un 0,05 no existe correlación significativa entre ambas variables (Gráfico 3).



Dentro de las dimensiones del clima educativo, se decidió explorar con mayor profundidad las subdimensiones “trabajo en equipo” y “rol del instructor”. En cuanto a la correlación entre la empatía y la subdimensión “trabajo en equipo”, se obtuvo un $r=0,091$ y un valor $p=0,166$ (Gráfico 4). Al explorar la relación entre la empatía y la subdimensión “rol del instructor”, se obtuvo un $r=0,053$ y un valor $p=0,425$ (Gráfico 5). Esto demostró que no existe una correlación significativa entre las subdimensiones estudiadas y la empatía.



Por otra parte, para conocer si existía una diferencia entre el sexo de los estudiantes y el clima educativo, se realizó un test t para comparar las medias de ambos sexos y se obtuvo un valor $p=0,053$. Esto indicó que la percepción del clima educativo no difirió entre ambos sexos.



Además, se investigó si la percepción de la empatía variaba según el sexo. Para esto también se realizó un test t y se obtuvo un valor $p=0,003$. Esto demostró que las estudiantes mujeres perciben mayor empatía que los estudiantes hombres.

También se valoró si la percepción de la empatía difirió entre las poblaciones presupuestada y no presupuestada, para esto se comparó las medias de empatía respectivas a cada grupo mediante un test t, obteniendo un valor $p=0,88$. Esto también se llevó a cabo para el clima educativo y se obtuvo un valor $p=0,16$. De estos resultados, se dedujo que tanto la percepción de empatía como el clima educativo no difieren entre el grupo presupuestado y el no presupuestado.

Discusión de resultados

La empatía es un conjunto de atributos y de procesos que varían de persona a persona, a lo largo de la vida. En la esfera médica es sustancialmente importante, ya que la base de su labor es lograr entender lo que está viviendo la otra persona para poder ayudarla. Por esta razón se intenta trabajar este aspecto en los estudiantes, y así obtener mejores resultados en la práctica clínica.

En este estudio no se encontró una correlación entre el clima educativo y la percepción de la empatía, lo que concuerda con estudios previos (4),(5). Se debe tener en cuenta que en este estudio no se evaluó un clima educativo único, debido a que se llevó a cabo en un grupo de estudiantes que rota por distintas instituciones y especialidades en forma simultánea.

Si bien el clima educativo global no se correlacionó con la empatía, pareció relevante analizar si aquellas subdimensiones con mayor carga afectiva influyen en esta. Sin embargo, los resultados evidencian que no existe una correlación entre clima educativo y las subdimensiones elegidas.

Con relación a la empatía según el sexo, los datos obtenidos demostraron que el sexo femenino cuenta con una mayor percepción de la empatía en relación con el sexo masculino. Esto coincide con otros estudios donde se analizó la empatía con el cuestionario Jefferson (4), (13), (14).

Dicho resultado puede deberse tanto a factores sociales como biológicos. En relación con los factores sociales, se debe tener en cuenta que existen estereotipos de género que le atribuyen a la mujer un rol de cuidadora, con mayor sensibilidad y capacidad afectiva (15).

Respecto de la percepción del clima educativo, se observó que no existen diferencias entre ambos sexos. Esto coincide con los resultados de un estudio previo (16), aunque el instrumento utilizado para analizar el clima educativo en el mismo fue DREEM y la población en estudio incluyó a estudiantes en distintos niveles de la carrera. De todas formas, los resultados obtenidos fueron

cercanos a la significación estadística, por lo que merecería seguir realizando estudios sobre estas variables.

Los datos obtenidos reflejan que no hay diferencias entre el nivel de autopercepción de la empatía y el clima educativo en relación con la calidad de estudiante presupuestado o no. Esto puede deberse a que dichas variables no dependen únicamente de la remuneración del internado, sino que hay otros factores que influyen en ellas. En el estudio “Complex and novel determinants of empathy change in medical students” (17) se evidencia que existen otros componentes que influyen significativamente en la autopercepción de empatía. El tiempo dedicado a la familia, al arte, y al servicio comunitario se correlacionó con un mayor nivel de autopercepción de empatía (17).

Con relación a la situación epidemiológica generada por la aparición del virus SARS-CoV2, parte de los internos se vio realizando otras actividades, como la atención telefónica en lugar de la práctica clínica. A su vez, en algunas rotaciones se decidió la alternancia de asistencia de manera que, por ejemplo, un grupo de estudiantes debía asistir una vez por semana. Como consecuencia, la carga horaria se vio disminuida. Si bien estas medidas fueron fundamentales para reducir el contagio del virus y facilitar la atención, cabe destacar que estas modificaron las actividades previamente estipuladas durante el internado, afectando los últimos meses de formación.

Como era esperado, la mayoría de los estudiantes respondió que esta situación impactó en la autopercepción de la empatía. Sin embargo, lo llamativo fue que gran parte consideró que lo hizo de forma positiva. Dicho hallazgo puede deberse a que, si bien la pandemia tuvo una connotación negativa en la población general, pudo haber potenciado habilidades ya adquiridas por los estudiantes, como ser la empatía.

Una de las debilidades de este estudio es el bajo índice de respuesta. Esto pudo deberse, en parte, al hecho de que la encuesta no logró ser enviada a la totalidad de los internos, por falta de datos. A su vez, la encuesta se realizó durante el último mes del internado, momento en el que muchos estudiantes cuentan con otras prioridades. Otra limitante fue el tiempo requerido para completar el formulario, debido a que se utilizó en conjunto dos encuestas extensas y se adicionaron preguntas para recolectar datos demográficos.

Asimismo, el carácter voluntario de la encuesta determinó un sesgo de selección, por lo que la población que respondió podría considerarse más motivada o, por lo contrario, tomarlo como una oportunidad para expresar su disconformidad.

Dentro de las fortalezas de este estudio, se destaca el hecho de que es el primer trabajo que estudia la correlación entre las dos variables en cuestión en estudiantes de pregrado en Uruguay. Si bien no se evidenció una correlación significativa, los datos obtenidos para la autopercepción de la empatía y el clima educativo pueden ser utilizados como base de datos para otros estudios a futuro.

Conclusiones y perspectivas

No se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el clima educativo y la empatía. Del mismo modo, tampoco se evidenció una correlación entre las subdimensiones analizadas del clima educativo y la empatía. En cuanto a la empatía, se demostró que las mujeres poseen mayor autopercepción de ésta en comparación con los hombres de manera estadísticamente significativa.

Incorporar los cuestionarios D-RECT y Jefferson en años previos de la carrera facilitaría el conocimiento de estas variables. Teniendo en cuenta estos resultados, se podrían incluir en las competencias transversales la formación de la empatía y realizar acciones dirigidas a la mejoría del clima educativo. De esta forma se potenciaría la calidad de la formación en educación médica y así la atención a los pacientes.

Agradecimientos

A Valentina Colistro por su invaluable apoyo en el análisis estadístico de este trabajo.

Referencias Bibliográficas

1. Goni M, Danza A, Urgoiti M, Durante E. Correlation between the educational environment and the burn-out syndrome in Uruguayan Medical Students residency programs. *Rev Medica Del Uruguay*. 2015;31(4):272–81.
2. Pereira Pérez Z. Las dinámicas interactivas en el ámbito universitario: el clima de aula. *Rev Electrónica Educ*. 2010;14:7–20.
3. Mayo G V., Quijano EG, Ponce DA, Ticse R. Utilización de la Escala de Empatía Médica de Jefferson en Residentes que realizan su especialización en un hospital peruano. *Rev Neuropsiquiatr*. 2019;82(2):131–40.
4. Aziz AB, Ali SK. Relationship between level of empathy during residency training and perception of professionalism climate. *BMC Med Educ* [Internet]. 2020 Sep 21 [cited 2020 Nov 2];20(1). Available from: [/pmc/articles/PMC7507236/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3481236/)
5. Lases LSS, Arah OA, Busch ORC, Heineman MJ, Lombarts KMJM. Learning climate positively influences residents' work-related well-being. *Adv Heal Sci Educ* [Internet]. 2019 May 1 [cited 2020 Nov 2];24(2):317–30. Available from: [/pmc/articles/PMC6483960/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3481236/)
6. Blanco Canseco JM, Valcárcel Sierra C, Guerra Jiménez M del C, Ortigosa Rodríguez E, García López F, Caballero Martínez F, et al. Clinical empathy among family and community medicine residents and tutors. The view of physicians and patients. *Aten Primaria* [Internet]. 2020;52(3):185–92. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.04.009>
7. Durante E. Correlation between the educational environment and burn-out syndrome in residency programs at a university hospital. *Arch Argent Pediatr*. 2014;112(1):6–11.
8. Tabera Galván MV, Álvarez Comino MJ, Hernando Jerez A, Rubio Alonso M. Percepción de los estudiantes universitarios de ciencias de la salud sobre las actitudes de los docentes y su influencia en el clima de aprendizaje. *Rev Complut Educ*. 2015;26(2):275–93.
9. Silvera L. Añón X. Carissi J. Bernardi N. Zubiaurre V. Cora M. Clima educativo y síndrome de Burnout en residentes de medicina interna en Uruguay. *Rev. urug. med. interna*. 2018;175.
10. Puyol R. Adaptación transcultural y validación del test holandés del clima de aprendizaje

- en residencias (D-RECT). 2017;
11. Borracci RA, Doval HC, Celano L, Ciancio A, Manente D, Calderón JGE. Patients' perceptions of argentine physicians' empathy based on the jefferson scale of patient's perceptions of physician empathy: Psychometric data and demographic differences. *Educ Heal Chang Learn Pract*. 2017 Jan 1;30(1):19–25.
 12. Morales-Concha L, Ccarita-Yucra K, Marroquin-Santa Cruz JA, Atamari-Anahui N. Evaluation of empathy in students of human medicine at a public university in the south sierra of Peru. *Educ Medica* [Internet]. 2018;19(6):327–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2017.04.006>
 13. Fields SK, Mahan P, Tillman P, Harris J, Maxwell K, Hojat M. Measuring empathy in healthcare profession students using the Jefferson Scale of Physician Empathy: Health provider - Student version. *J Interprof Care*. 2011 Jul;25(4):287–93.
 14. Parra Ramírez G de J, Cámara Vallejos RM. Nivel de empatía médica y factores asociados en estudiantes de medicina. *Investig en Educ Médica*. 2017 Oct 1;6(24):221–7.
 15. Montilva M, García M, Torres A, Puertas M, Zapata E. Empatía según la escala de Jefferson en estudiantes de Medicina y Enfermería en Venezuela. *Investig en Educ Médica* [Internet]. 2015;4(16):223–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2015.04.006>
 16. Palomer L, Jana M, Zuzulich S, Barriga M, Heusser MI. Medición del clima educativo y factores que influyen en su resultado. Estudio en una carrera de odontología chilena. *Rev la Fund Educ Médica* [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 2];21(2):87. Available from: www.fundacioneducacionmedica.org
 17. Sng G, Tung J, Ping YS, Lee SS, Win MTM, Hooi SC, et al. Complex and novel determinants of empathy change in medical students. *Korean J Med Educ* [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2020 Nov 2];28(1):67–78. Available from: [/pmc/articles/PMC4926943/?report=abstract](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26943/)

Anexo

ANEXO 1

Cuestionario DRECT

Subescala Supervisión
Las normas establecen claramente el momento en el cual solicitar intervención de instructor.
El grado de supervisión que recibo de mi instructor es apropiado para mi nivel de experiencia.
Está claro quién me supervisa.
Subescala Valoración del desempeño
Regularmente, me piden que fundamente mis decisiones y mis acciones.
Mis instructores me asesoran sobre el modo de comunicarme con pacientes difíciles.
Mis instructores explican espontáneamente su accionar.
Mis instructores espontáneamente evalúan mi desempeño.
Mis instructores espontáneamente evalúan las situaciones difíciles en las que estuve involucrado.
Mis instructores evalúan si mi desempeño con el paciente hospitalizado es acorde con mi nivel de entrenamiento.
Ocasionalmente, mis instructores me observan al realizar una historia clínica.
Mis instructores evalúan no solamente mi experticia médica, sino también otras habilidades como trabajo en equipo, organización o conducta profesional.
Subescala Retroalimentación
Mis instructores me brindan regularmente retroalimentación sobre mis debilidades y fortalezas.
Se utilizan herramientas de observación de la práctica profesional (por ejemplo, Mini-CEX) para brindar retroalimentación estructurada.
Se utilizan herramientas de observación (p. ej. Mini-CEX) para monitorear mi progreso.
Subescala Trabajo en Equipo
Los instructores, el personal de enfermería, otros profesionales de la salud y los residentes trabajan en equipo.
El personal de enfermería y otros profesionales de la salud hacen una contribución positiva para mi formación.
El personal de enfermería y otros profesionales de la salud están dispuestos a reflexionar conmigo sobre el cuidado de los pacientes.
El trabajo en equipo es una parte integral de mi formación.
Subescala Colaboración entre pares
Los residentes trabajan bien en forma conjunta.
Los residentes como grupo se aseguran de que el trabajo del día se lleve a cabo.
Dentro de nuestro grupo de residentes, es fácil encontrar a alguien para reemplazar una tarea.
Subescala Relaciones profesionales entre instructores
La continuidad asistencial no se ve afectada por las diferencias de opiniones entre los instructores.

Las diferencias de opiniones entre los instructores acerca del manejo del paciente son discutidas de tal manera que son educativas para los demás presentes. 24- Las diferencias de opiniones no producen un impacto negativo en el clima de trabajo.
Subescala El trabajo está adaptado a la competencia del residente
El trabajo que yo hago es proporcional a mi nivel de experiencia.
El trabajo que yo hago condice con los objetivos de aprendizaje en este nivel de formación.
Es posible hacer seguimiento de los pacientes.
Hay tiempo suficiente programado para que yo aprenda nuevas habilidades.
Subescala El rol de los instructores
Los instructores se dan tiempo para responder cada vez que se les pide consejo.
Los instructores están dispuestos a intercambiar opiniones sobre el cuidado del paciente.
No hay instructores que tengan un impacto negativo en el clima educativo.
Mis instructores me tratan como persona individual.
Los instructores me tratan con respeto.
Los instructores, cada uno a su manera, son modelos positivos para seguir.
Cuando necesito a un instructor, siempre puedo contactarme con alguno de ellos.
Cuando necesito consultar a un instructor, ellos están siempre disponibles.
Subescala Educación Formal
Los residentes, en general, pueden asistir a las actividades educativas programadas.
Las actividades educativas se llevan a cabo según lo programado.
Los instructores contribuyen activamente a brindar una educación formal de alta calidad. 4
La educación formal y las actividades de entrenamiento son adecuadas para mis necesidades.
Subescala El rol del instructor especialista
El instructor especialista monitorea el progreso de mi entrenamiento.
El instructor especialista guía a los otros instructores cuando lo necesitan.
El instructor especialista está involucrado en mejorar la calidad de la educación y del entrenamiento.
En la rotación, las evaluaciones constituyen discusiones útiles sobre mi desempeño.
Mis planes sobre el futuro son parte de la discusión.
Durante las evaluaciones, se consideran las opiniones de los otros instructores.
Subescala Registro del alta del paciente
Cuando hay una crítica sobre el manejo que he desarrollado en conjunto con mi instructor, sé que mi instructor me apoyará.
El alta de los pacientes tiene lugar en un clima de seguridad.
El alta de los pacientes se utiliza como una oportunidad de enseñanza.
Los instructores alientan a los residentes a participar en la discusión durante el alta de los pacientes.

ANEXO 2

Escala Médica de Empatía de Jefferson, en su versión al español

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

Utilice la siguiente escala de 7 puntos (un mayor número de escala indica un mayor acuerdo):

	1	2	3	4	5	6	7
	Totalmente en desacuerdo			Totalmente de acuerdo			
1. Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico.	1	2	3	4	5	6	7
2. Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.	1	2	3	4	5	6	7
4. Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente.	1	2	3	4	5	6	7
5. Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico.	1	2	3	4	5	6	7
6. La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas de la perspectiva de mi paciente.	1	2	3	4	5	6	7
7. Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica.	1	2	3	4	5	6	7
8. La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento.	1	2	3	4	5	6	7
9. Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando los estoy atendiendo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma.	1	2	3	4	5	6	7
11. Las enfermedades de mis pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto.	1	2	3	4	5	6	7
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.	1	2	3	4	5	6	7
13. Trato de entender que está pasando en la mente de mis pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal.	1	2	3	4	5	6	7
14. Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.	1	2	3	4	5	6	7
15. La empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitada.	1	2	3	4	5	6	7
16. Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.	1	2	3	4	5	6	7
17. Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.	1	2	3	4	5	6	7
18. No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias.	1	2	3	4	5	6	7
19. No disfruto leer literatura no médica o arte.	1	2	3	4	5	6	7
20. Creo que la empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico.	1	2	3	4	5	6	7

ANEXO 3

Consentimiento informado Estudio de Clima Educativo y autopercepción de Empatía en estudiantes de Medicina.

Título del estudio: Correlación entre clima educativo y empatía en estudiantes de medicina que cursaron el ciclo de internado obligatorio de la carrera

Doctor en Medicina en el periodo 2019-2020.

Nombre, dirección y teléfono del Investigador Principal: Asistente Dr. Camilo Castro. Hospital de Clínicas, Clínica Médica B. Teléfono: 094036218

Esta encuesta se desarrolló para valorar aspectos del clima educativo percibido por los estudiantes y establecer su relación con la autopercepción de empatía.-

Si luego de leer los aspectos que siguen a continuación Ud. está de acuerdo y marca **“sí, estar de acuerdo con participar”** en la pregunta inicial, podrá continuar realizando el cuestionario.

Hoja de información:

Esta encuesta incluye algunos datos patronímicos y sobre percepción de Clima educativo y empatía en estudiantes. Se utilizarán los instrumentos validados, escala Jefferson de Empatía para estudiantes de Medicina (en inglés *Jefferson Scale of Empathy-Health Professional: JSEHP*) y el cuestionario *Dutch Residency Educational Climate Test (D-RECT)* para evaluar Clima Educativo. Este tipo de estudios se realizan para poder saber más sobre aspectos relevantes de la formación como son el ambiente en que los estudiantes se forman y también la percepción que usted tiene sobre el desarrollo de la empatía.

Su participación es completamente voluntaria; si no desea hacerlo no se verá afectada su evaluación curricular. Cualquier duda que presente podrá ser enviada por correo al investigador responsable.

El Dr. Camilo Castro será quien dirija el estudio; ni él, ni los servicios involucrados recibirán un pago por realizar el estudio.

1) ¿Tendré beneficios por participar? Ud. no recibirá ningún pago, ni beneficio particular por participar.

2) ¿Tendré riesgos por participar? No, ninguna de sus respuestas influirá en las evaluaciones o sus tareas como estudiante.

3) ¿Cómo mantendrán la confidencialidad de mis datos personales? ¿Cómo harán para que mi identidad no sea conocida?

Los datos que lo/a identifique serán tratados en forma confidencial como lo exige la Ley. Los datos patronímicos serán asignados a un número con los que se trabajará. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a seis meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley N° 25.326. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de Control de la Ley N° 25.326, tiene la atribución

de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales.

4) ¿Quiénes tendrán acceso a mis datos personales? El equipo de investigación podrá acceder a las respuestas.

5) ¿Qué gastos tendré si participo del estudio? Ud. no tendrá gasto alguno por participar.

6) ¿Me darán información sobre los resultados del estudio, luego de su finalización? Luego de finalizado el estudio, el investigador responsable realizará una devolución con el informe general de resultados.

7) ¿Puedo dejar de participar en cualquier momento, aún luego de haber aceptado?

Ud. es libre de retirar su consentimiento para participar en la investigación en cualquier momento sin que esto lo perjudique en su evaluación como estudiante. Simplemente si no contesta el cuestionario, dejará de participar.

8) ¿Me pagarán por participar? No se le pagará por su participación en la encuesta.

9) ¿Puedo hablar con alguien si tengo dudas sobre el estudio o sobre mis derechos como participante de un estudio de investigación? Ante cualquier consulta enviar un mail al investigador: o llamar a 094036218

Acepto participar del estudio

Nombre y apellido: _____