

Clima del aprendizaje y autopercepción de empatía en residencias médicas de un hospital universitario: un estudio de corte transversal

Learning climate and self-perception of empathy in a teaching hospital's medical residency programs: a cross-sectional study

Mariel N. Mandel^a, Sergio Terrasa^a, Eduardo Durante^{a,b}

RESUMEN

Con el objetivo de explorar si existe correlación entre el clima de aprendizaje (CA) y la propia empatía percibida por residentes médicos, realizamos en un hospital universitario un estudio observacional de corte transversal, utilizando las escalas D-RECT (evaluación del clima educacional) y Jefferson (empatía), en el que participaron 140 residentes de 9 especialidades durante 2019 y 2020.

Documentamos una correlación baja-moderada y estadísticamente significativa (Spearman's rho: 0,34 $p < 0,0001$) entre ambos puntajes, con una confiabilidad aceptable de ambos instrumentos ($> 0,7$). Por cada 10 puntos de diferencia en la escala D-RECT, observamos una diferencia promedio de 1,80 puntos en la escala Jefferson. Este trabajo aporta nuevos indicios respecto a la correlación entre el clima de aprendizaje y la empatía médica autopercebida durante la residencia. Nuestros hallazgos sugieren una tendencia que debería ser investigada con mayor profundidad en el futuro.

Palabras clave: educación médica, internado y residencia, empatía.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2022.422>

Texto completo en inglés:

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2022.eng.422>

- a. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- b. Centro de Investigación en Educación para Profesionales de la Salud, Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia:

Mariel N. Mandel:
mariel.mandel@hospitalitaliano.org.ar

Financiamiento:

Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Conflicto de intereses:

Ninguno que declarar.

Recibido: 10-11-2021

Aceptado: 19-5-2022

INTRODUCCIÓN

La expresión "clima de aprendizaje" se refiere al modo en que el ambiente educacional es percibido o experimentado por los estudiantes.¹ Este ambiente comprende no solo las instalaciones físicas, sino también los contextos y las culturas en las que estos estudiantes aprenden, incluidas las interacciones con sus pares y sus docentes, así como la organización de actividades educacionales (currículum).

Respecto de la educación para profesionales de la salud, existe evidencia de que un mal clima de aprendizaje se asocia con peores resultados de salud de sus pacientes² y que el mal clima está asociado a mayor síndrome de desgaste profesional en los residentes médicos.³

Se denomina empatía a la competencia de un profesional de la salud para comprender la situación, la perspectiva y los sentimientos de su paciente, comunicarle dicha comprensión y actuar, sobre la base de dicho entendimiento, de una manera terapéuticamente útil.⁴

Vale destacar que la competencia empática puede ser enseñada y que existe suficiente evidencia de que una comunicación empática se asocia a una mayor satisfacción y adherencia del paciente,⁵ a una disminución de su ansiedad y su angustia,⁶ a procesos diagnósticos más eficientes y a mejores resultados clínicos.⁷

Una vez definidos estos conceptos, destacamos que en la última década autores como Brazeau⁸ y Lases,⁹ documentaron cierta correlación

Cómo citar: Mandel MN, Terrasa S, Durante E. Clima del aprendizaje y autopercepción de empatía en residencias médicas de un hospital universitario: un estudio de corte transversal. *Arch Argent Pediatr* 2022;120(6):422-428.

entre el CA y la autopercepción de empatía, sobre todo en estudiantes de medicina. La interpretación de estos hallazgos sugiere que un buen CA podría fortalecer las características empáticas de los profesionales en formación, lo que de manera recursiva también podría contribuir a un mejor CA.

Debido a que no contamos con datos locales y a que no hay estudios en residentes médicos, consideramos relevante explorar la correlación entre el CA y la autopercepción de empatía en residentes. Dado que la competencia en empatía puede entrenarse y que el CA es pasible de intervenciones de mejora, esta información permitirá contar con insumos a fin de diseñar estrategias para mejorar la formación de nuestros residentes y así optimizar los cuidados de salud de la población.

OBJETIVOS

Principales

Describir las características del clima de aprendizaje y la autopercepción de empatía en residentes médicos de un hospital universitario, de acuerdo al tipo de especialidad.

Explorar si existe correlación entre el clima de aprendizaje en el servicio clínico donde se están formando y su autopercepción de empatía.

Secundario

Estimar el peso independiente del sexo, el estatus de pareja del residente, el año de la residencia que está transitando y el tipo de especialidad que está realizando, respecto de su asociación con la autopercepción de empatía.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Diseño: estudio observacional de corte transversal.

Ámbito de estudio: residencias médicas de un hospital universitario privado.

Participantes: residentes médicos (de primero a quinto año) de diferentes especialidades médicas que fueron invitados a contestar el cuestionario entre octubre y diciembre de 2019.

Criterios de elegibilidad: fueron considerados elegibles todos los residentes médicos que al momento de contestar el cuestionario hubieran rotado al menos un mes en el servicio respecto del cual se les preguntaría sobre el clima de aprendizaje. Dado el calendario de la residencia en Argentina, elegimos los meses de octubre y noviembre como momentos óptimos para la aplicación de los cuestionarios en nuestro

hospital, ya que la finalización de cada año de entrenamiento en la residencia ocurría en ese momento durante el primer día hábil de junio (por ejemplo, pasaje del segundo al tercer año de la residencia).

Obtención de los datos: en una primera instancia fueron contactados los jefes de cada servicio o división clínica y, a través de ellos, los coordinadores de cada residencia, los residentes según la especialidad y el servicio del cual dependía su programa de formación.

Invitamos a los residentes médicos a completar la escala Jefferson de empatía para profesionales de la salud¹⁰ (en inglés *Jefferson Scale of Empathy-Health Professional: JSE-HP*) y el cuestionario D-RECT² (en inglés *Dutch Residency Educational Climate Test*) sobre clima de aprendizaje. Además, les solicitamos datos demográficos: edad, sexo, si tenían o no pareja, año de residencia, especialidad médica correspondiente a la residencia en la que se estaban formando.

La *Escala de Empatía de Jefferson* fue desarrollada por Hojat *et al.*, para evaluar la percepción que tienen los profesionales de la salud respecto de su capacidad empática.

Incluye 20 ítems que contienen una escala tipo Likert con un puntaje de 1 a 7, siendo el mayor puntaje posible 140. Las puntuaciones más altas indican una mayor autopercepción de empatía. Fue validada en español de Argentina por Doval y col., en una población de cardiólogos¹¹ y luego aplicada por Granel y col.¹² en una población de diferentes especialidades médicas.

El cuestionario D-RECT es un instrumento validado en español para medir la calidad del clima de aprendizaje. Cuenta con 50 ítems operacionalizados con una escala de Likert de 5 puntos; el puntaje máximo es 250. Comprende las siguientes dimensiones: supervisión, tutoría y asesoramiento; entrenamiento; evaluación; devoluciones (*feedback*); colaboración de pares; trabajo en equipo; relaciones entre profesionales, etc. El cuestionario D-RECT fue traducido al español de Argentina, adaptado transculturalmente y recientemente validado por un equipo en el que trabajó uno de nuestros investigadores.¹³

Estimación del tamaño muestral: fueron tomados como referencia los resultados de una investigación realizada en nuestra institución,³ donde había sido documentada una correlación moderada (coeficiente de correlación $[r] = 0,4$) entre el clima del aprendizaje y el nivel de despersonalización. Procurando contar con

un poder del 90 % y un error alfa de 0,05 para detectar una correlación entre la puntuación del clima y la autopercepción de empatía algo menor ($r = 0,35$) que la mencionada, sería necesario disponer de una muestra de un mínimo de 82 participantes.

Análisis estadístico

En una primera etapa, la información resultante fue tabulada y resumida de acuerdo al tipo de variable que la representaba.

En una segunda etapa, fue explorada gráficamente la correlación estadística entre ambos puntajes (el del clima del aprendizaje y el de autopercepción de empatía). Cuando se observó algún patrón que sugería correlación, esta fue evaluada mediante la prueba estadística de Spearman.

En una tercera etapa, realizamos un análisis multivariable para medir el peso independiente respecto de la autopercepción de empatía de las siguientes variables: el año de la residencia (primer año de residencia vs. el resto), el sexo, el estatus de pareja (con pareja estable o sin) y el tipo de especialidad.

Esta última dimensión fue modelada a través de dos conceptualizaciones: 1) la propuesta por C. Park y col.,¹⁴ que divide las especialidades en dos grandes categorías (basadas en las personas vs. basadas en la técnica/tecnología) a través de una técnica de regresión lineal; 2) la propuesta por Lases,⁹ que postula que el clima del aprendizaje tiene un comportamiento que puede modelarse interpretando cada especialidad (departamento/servicio/división) como un conglomerado (en inglés *cluster*) con un clima propio más allá del clima global de la institución, a través de ecuaciones de estimación generalizada con tratamiento robusto de las varianzas y asumiendo una matriz intercambiable de las correlaciones.

Procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación

Esta investigación no implicó intervenciones que pusieran en riesgo la salud de los participantes, ya que el equipo investigador trató confidencialmente la información recolectada, que fue guardada bajo una clave solamente conocida por la investigadora principal.

Todo el estudio de investigación se desarrolló en forma acorde a las recomendaciones de la *Guía de Investigaciones en Salud Humana* publicada por el Ministerio de Salud de la Nación, al marco regulatorio de la Ciudad Autónoma de Buenos

Aires (Ley 3301 sobre Protección de Derechos de Sujetos en Investigaciones en Salud) y a las normativas correspondientes a nivel nacional sobre la protección de datos personales (Ley 25326).

Por otro lado, los participantes brindaron consentimiento de su participación luego de informarles: 1) el propósito de la investigación; 2) que completar el cuestionario les tomaría de 30 a 40 minutos; 3) que como participante no se beneficiaría de los resultados de esta investigación, pero sí lo haría nuestra comunidad educativa; 4) que su participación sería voluntaria y que no recibiría retribución por participar ni represalias por no hacerlo; 5) que sus respuestas serían tratadas en forma confidencial.

Dado que el llenado del cuestionario supuso participación activa, se asumió que, luego de haber leído el consentimiento informado, quien comenzara a llenarlo estaría dando el consentimiento para participar.

El protocolo de esta investigación fue aprobado con el Nro. 4079 por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires.

RESULTADOS

De los 335 residentes de nuestra institución, participaron de la investigación 140 (42 %), que representaron un total de nueve especialidades médicas. Sus características demográficas se describen en la *Tabla 1*.

En la *Figura 1*, se puede analizar la estructura de confusión que representa el potencial vínculo causal entre el clima del aprendizaje y la autopercepción de empatía para la población analizada.

Descripción del clima del aprendizaje y de la autopercepción de empatía de la muestra

En la *Tabla 2* se observan los resultados totales y parciales (según tipo de especialidad) de los puntajes de autopercepción de empatía de Jefferson y de la percepción del clima de aprendizaje durante la residencia (D-RECT).

La mediana de puntaje de Jefferson en las especialidades basadas en la tecnología/técnica (anestesiología, cirugía general, tocoginecología, ortopedia y traumatología, terapia intensiva) fue de 114 (IIC: 103-122), mientras que las de las especialidades basadas en las personas (clínica, medicina familiar, pediatría, psiquiatría) fue de 119 (IIC: 109-128).

La mediana del puntaje de D-RECT en las

especialidades basadas en la tecnología/técnica (anestesiología, cirugía general, tocoginecología, ortopedia y traumatología, terapia intensiva) fue de 169 (IIC: 153-184), mientras que las de las especialidades basadas en las personas (clínica, medicina familiar, pediatría, psiquiatría) fue de 191 (IIC: 177-205).

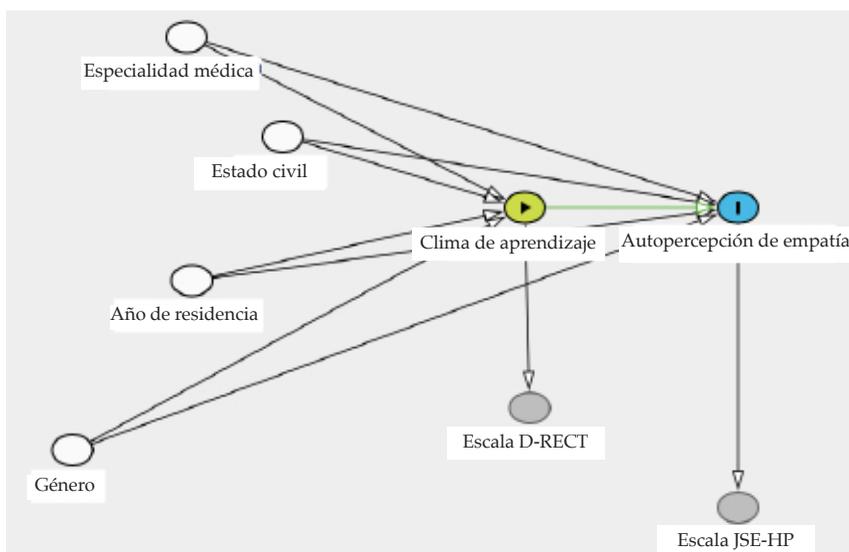
Como lo muestra la *Figura 2*, observamos una correlación baja a moderada (Spearman's rho: 0,34 $p < 0,0001$) y estadísticamente significativa entre los resultados globales del puntaje de autopercepción de empatía (Jefferson) y los de la evaluación del clima de aprendizaje durante la residencia D-RECT.

TABLA 1. Características de la muestra de residentes para evaluar la correlación entre el clima del aprendizaje y la autopercepción de empatía

Característica		n = 140	
Edad promedio (desviación estándar)		27,8 (2,22)	
Sexo femenino (%)		79 (56,4)	
En pareja (%)		54 (38,8)	
Año de la residencia (%)	1	39 (27,8)	
	2	33 (23,5)	
	3	27 (19,2)	
	4	30 (21,4)	
	5	11 (7,8)	
Especialidad médica	Orientadas a las personas (%)	CM	15 (10,71)
		MFyC	15 (10,71)
		Pediatría	19 (13,57)
		Psiquiatría	2 (1,42)
		Orientadas a la técnica/tecnología (%)	Anestesia
	Cirugía general		4 (2,85)
	Tocoginecología		11 (7,86)
	Ortopedia y traumatología		30 (21,43)
	Terapia intensiva adultos		10 (7,14)

CM: clínica médica (incluye rotantes que luego harán la especialidad de medicina onco-radiante, gastroenterología y cardiología). MFyC: medicina familiar y comunitaria.

FIGURA 1. Gráfico acíclico dirigido que representa la estructura de confusión del potencial vínculo causal entre el clima del aprendizaje y la autopercepción de empatía en una población de médicos residentes. Las flechas direccionadas representan gráficamente que el constructo que da nombre al nodo de origen podría tener alguna influencia (en más o en menos) sobre el constructo representado en el nodo de llegada



Ninguna de las tres subescalas que integran el puntaje de autopercepción de empatía de Jefferson tuvo una correlación con el puntaje D-RECT particularmente superior a las otras dos: *Perspectiva* (Spearman's rho: 0,3 $p < 0,0002$), *Cuidados compasivos* (0,27; $p = 0,0007$) y *Ponerse en los zapatos* (0,21; $p = 0,0094$).

En la *Tabla 3*, se puede observar que, independientemente del año de la residencia, el tipo de especialidad, el sexo y el estatus de pareja, por cada 10 puntos de diferencia en la escala D-RECT de percepción del clima del aprendizaje, se evidenció una diferencia promedio

cercana a 1,80 puntos en la escala Jefferson de autopercepción de empatía.

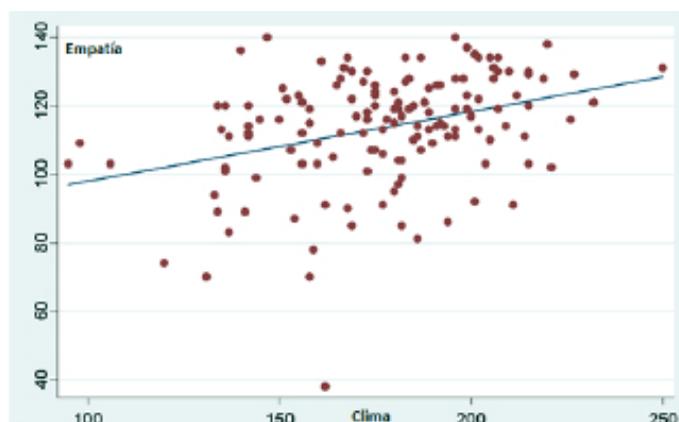
Si bien ambas estrategias de modelado arrojaron asociaciones estadísticamente significativas entre el clima del aprendizaje y la autopercepción de empatía, las diferencias documentadas (menos de dos puntos en promedio) no aparentan ser clínicamente relevantes en el contexto de una escala para la que se puede obtener un puntaje mínimo de 20 puntos y un máximo de 140, más aún cuando los resultados de nuestra muestra presentaron una desviación estándar de 16,77 puntos.

TABLA 2. Descripción de los puntajes de autopercepción de empatía de Jefferson y de la percepción del clima de aprendizaje ($n = 140$)

Escala	Dominio	Tipo de especialidad		Global (IIC)
		Basadas en la persona (IIC)	Basadas en la técnica (IIC)	
Empatía autopercebida de Jefferson	Perspectiva	59 (54-64)	59 (52-63)	59 (53-63)
	Cuidados compasivos	50 (44-53)	45 (41-50)	47 (42-52)
	Ponerse en los zapatos	11 (9-13)	10 (8-13)	11 (9-13)
	TOTAL	119 (109-128)	114 (103-122)	116 (105-125)
D-RECT de percepción del clima de aprendizaje	Supervisión	12 (10-13)	11 (9-12)	11 (10-12)
	Valoración del desempeño	29 (26-31)	26 (22-30)	28 (23-31)
	Retroalimentación	9 (7-11)	7 (5-9)	7,5 (6-10)
	Trabajo en equipo	16 (14-18)	15 (11-17)	15 (13-17)
	Colaboración entre pares	14 (12-15)	13 (12-14)	13 (12-15)
	Relación entre instructores	12 (9-13)	10 (8-12)	11 (9-12)
	Trabajo adaptado a competencias	16 (14-17)	15 (13-17)	15,5 (14-17)
	Rol de instructores	32 (30-36)	29 (25-33)	31 (26,5-34)
	Educación formal	16 (14-17)	14 (12-16)	15 (13-17)
	Rol del instructor como especialista	22 (19-24)	19 (16-21)	20 (16-23)
	Registro al alta de paciente	15 (13-18)	13 (12-15)	14 (12-16)
TOTAL	191 (177-205)	169 (153-184)	180 (158-196)	

IIC: intervalo intercuartílico. D-RECT: instrumento para medir la percepción del clima de aprendizaje durante la residencia.

FIGURA 2. Correlación estadística (análisis crudo) entre los resultados del puntaje de autopercepción de empatía (Jefferson) y del puntaje del clima de aprendizaje durante la residencia (D-RECT). La correlación fue moderada (Spearman's rho: 0,34 $p < 0,0001$)



DISCUSIÓN

En una muestra de médicos residentes de un hospital universitario privado, documentamos que la mediana del puntaje de autopercepción de empatía de Jefferson fue de 116 (IIC: 105-125), mientras que la mediana de puntaje del cuestionario D-RECT (clima de aprendizaje) fue de 180 (IIC: 158-196); sin diferencias relevantes entre las especialidades basadas en las personas y en las basadas en la técnica. Por otro lado, observamos una correlación moderada (Spearman's rho: 0,34 $p < 0,0001$) y estadísticamente significativa entre ambos puntajes.

Entre las limitaciones de la metodología empleada, destacamos que el cuestionario D-RECT contiene 50 ítems y el de Jefferson, otros 20; esto implicó un gran esfuerzo por parte de los participantes entrevistados y podría haber condicionado una deficiente predisposición a completarlo en forma reflexiva. Vale destacar que existe una versión abreviada de dicho cuestionario que cuenta con 35 ítems¹⁵ divididos en dominios (la original abarca 11 dominios) que al momento de comenzar nuestra investigación

no contaba con una versión validada en español. Recién en 2019, fueron publicados en Colombia los resultados de la validación en español de dicha escala abreviada por Domínguez y col.¹⁶

Por otro lado, nuestra muestra no fue seleccionada en forma aleatoria, sino que estuvo integrada por los 140 residentes de los nueve servicios de un único hospital universitario que aceptaron la invitación de participar en nuestra investigación. Por lo tanto, no podemos descartar que algún servicio hospitalario con un clima de trabajo peor a la media no haya estado representado en nuestra muestra. Además, el haber sido realizada en una única institución puede limitar la generalización de nuestros hallazgos.

Dado que la asociación que documentamos entre el puntaje de clima de aprendizaje y el de autopercepción de empatía fue baja a moderada, podemos interpretar que nuestros resultados fueron parcialmente concordantes con los de la investigación recientemente publicada por Lases y col.⁹ Si bien este no había sido el objetivo primario de la investigación de estos autores, ellos documentaron una ausencia de asociación

Tabla 3. Asociaciones documentadas entre el sexo del residente, su estado de pareja, el tipo de especialidad y el año de residencia que estaba cursando con su autopercepción de empatía

Variable	Asociación cruda		Asociaciones ajustadas a través de dos formas de modelar la potencial influencia de la especialidad			
	Coefficiente beta (IC95%)	<i>p</i>	Basada en las personas vs. en la tecnología ^a		Análisis por conglomerado (cada una de las especialidades) ^b	
	Coefficiente beta (IC95%)	<i>p</i>	Coefficiente beta (IC95%)	<i>p</i>	Coefficiente beta (IC95%)	<i>p</i>
Sexo femenino (vs. masculino)	7,50 (2,0-12,1)	0,007	6,6 (0,9-12,3)	0,023	7,7 (2,4-9,1)	0,001
En pareja (vs. sin pareja)	-2,4 (-8,1-3,3)	0,4	-1,6 (-6,9-3,7)	0,56	-0,74 (-3,5-2,0)	0,6
Primer año de la residencia (vs. el resto)	7,9 (1,9-13,9)	0,01	2,6 (-3,7-9)	0,41	3,8 (-1,4-9,0)	0,15
Especialidad basada en la persona (vs. en la técnica)	6,5 (1,1-12)	0,019	0,3 (-5,8-6,4)	0,92	NA	
Cada 10 puntos de diferencia (escala D-RECT)	2,1 (1,1-3,1)	<0,001	1,8 (0,7-2,9)	0,001	1,7 (0,6-2,9)	0,003

^aSegún la propuesta de Lases y col.

^bSegún la propuesta de Park y col.

IC95%: intervalo de confianza del 95 %.

NA: no aplica.

D-RECT: instrumento para medir la percepción del clima de aprendizaje durante la residencia.

estadística entre el clima del aprendizaje y la autopercepción de empatía.

Futuros estudios de tipo longitudinal que puedan documentar influencia causal serán necesarios para considerar la implementación de programas destinados a mejorar el clima de aprendizaje en las instituciones donde se forman residentes con el objetivo de mejorar su empatía con los pacientes.

CONCLUSIÓN

Dado su diseño transversal, no podemos argumentar una influencia causal entre el CA y la autopercepción de empatía. Sin embargo, este trabajo aporta nuevos indicios respecto a la correlación entre el clima de aprendizaje y la empatía médica autopercebida durante la residencia. Si bien esta correlación pareciera ser modesta, nuestros hallazgos sugieren una tendencia que debería ser investigada con mayor profundidad en el futuro. ■

REFERENCIAS

- Genn JM. AMEE Medical Education Guide No. 23 (Part 1): curriculum, environment, climate, quality and change in medical education-a unifying perspective. *Med Teach*. 2001; 23(4):337-44.
- Boor K, Van Der Vleuten C, Teunissen P, Scherpbier A, Scheele F. Development and analysis of D-RECT, an instrument measuring residents' learning climate. *Med Teach*. 2011; 33(10):820-7.
- Llera J, Durante E. Correlación entre el clima educacional y el síndrome de desgaste profesional en los programas de residencia de un hospital universitario. *Arch Argent Pediatr* 2014; 112(1):e6-11.
- Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2013; 63(606):e76-84.
- Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*. 2002; 52(Suppl):S9-12.
- van Dulmen S, van den Brink-Muinen A. Patients' preferences and experiences in handling emotions: a study on communication sequences in primary care medical visits. *Patient Educ Couns*. 2004; 55(1):149-52.
- Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, et al. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med*. 2011; 86(3):359-64.
- Brazeau CM, Schroeder R, Rovi S, Boyd L. Relationships between medical student burnout, empathy, and professionalism climate. *Acad Med*. 2010; 85(10 Suppl):S33-6.
- Lases LSS, Arah OA, Busch ORC, Heineman MJ, Lombarts KM. Learning climate positively influences residents' work-related well-being. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*. 2019; 24(2):317-30.
- Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJ, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educ Psychol Meas*. 2001; 61(2):349-65.
- Borracci RA, Doval HC, Celano L, Ciancio A, et al. Patients' perceptions of argentine physicians' empathy based on the jefferson scale of patient's perceptions of physician empathy: Psychometric data and demographic differences. *Educ Health (Abingdon)*. 2017; 30(1):19-25.
- Granel A, Vázquez Peña F, Martínez Cáceres C, Bonetto A, et al. Validation of a spanish version of an empathy questionnaire in a sample of general practitioners and different clinical specialties [Póster]. 22th WONCA World Conference. 2018 oct 17-21. Seúl, Corea del Sur.
- Puyol RB, Giannasi S, Durante E. Clima de aprendizaje en residencias: adaptación transcultural y validación del cuestionario D-RECT al español. *Evid Actuali Práct Ambul*. 2021; 24(2):e002104.
- Park C, Lee YJ, Hong M, Jung CH, et al. Multicenter study investigating empathy and burnout characteristics in medical residents with various specialties. *J Korean Med Sci*. 2016; 31(4):590-7.
- Silkens ME, Smirnova A, Stalmeijer RE, Arah OA, et al. Revisiting the D-RECT tool: validation of an instrument measuring residents' learning climate perceptions. *Med Teach*. 2016; 38(5):476-81.
- Domínguez LC, Silkens M, Sanabria A. The Dutch residency educational climate test: construct and concurrent validation in Spanish language. *Int J Med Educ*. 2019; 10:138-48.