

Estudi sobre la salut, estils de vida
i condicionants acadèmics dels estudiants
de medicina de Catalunya

La salut de l'estudiant
de medicina



ESTUDI SOBRE LA SALUT, ESTILS DE VIDA
I CONDICIONANTS ACADÈMICS DELS ESTUDIANTS
DE MEDICINA DE CATALUNYA

Edita: Fundació Galatea

Grup de treball: Manel Salamero (direcció)
Lucía Baranda
Anna Mitjans
Eva Baillés
Marina Càmara
Gemma Parramon
Eduard Gómez
Antoni Arteman
Jaume Padrós

Estudi editat el maig de 2012

Presentació

La Fundació Galatea va ser creada l'any 2001 amb la finalitat de gestionar l'assistència psiquiàtrica i psicològica als metges i infermeres malalts, així com per promoure la salut, el benestar físic i mental del col·lectiu mèdic i, per extensió, de tots els professionals de la salut.

En aquests anys d'experiència i més de 1.700 casos atesos, podem dir que el PAIMM s'ha consolidat com un model d'atenció i de rehabilitació per al col·lectiu mèdic, tant a Catalunya com en l'àmbit estatal, on és un referent. A més des de 2007, es disposa de la Clínica Galatea, unitat clínica específica ubicada a Barcelona, amb equipaments assistencials de primer ordre.

Pel que fa als programes preventius, progressivament anem aprofundint en l'anàlisi de les poblacions de risc, ampliem els públics objectiu de les intervencions, així com la seva varietat.

L'any 2009 la Fundació Galatea va posar en funcionament el programa sobre la salut de l'estudiant de medicina. Com s'ha fet en altres països com Canadà, EUA, Austràlia o Noruega, líders en recerca sobre la salut dels professionals sanitaris, amb aquest programa volem anticipar-nos i sensibilitzar els estudiants respecte a la importància de tenir cura de la pròpia salut per a un exercici professional més saludable en el futur.

És conegut que l'inici de la pràctica clínica a la carrera suposa una font d'estrès, pel contacte directe amb la malaltia i els pacients, amb unes organitzacions sanitàries complexes, la pressió assistencial... Però també els estudiants es troben en el moment òptim per adquirir habilitats i coneixements per afrontar aquestes situacions amb èxit.

Els seus resultats que ara us presentem ens permetran conèixer millor aquest col·lectiu i dissenyar intervencions orientades a l'adquisició d'hàbits saludables, ja que pensem que un futur professional amb un bon equilibri psicoemocional ajudarà millor els seus pacients. Però també ens permetrà aprofundir sobre els factors que s'hi relacionen.

L'estudi, que té per objectiu conèixer l'estat de salut, estils de vida, hàbits sanitaris i condicionants acadèmics dels estudiants de medicina de Catalunya, ha estat impulsat per un grup de treball específic, liderat pel Dr. Manel Salamero, al qual agraïm la seva implicació i qualitat de la feina realitzada.

Aquest projecte ha comptat també amb la implicació dels degans, professors universitaris i representants de les associacions d'estudiants, gràcies als quals ha estat possible. També ha tingut el suport de MSD i de la Fundación Patronato de Huérfanos de la Organización Médica Colegial, a qui agraïm la seva col·laboració.

Dr. Jaume Padrós i Selma

President del Patronat de la Fundació Galatea

Índex

1. Introducció	7
2. Objectius	9
3.1. Objectiu general	9
3.2. Objectius específics	9
3. Metodologia	10
3.1. Població i mostreig	10
3.2. Enquesta	11
3.3. Procediment	14
4. Resultats: dades descriptives	16
4.1. Dades sociodemogràfiques	16
4.2. Salut	19
4.3. Tabac	22
4.4. Consum d'alcohol i altres drogues	23
4.5. Salut mental	26
4.6. Esdeveniments vitals	28
4.7. Entorn acadèmic	29
5. Resultats: relació amb malestar psicològic	33
5.1. Risc de trastorn psicopatològic	33
5.2. Esgotament emocional davant dels estudis	35
5.3. Desinterès pels estudis	36
6. Discussió	37
7. Conclusions	41
8. Bibliografia	42
9. Agraïments	47
10. Annex: taules de resultats	48

1. Introducció

Els estudiants de medicina es caracteritzen per tenir un currículum acadèmic brillant previ a l'entrada a la universitat, la qual cosa els permet superar els elevats requeriments del procés de selecció. Al llarg dels estudis estan sotmesos a alts requeriments de rendiment i quan inicien la formació clínica en contacte amb pacients s'enfronten a conflictes emocionals considerables. Tots aquests factors suposen importants fonts d'estrès que incideixen sobre la seva salut mental i s'afegeixen a la seva pròpia vulnerabilitat psicobiològica i a altres conflictes generals propis de la seva edat. Nombrosos estudis han assenyalat l'alta prevalença de trastorns depressius i ansiosos¹, ideació suïcida^{2,3}, estrès⁴ i esgotament emocional⁵. Les taxes d'estudiants que pateixen trastorns d'intensitat clínicament significativa són molt variables depenent de la metodologia i els instruments emprats per avaluar-la. En general s'estima que en algun període dels estudis de medicina el 50% dels estudiants pateixen esgotament emocional i al voltant del 15%, depressió major. Pel que fa al nostre entorn, en un estudi anterior⁶ es va estimar una prevalença del 30% entre els estudiants de primer i segon curs.

Mentre que no sembla que previ a l'inici de la llicenciatura existeixin diferències entre estudiants de medicina i altres carreres⁷, les dificultats emocionals apareixen ben aviat. Així, per exemple, en un estudi longitudinal d'estudiants de primer curs de medicina de Glasgow⁸ es va detectar un increment significatiu d'alumnes amb puntuacions elevades al GHQ indicatives de probable patiment de trastorn mental. Les dades de l'estudi suggereixen que aquest increment estava més relacionat amb l'estrès acadèmic que no amb problemes personals. Les conseqüències dels trastorns emocionals es projecten al futur, com mostra l'estudi de Guthrie et al.⁹. Aquests autors varen avaluar una cohort d'estudiants en el primer, quart i cinquè anys, i van trobar que el millor predictor de l'estat de salut mental al final dels estudis era la presència de probable patologia al final del primer any. A l'estudi de Dahlin i Runeson¹⁰ varen observar també que la presència de depressió en el primer any, després de controlar per altres variables, era un factor predictiu de psicopatologia en iniciar la formació clínica, cosa que ressalta la influència de la vulnerabilitat personal.

Per alguns autors l'inici de l'ensenyament clínic suposa un període d'increment de l'estrès. Lomis et al.¹¹ assenyalen que molts factors derivats del contacte clínic són identificats pels estudiants com a estressors. Aquests inclouen la gravetat de les malalties que pateixen els pacients, les característiques del sistema assistencial, els models formatius transmesos pel personal sanitari i, sobretot, les dificultats de comunicació amb els pacients.

A més de les manifestacions ansioses i depressives, diverses recerques assenyalen l'elevada prevalença de consum de tabac, alcohol i altres drogues en aquesta població. En un estudi comparatiu en estudiants irlandesos, Boland et al.¹² constaten que mentre que el consum de tabac va disminuir entre 1977 i 2002, el consum d'alcohol i altres drogues es va incrementar. Estudis en altres països com els EUA¹³, Brasil¹⁴ o el Regne Unit¹⁵ també alerten de l'alta prevalença de consum de tòxics.

Les condicions en què es fa l'aprenentatge de la medicina poden tenir efectes directes en el benestar dels estudiants. Així, l'estudi de Haglund et al.¹⁶ posa en evidència la freqüència amb què els estudiants se senten maltractats pels seus tutors. Diferents estudis^{17,18} també alerten de la discriminació i de l'assetjament sexual de què són objecte tant els estudiants com les estudiantes, encara que aquestes amb més freqüència. Dyrbye et al.¹⁹ assenyalen la importància que té l'entorn docent, incloent l'interès que percep l'estudiant del compromís institucional i dels docents en la seva formació.

Evidentment, són moltes les circumstàncies vitals que poden incidir en l'estat d'ànim dels estudiants sense relació amb la vida acadèmica o amb una relació molt indirecta. Igual que s'observa a la població general, les dones estudiants de medicina presenten nivells més elevats de símptomes depressius que els homes i també dels seus correlats de malestar físic²⁰, així com d'esgotament emocional²¹. Les dificultats econòmiques, en especial la percepció subjectiva d'aquestes dificultats, s'han demostrat com una font d'estrès en els estudiants²².

És important considerar les conseqüències del malestar emocional sobre els aprenentatges^{23,24}. Però aquests no es limiten a interferir en l'adquisició de coneixements. Així, per exemple, tant a l'estudi de Thomas et al.²⁵ com el de Laidlaw²⁶ varen observar una associació significativa entre els nivells d'esgotament emocional i la disminució de l'empatia en relacionar-se amb els pacients.

La complexitat dels factors que incideixen en el benestar emocional dels estudiants ha portat Dunn et al.²⁷ a formular un model integrador. Consideren que cada estudiant té una "reserva" de capacitats d'afrontament davant dels reptes que suposa la formació mèdica que en part depenen de factors de personalitat individuals. Sobre aquesta capacitat incideixen negativament els seus conflictes personals, l'estrès acadèmic i les demandes de temps i energia que impliquen els estudis de medicina. A la vegada aquestes capacitats d'afrontament es veuen incrementades per factors protectors tals com el suport social, els hàbits saludables de vida, l'estimulació intel·lectual i l'ajut que li poden proporcionar els seus tutors i docents. Considerem que aquest model permet evitar atribucions de causalitat simplistes, per la qual cosa l'adoptarem com a marc de referència en aquest estudi.

2. Objectius

2.1. Objectiu general

Estimar la prevalença de malestar psicològic, d'estrès acadèmic i estudiar les conductes relacionades amb la salut en els estudiants de quart curs de medicina de Catalunya (EM).

2.2. Objectius específics

- » Determinar la salut autopercebuda i el hàbits de salut relacionats.
- » Determinar la prevalença dels hàbits tòxics i el malestar psicològic general.
- » Conèixer el nivells d'estrès acadèmic i esgotament emocional en els EM.
- » Estudiar l'associació entre malestar psíquic i les fonts d'estrès acadèmic controlant altres variables externes a l'ensenyament de la medicina.

3. Metodologia

3.1. Població i mostreig

L'univers estadístic de l'enquesta que presentem en aquest informe està format pels alumnes matriculats a quart curs de medicina a les universitats de Catalunya durant l'any acadèmic 2009/10. A Catalunya es pot cursar la llicenciatura de medicina a set facultats, però a les de recent fundació encara no s'impartia quart curs en el moment de dur a terme el treball de camp. A la **TAULA I** es presenta el nombre d'estudiants matriculats de quart curs als centres de Catalunya, així com el nombre d'enquestes realitzades.

La mostra final es xifra en 420 persones, que constitueixen el 52% del total d'alumnes matriculats. El marge d'error absolut és de $\pm 3,38\%$ per a un nivell de confiança del 95,5% i un supòsit de $p=q=50$.

TAULA I: Estudiants de medicina matriculats a quart curs a les facultats de Catalunya

	Alumnes matriculats a 4t curs		Alumnes enquestats		Taxa de participació
Universitat de Barcelona	240	29,8%	146	34,8%	60,8%
Universitat Autònoma de Barcelona	350	43,5%	162	38,6%	46,3%
Universitat Rovira i Virgili	100	12,4%	55	13,1%	55,0%
Universitat de Lleida	115	14,3%	57	13,6%	49,6%
Total	805	100,0%	420	100,0%	52,2%

3.2. Qüestionari

Per conèixer la salut, estils de vida i condicionants acadèmics dels estudiants es va confeccionar un qüestionari amb diferents mòduls que es descriuen a continuació. S'han triat les variables i els instruments més adients per avaluar les dimensions principals de l'estudi, tot procurant que estiguessin validats, bé en població general, bé en el col·lectiu objecte d'estudi. En aquest sentit, s'han prioritzat alguns dels emprats a l'Enquesta de Salut de Catalunya²⁸, per poder fer anàlisis comparatives.

Variables sociodemogràfiques: S'ha recollit l'edat, sexe, estat civil, lloc de procedència i facultat on estudien els alumnes. També se'ls ha preguntat sobre el seu lloc de residència, si gaudeixen d'alguna beca i si realitzen algun treball complementari.

Variables acadèmiques: S'ha obtingut informació sobre l'any d'inici dels estudis i si estan matriculats en assignatures de cursos anteriors o posteriors.

Paràmetres de salut: Per apropar-nos a l'estat de salut dels estudiants de 4t de medicina se'ls ha demanat la seva talla i pes per calcular l'índex de massa corporal (IMC), la seva percepció sobre el seu estat de salut i el nombre d'hores diàries dedicades a dormir. L'IMC s'ha calculat a partir del pes i l'alçada ($IMC = kg/m^2$) autodeclarats i, seguint les pautes de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) 2006²⁸, es categoritza com a: infrapès (IMC <18,5); normopès (IMC 18,5 a <25); sobrepès (IMC 25 a <30); i obesiàt (IMC ≥ 30). La salut autopercebuda no correlaciona bé amb una valoració clínica, però és un indicador de qualitat de vida important. En respondre aquest tipus de preguntes les persones tendeixen a avaluar tant la presència de malalties mèdicament diagnosticades com la percepció de fatiga o malestars difusos. Aquesta informació es va recollir amb la mateixa variable emprada a l'ESCA 2006²⁸ que classifica l'estat de salut com a excel·lent, molt bo, bo, regular i dolent.

Consum de tabac, alcohol i altres substàncies: Quant al consum de tabac s'ha demanat tant l'hàbit de consum autodeclarat com l'edat en què els joves s'hi van iniciar. La ingesta d'alcohol també es basa en el consum autodeclarat i s'ha computat mitjançant la mateixa bateria de preguntes utilitzada per l'ESCA²⁸ i per l'Enquesta de Salut de Barcelona (ESB)²⁹, ambdues del 2006, seguint les recomanacions del Pla Nacional de Drogues³⁰. Es recull el tipus de beguda consumida i la freqüència de consum, tot diferenciant els dies feiners i els caps de setmana. A partir d'aquestes dades s'estima el nombre d'unitats estandarditzades de beguda (UBE) equivalents cadascuna d'elles a una ingesta de 10 grams d'alcohol³¹. La població es classifica (segons les UBE consumides i el nombre de vegades que han pres 5 o més consumicions d'alcohol en una ocasió de consum) en no bevedors (no han consumit alcohol en els últims 12 mesos), bevedors moderats (han consumit <28 UBE setmanals els homes o <17 les dones) i bevedors de risc (han consumit ≥ 28 UBE els homes o ≥ 17 UBE les dones; o han fet 5 consumicions seguides almenys una vegada al mes).

S'ha preguntat també sobre el consum de tranquil·litzants o pastilles per dormir i les drogues il·legals més freqüents, marihuana i derivats del cànnabis, cocaïna, amfetamines i opiacis, tant al llarg de la vida

com en els darrers 30 dies. En totes aquestes preguntes sobre consum autoinformat s'ha emprat el mateix procediment que a l'ESCA²⁸ i a l'ESB²⁹.

Qüestionari internacional d'activitat física (IPAQ): Per mesurar el nivell d'activitat física realitzada pels estudiants analitzats, s'ha emprat l'IPAQ³², que és l'instrument utilitzat a la major part de les enquestes de salut a població general del nostre entorn. La forma curta de 9 ítems autoadministrada avalua el temps emprat a caminar i a realitzar activitats físiques o esportives d'intensitat vigorosa i moderada. D'acord amb aquesta informació i de l'energia requerida mesurada en METS (equivalents metabòlics/minut) s'obté un índex energètic global que permet classificar els individus com a sedentaris, amb activitat física lleugera, moderada o intensa. Aquest instrument ha estat desenvolupat en diverses llengües pel grup EUROHIST i validat a dotze països. Està inclòs a l'ESB²⁹ i a l'ESCA²⁸ del 2006 que serveixen de referència.

General Health Questionnaire (GHQ-12): Es tracta d'un qüestionari de dotze ítems que permet avaluar la prevalença de persones amb trastorns mentals i la presència de símptomes ansiosos i depressius en el moment de l'entrevista³³. La versió espanyola té una sensibilitat i especificitat superior al 80% per a la detecció de trastorn mental³⁴. S'ha emprat en diversos estudis en estudiants de medicina^{9, 8, 22} i forma part tant de l'ESB²⁹ com de l'ESCA²⁸. També disposem d'aquesta informació en els residents³⁵ i metges de Catalunya³⁶.

Big Five Inventory (BFI-10): L'avaluació de la personalitat en enquestes poblacionals és difícil a causa de la llargada dels qüestionaris estàndards. Encara que hi ha poca experiència en la literatura, es va triar el BFI-10³⁷. Es tracta d'una forma abreujada de 10 ítems per mesurar les cinc dimensions bàsiques de personalitat: neuroticisme (N), extraversió (E), obertura envers noves experiències (O), cooperació (A) i responsabilitat (C). Sobretot a partir de 1980 aquests cinc factors s'han considerat les dimensions de personalitat més estables i replicades. S'ha demostrat que aquests cinc factors tenen una elevada capacitat predictiva sobre nombrosos comportaments³⁸ i estan relacionats amb els trastorns de personalitat^{39,40}.

Aquesta forma abreujada va ser desenvolupada per ser usada en estudis epidemiològics i assegurant estabilitat dels índexs psicomètrics en dues llengües (anglès i alemany). No ens consta que estigui adaptat ni validat en mostres espanyoles, per la qual cosa es va procedir a la traducció i retrotraducció dels ítems i a analitzar les seves propietats psicomètriques a la nostra mostra. A la mostra del nostre estudi el coeficient de fiabilitat α de Cronbach de les escales va ser $\alpha_N = 0,80$, $\alpha_E = 0,68$, $\alpha_O = 0,50$, $\alpha_A = 0,08$ i $\alpha_C = 0,45$. S'ha efectuat una anàlisi factorial amb extracció de cinc factors i rotació varimax, i s'ha obtingut únicament unes saturacions factorial congruents pels factors N, E i O. En un estudi posterior dels autors del test⁴¹ també es van obtenir estructures factorials poc nítides. Per aquesta raó, en el nostre estudi s'han conservat els factors de neuroticisme i extraversió que assoleixen una fiabilitat i validesa factorial suficients.

Esdeveniments vitals en l'últim any: En els darrers vint anys nombrosos estudis han demostrat la relació entre esdeveniments vitals recents i trastorns tant de la salut mental com física i, a la vegada, les

dificultats per avaluar-los adequadament⁴². Breument, els llistats de situacions sobreestimen el nombre d'esdeveniments significatius d'estrès en relació amb les entrevistes i no recullen la percepció i avaluació subjectiva que està més estretament relacionada amb la possibilitat d'emmalaltir. Malgrat això, la percepció subjectiva es confon a les enquestes amb els seus efectes (els símptomes d'ansietat i depressió) i, per altra banda, l'impacte en la salut de l'esdeveniment i la seva percepció es produeixen per mecanismes diferents⁴³. Tenint en compte aquestes consideracions i la necessitat de mantenir l'extensió de l'enquesta dins uns límits raonables, varem triar el llistat de Mitgaard⁴⁴ que preveu 14 situacions i que en el seu estudi amb estudiants de medicina va ser predictor de problemes en salut mental.

Oldenburg Burnout Inventory (OLBI): Un dels primers autors a estudiar l'esgotament emocional i la seva repercussió laboral ha estat Maslach⁴⁵. El seu qüestionari és potser el més emprat, però és difícil d'adaptar a estudiants ja que les preguntes fan referència a situacions laborals contractuals. Per aquest estudi es va emprar l'OLBI de Demerouti et al.⁴⁶ dissenyat per avaluar l'esgotament en qualsevol ocupació. Avalua les dues dimensions més importants del *burnout*, esgotament emocional i manca de compromís amb la feina, mitjançant dues escales de set ítems respostes en escales tipus Likert de quatre punts. Ha estat emprat en estudiants de medicina per Dahlin et al.²¹ i per Pompili et al.⁴⁷ en metges. No coneixem l'existència d'adaptació d'aquest qüestionari al nostre entorn. Per la qual cosa, després de fer-ne la traducció i retrotraducció, es va calcular la fiabilitat en la nostra mostra. Es va obtenir un coeficient α de Cronbach de 0,80 per l'escala d'Esgotament i de 0,67 per l'escala de Manca de compromís.

Learning Environment Questions: Aquestes qüestions van ser desenvolupades per Dyrbye et al.¹⁹. Partint d'estudis previs es van identificar les fonts acadèmiques potenciadores o amortidores de l'esgotament emocional més freqüents en els estudiants de medicina. Consisteix en 14 preguntes respostes amb escales Likert de cinc opcions que recullen la satisfacció amb el suport, supervisió i implicació en l'ensenyament de la institució, dels tutors i dels professors.

Assetjament sexual: No existeixen qüestionaris estandarditzats per l'avaluació d'aquest constructe¹⁷ i les preguntes que es formulen varien d'estudi a estudi. Després de revisar-los es van seleccionar quatre preguntes directes que abasten les conductes referides més sovint a la bibliografia.

3.3. Procediment

L'enquesta a estudiants de medicina es va plantejar com a autoadministrada a classe, per assegurar l'accés a un nombre major d'estudiants i un nivell de representativitat similar a la dels alumnes que assisteixen a classe de manera habitual.

En primer lloc, es va presentar l'estudi als rectors de les universitats implicades i als degans de les respectives facultats de medicina, els quals van donar la seva autorització per efectuar-lo. A continuació, el projecte es va exposar als representants dels estudiants i se'ls va demanar la seva col·laboració activa com a facilitadors i motivadors de la participació dels estudiants.

D'acord amb els responsables acadèmics i els representants dels estudiants es va triar el lloc i el moment més apropiat per administrar l'enquesta a classe. Es van tenir en compte les ocasions de màxima assistència dels alumnes d'acord amb les dinàmiques pròpies de cada centre. En cap cas, es va avisar prèviament de la realització de l'enquesta per tal d'assegurar una assistència d'alumnes similar a la d'una classe qualsevol.

Un cop a l'aula, tècnics de l'equip investigador de la Fundació Galatea explicaven als estudiants l'objectiu de l'estudi i se'ls demanava la seva participació voluntària tot garantint la confidencialitat de les dades que proporcionaven. Seguidament es distribuïa el qüestionari i, per garantir l'anonimat, els mateixos alumnes l'introduïen, un cop omplert en una urna segellada. El retorn del qüestionari omplert va ser considerat com a indicador tàcit de la voluntat de participar en l'estudi. També es va recollir un full de consentiment amb les dades personals dels alumnes interessats a participar en posteriors estudis longitudinals o de seguiment. Aquest full es recollia de manera separada del qüestionari sense que hi hagués cap tipus de possibilitat de vincular les dades d'ambdós documents. Per intentar recuperar la participació dels alumnes que no es trobaven a classe el dia de realització de l'enquesta, es van distribuir qüestionaris mitjançant els representants dels estudiants amb la possibilitat de dipositar el qüestionari omplert en l'urna tancada.

En conjunt, ha participat en l'enquesta un 52,2% dels estudiants de 4t de medicina de Catalunya, percentatge que ha oscil·lat entre un 46,3 i un 60,8% segons les universitats. Aquestes xifres corresponen al percentatge d'alumnes presents a classe sobre el total de matriculats i mesuren, per tant, més la taxa d'absentisme que no pas la taxa de resposta. Aquesta taxa de resposta ha estat pràcticament del 100%, ja que tots els alumnes han omplert i dipositat en l'urna el qüestionari. Només alguns alumnes Erasmus (aproximadament un o dos per curs) han estat eximits d'omplir el qüestionari.

Pel que fa al full de consentiment, se n'han recollit una mica més de la meitat (el 59% dels alumnes presents), també amb diferències significatives entre facultats: entre un 17% i un 84%.

Les respostes del qüestionari van ser gravades en una base de dades en format excel i SPSS, compatible amb altres programes de tractament estadístic. Per minimitzar els errors derivats de la gravació, s'ha dupli-

cat aquesta en un 10% dels casos. D'altra banda, s'ha fet una depuració aprofundida del fitxer de resultats tot detectant i depurant inconsistències internes i valors fora de rang de tots els registres.

Per a les variables quantitatives es va calcular la mitjana i la desviació estàndard del total, dels homes i de les dones. Les comparacions entre ambdós sexes s'han efectuat mitjançant proves t de Welsh, que és una modificació de la prova de Student amb correcció per la desigualtat de les variàncies. Les variables qualitatives s'han tabulat per al total i per sexes, i s'han efectuat en aquest cas les comparacions amb proves χ^2 . En cas de comparació de percentatges es va aplicar la prova z per a grups independents.

Com hem assenyalat anteriorment, algunes de les variables del nostre estudi són coincidents amb les de l'edició 2006 de l'ESCA²⁸. Aquesta enquesta s'adreça al conjunt de la població censada a Catalunya sense límit d'edat i compta amb una mostra d'uns 18.000 efectius. La idea era extreure una submostra d'estudiants amb característiques el més similars possible a la nostra mostra i un nombre d'efectius suficient per fer una anàlisi comparativa. A l'ESCA no es demana quin tipus d'estudis realitzen en el moment de l'entrevista les persones que es declaren estudiants, però sí que es disposa d'informació sobre la seva situació d'activitat i el nivell d'estudis finalitzats. Amb aquestes dades, s'han seleccionat persones de 21 anys i més que s'han declarat estudiants i que tenen superat el batxillerat, cicles formatius de grau superior o estudis universitaris. Finalment, aquesta submostra està formada per 236 efectius, un 55% dels quals són homes (130) i un 45% dones (106).

Tenint en compte, però, que les característiques internes d'ambdós col·lectius no són del tot les mateixes, les anàlisis comparatives, que s'han fet emprant les mateixes proves descrites anteriorment, s'han de considerar com a orientatives i centrar-les en l'orientació de les tendències.

A més d'aquestes anàlisis descriptives s'han efectuat altres proves que es detallaran a l'apartat corresponent. Les anàlisis estadístiques es varen realitzar mitjançant el programa R versió 2.12.2⁴⁸.

4. Resultats: dades descriptives

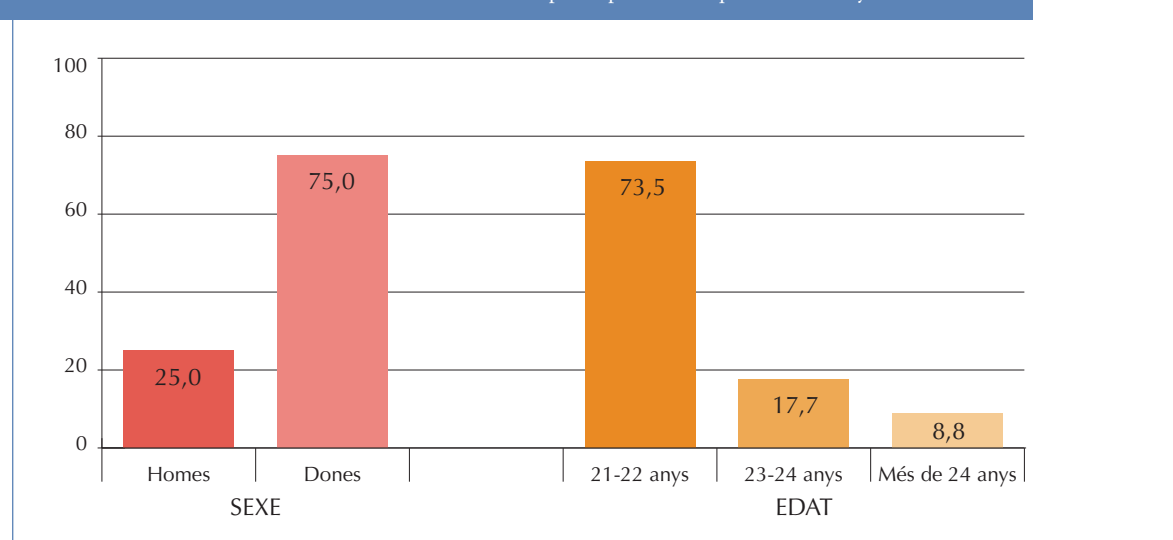
En aquest apartat comentarem breument les principals característiques i opinions dels estudiants de medicina amb, en la mesura del possible, la comparació amb joves estudiants de la mateixa edat pertanyents a població general.

En annex es presenten les taules amb els resultats de totes les variables incloses al qüestionari, segmentades per sexe.

4.1. Dades sociodemogràfiques

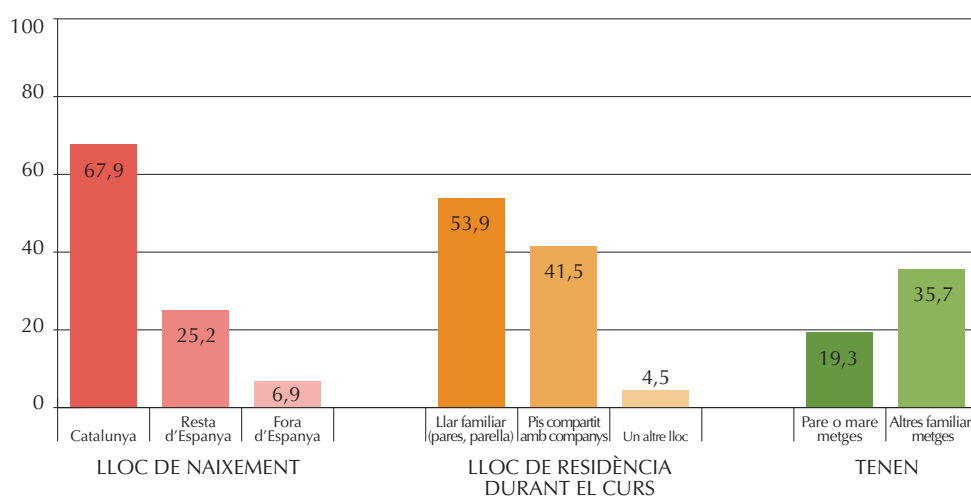
Entre els estudiants de 4t curs de medicina predominen les dones, les quals representen el 75% de l'alumnat. Igualment hi ha un predomini de joves de 22 anys, que és l'edat que correspon a aquest curs pels alumnes que no han interromput de manera significativa la seva escolarització. De fet, l'edat mitjana d'aquest col·lectiu se situa al voltant dels 22,8 anys sense que hi hagi diferències significatives entre homes i dones.

GRÀFIC 1: Sexe i edat dels estudiants de 4t de medicina participants a l'enquesta. Catalunya 2010



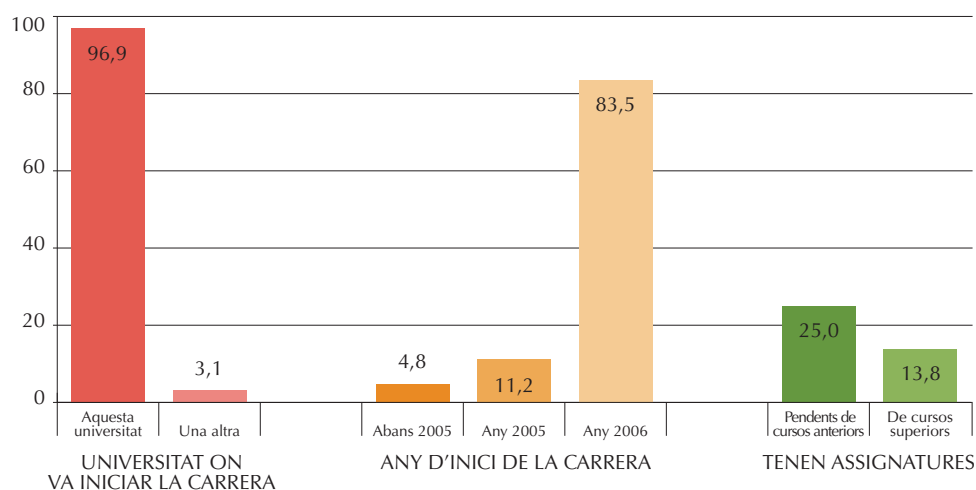
El 67,9% dels estudiants de la mostra són nascuts a Catalunya i el 25,2% a la resta de l'Estat espanyol. Més de la meitat (53,9%) resideix a la llar familiar i un 41,5% en pisos compartits amb altres estudiants. El 19,3% té un progenitor metge i un 35,7% té algun familiar proper d'aquesta professió. En cap d'aquestes característiques hi ha diferències significatives entre homes i dones.

GRÀFIC 2: Dades sociodemogràfiques dels estudiants de 4t de medicina: lloc de naixement, lloc de residència i familiars metges. Catalunya 2010



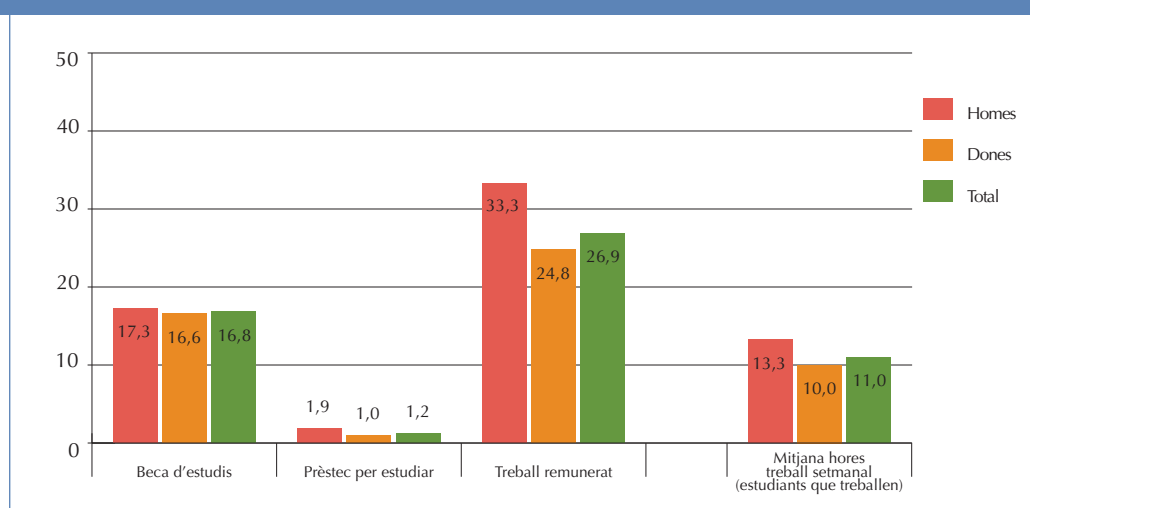
Els estudiants cursen els seus estudis en totes les unitats docents de les quatre universitats catalanes que imparteixen quart curs. Quasi tots els estudiants (96,9%) han començat els estudis a la mateixa universitat, essent molt esporàdics els que s'han traslladat d'altres universitats. La gran majoria han iniciat la llicenciatura l'any 2006. Una quarta part (25,0%) té assignatures pendents d'altres cursos i un 13,8% fa alguna assignatura de cursos superiors. En aquestes característiques tampoc hi ha diferències significatives entre sexes.

GRÀFIC 3: Situació acadèmica: universitat on van iniciar la carrera, any d'inici i assignatures cursades. Catalunya 2010



Un 16,8% dels estudiants gaudeix de beques i el nombre que finança els estudis amb préstecs bancaris és quasi insignificant (1,2%). Una mica més de la quarta part realitza algun tipus de treball remunerat, amb una jornada laboral setmanal d'unes 10 hores de mitjana. Quant a aquestes variables econòmiques, tampoc difereixen els homes de les dones.

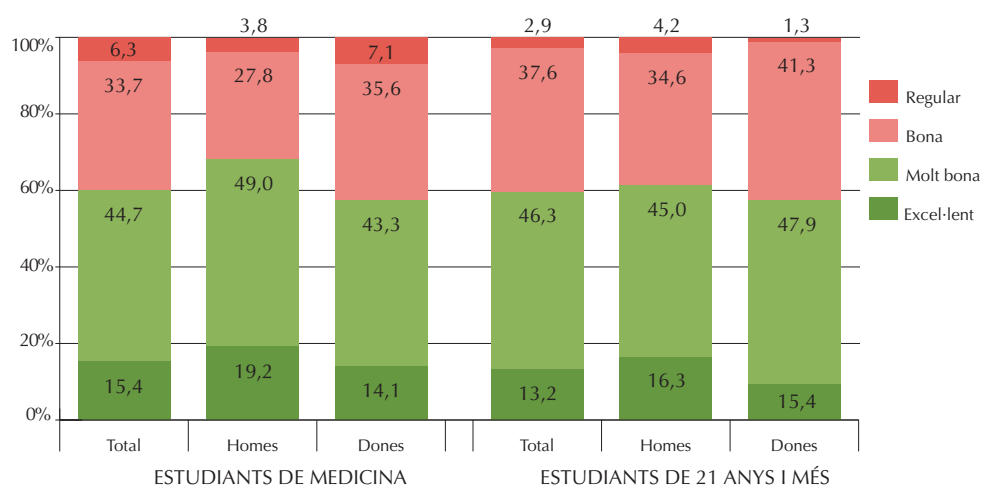
GRÀFIC 4: Finançament dels estudis per part dels estudiants de 4t curs de medicina. Catalunya 2010



4.2. Salut

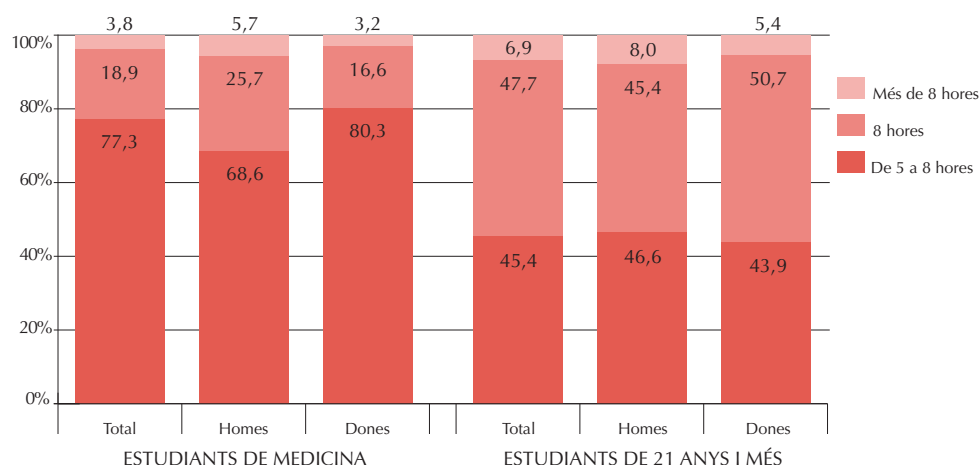
L'autovaloració de l'estat de salut és un judici subjectiu que fa la persona que respon a l'enquesta que considera tant la percepció subjectiva de malalties com també de símptomes difosos com l'esgotament o el malestar general. Té poca relació amb valoracions mèdiques⁴⁹, però està molt relacionat amb el consum de serveis sanitaris i medicaments i amb la qualitat de vida.

GRÀFIC 5: Estat de salut autopercebut per sexe. Dades comparatives amb estudiants en població general ≥ 21 anys (ESCA 2006)



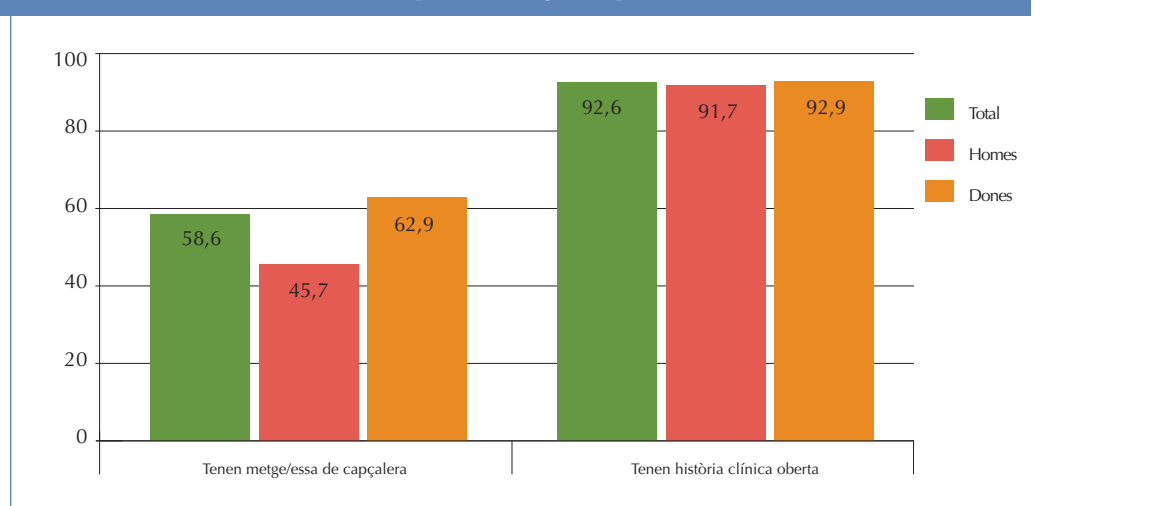
Tal com és de preveure en una població d'edats joves, les autoavaluacions de la salut són positives i cap dels estudiants considera que té una mala salut. Tampoc es troben diferències en les puntuacions entre homes i dones. Malgrat això, la distribució de les puntuacions de les dones difereix significativament ($\chi^2 = 19,33$, $P < 0,001$) de la d'altres estudiants. Al GRÀFIC 5 podem observar una major polarització en les avaluacions de les estudiants de medicina.

GRÀFIC 6: Hores habituals de son segons sexe. Dades comparatives amb estudiants en població general ≥ 21 anys (ESCA 2006)



Els estudiants de quart de medicina dormen poc més de set hores en el cas del homes (7,2) i per sota d'aquesta xifra en el cas de les dones (7,0). La diferència és estadísticament significativa ($P=0,012$). Ambdós grups dormen menys que altres estudiants de la seva edat ($P<0,001$ tant en homes com en dones).

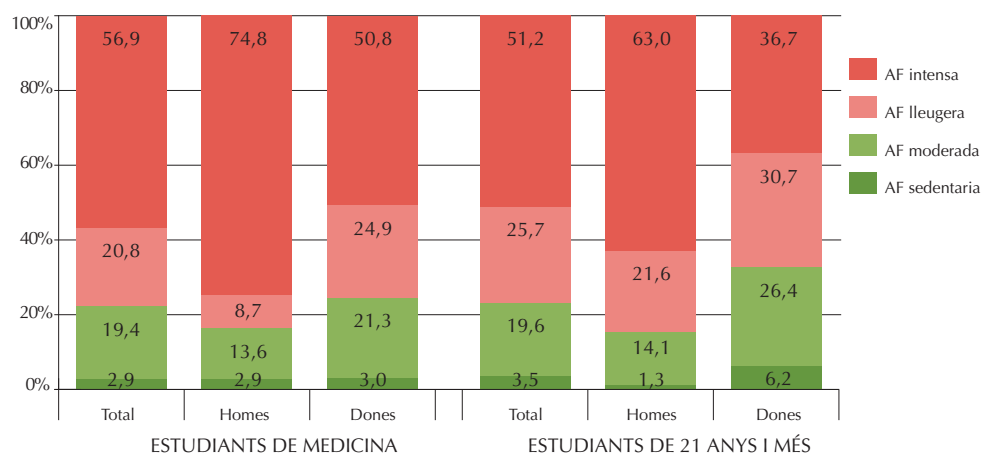
GRÀFIC 7: Estudiants de 4t de medicina que tenen metge de capçalera i/o història clínica. Catalunya 2010



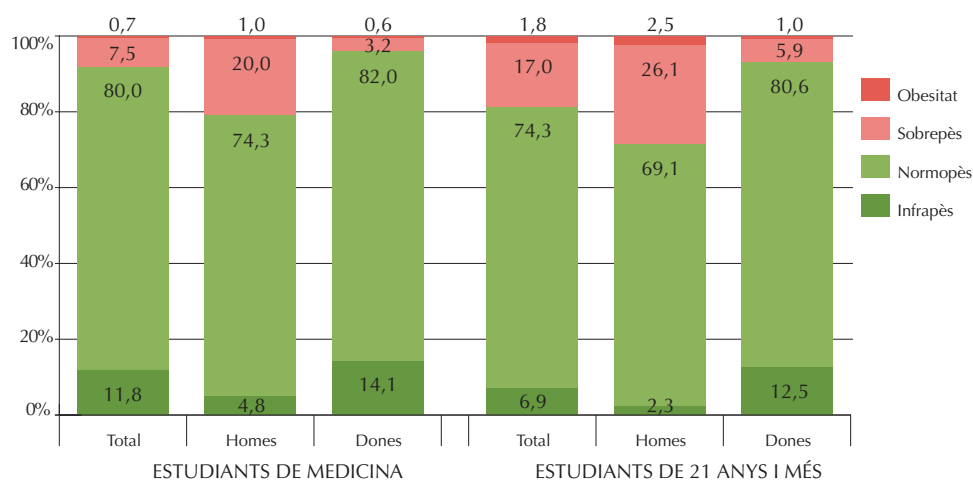
Tant els homes com les dones estudiants de medicina tenen història clínica oberta (91,7% i 92,9% respectivament). Però, comparativament pocs identifiquen que tenen un metge de capçalera (45,7 i 62,9%). Això pot indicar una baixa utilització dels serveis sanitaris per part d'una població jove, però també hi juga el fet de tenir el pare o la mare metges: un 70% dels estudiants amb progenitors metges no tenen metge de capçalera.

L'activitat física és un dels components dels estils de vida saludables. L'estudi implica una marcada tendència al sedentarisme que cal contrarestar amb la pràctica regular d'exercici físic. Per avaluar-lo hem emprat l'IPAQ, que avalua en unitats metabòliques d'acord amb la durada de l'activitat (METS). A partir d'aquest índex es defineixen les persones com a inactives o amb activitat física lleugera, moderada o intensa.

Al **GRÀFIC 8** veiem que els estudiants homes tenen un grau d'activitat física notablement superior a les dones. En ambdós grups el percentatge de persones inactives és molt baix (2,9% i 3,0% respectivament). Realitzar una activitat física intensa és significativament superior en els estudiants de medicina homes (74,8%) que en les dones (50,8%).

GRÀFIC 8: Índex d'activitat física per sexe. Dades comparatives amb estudiants en població general ≥ 21 anys (ESCA 2006)

Quan ho comparem amb altres estudiants de la mateixa edat, veiem que el patró dels estudiants de medicina homes és similar i sense diferències significatives ($P=0,550$). Contràriament, les dones estudiants de medicina tendeixen a realitzar menys activitat física, encara que la diferència no assoleix la significació estadística ($P=0,088$).

GRÀFIC 9: Índex de Massa Corporal (IMC declarada) per sexe. Dades comparatives amb estudiants en població general ≥ 21 anys (ESCA 2006)

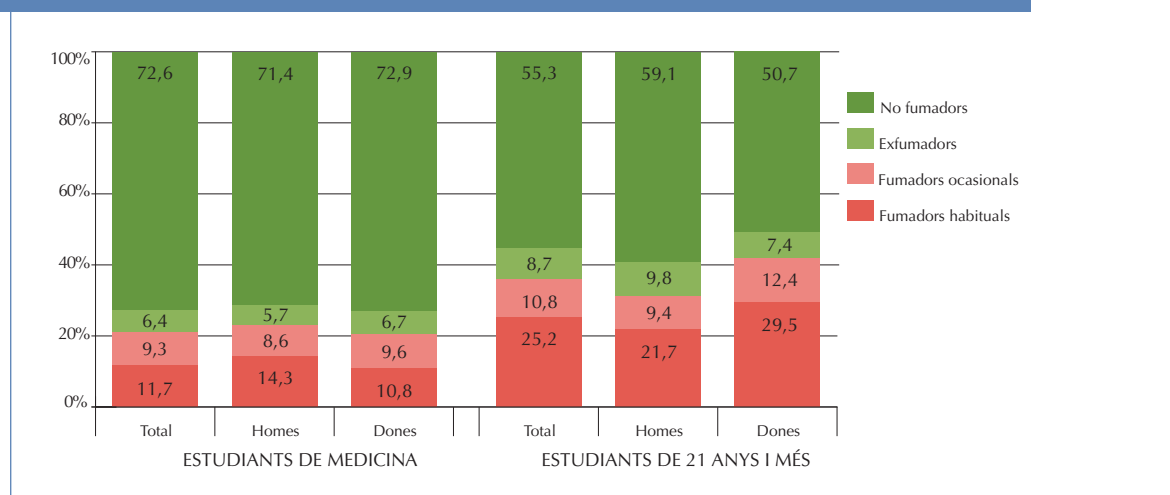
L'índex de massa corporal (IMC) és l'indicador més emprat per valorar l'adequació del pes a l'alçada de la població. En el cas dels estudiants de medicina predominen els que tenen un IMC dins dels paràmetres considerats normals o saludables. Tanmateix, tal i com queda reflectit al **GRÀFIC 9**, hi ha diferències significatives entre homes i dones: el percentatge de dones amb un pes per sota del considerat normal (IMC $<18,5$) és força més elevat que el d'homes: el 14,1% davant el 4,8%. Igualment, hi ha un major percentatge de nois amb sobrepès (un 20%) que no pas noies (un 3,2%). En comparar-ho amb altres estudiants de la mateixa edat, les diferències són poc significatives tot i que en aquest col·lectiu hi ha més persones amb sobrepès tant en homes com en dones.

4.3. Tabac

El consum de tabac és causa de nombroses malalties a l'edat adulta, però aquest hàbit s'adquireix en general a l'adolescència i primers anys de la vida adulta. Habitualment es classifica a les persones com a fumadors habituals o ocasionals, exfumadors i no fumadors. Entre els estudiants de quart de medicina predominen, al voltant del 70%, els que no han fumat mai, sense que hi hagi diferències entre sexes.

El percentatge de fumadors habituals en els estudiants de quart de medicina és del 14,3% en els homes i del 10,8% en les dones. Cal destacar que aquests percentatges són notablement més baixos en ambdós sexes en relació amb altres estudiants de la mateixa edat ($P = 0,087$ i $\chi^2 = 27,29$, $P < 0,001$), especialment entre les dones.

GRÀFIC 10: Consum de tabac per sexe. Dades comparatives amb estudiants en població general ≥ 21 anys (ESCA 2006)

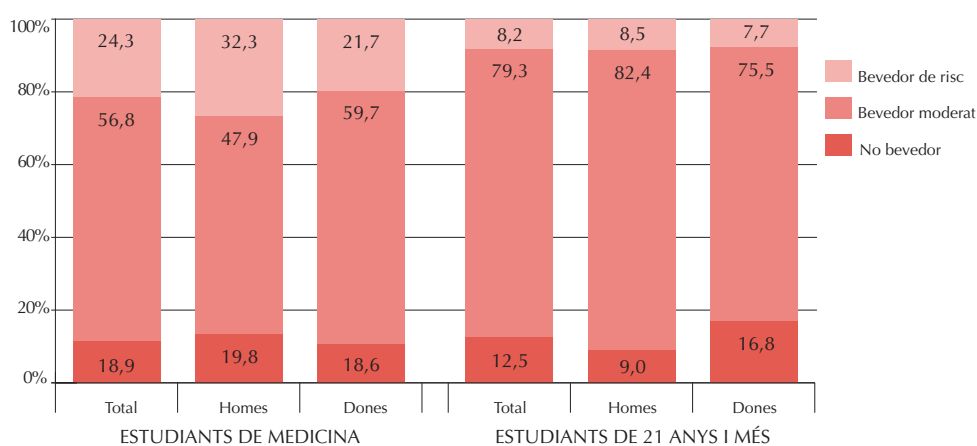


El nombre de fumadors, habituals o ocasionals, que han intentat deixar de fumar en el darrer any és considerable i se situa al voltant d'un 30%.

4.4. Consum d'alcohol i altres drogues

Al **GRÀFIC II** es presenten les dades sobre consum d'alcohol. Es va demanar la freqüència de consum setmanal de diversos tipus de begudes (vi o cava, cervesa, licors i begudes alcohòliques d'alta graduació) durant els dies feiners i els caps de setmana per separat. A partir d'aquestes dades es va calcular la quantitat ingerida en unitats de consum estandarditzades (UBE) cadascuna de les quals correspon a 10 grams d'alcohol. Es considera que un bevedor moderat té un consum inferior a 17 UBE entre les dones i de 28 entre els homes. Consums setmanals superiors o consum habitual de cinc o més begudes seguides són considerats comportaments de risc.

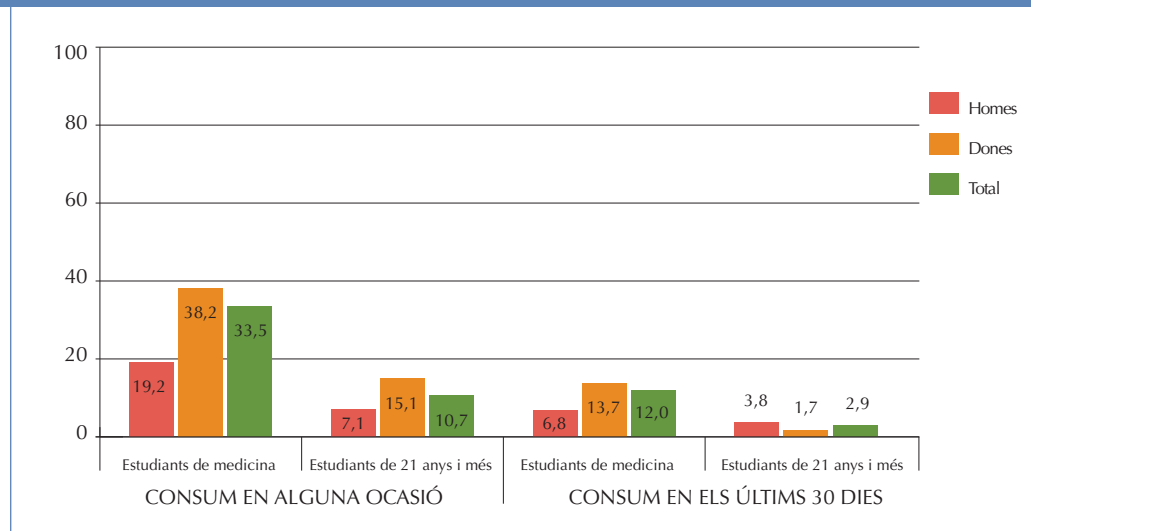
GRÀFIC II: Consum d'alcohol per sexe. Dades comparatives amb estudiants en població general ≥ 21 anys (ESCA 2006)



La xifra de bevedors de risc és alta entre els estudiants de medicina: s'hi troba un 26,7% dels homes i un 19,8% de les dones. En gran part els bevedors de risc són a causa del consum de cinc o més consumicions seguides, que reflecteixen la importància de les borratxeres de cap de setmana. És important destacar que aquest patró de consum és notablement més elevat que en altres estudiants tant en homes ($P < 0,001$) com en dones ($P = 0,002$).

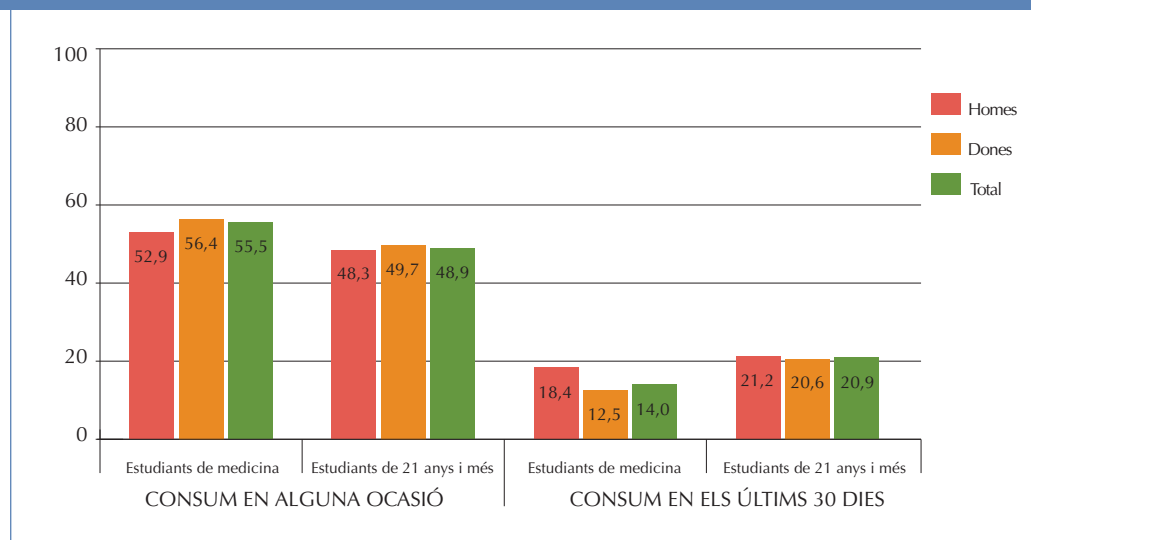
Es va preguntar als estudiants si havien consumit en alguna ocasió altres substàncies addictives, incloent-hi tranquil·litzants, derivats del cànnabis, cocaïna i heroïna.

GRÀFIC 12: Consum de TRANQUIL·LITZANTS en alguna ocasió o en els últims 30 dies per sexe. Dades comparatives amb estudiants en població general ≥ 21 anys (ESCA 2006)



La pregunta sobre el consum de tranquil·litzants no feia distinció entre medicació receptada per un facultatiu i l'autoprescripció. El consum de tranquil·litzants és molt elevat entre els estudiants de medicina, sobretot per part de les dones (un 38% n'ha pres en alguna ocasió i un 13,7% en els últims 30 dies). Aquest nivell de consum és significativament superior al dels altres estudiants tant en homes com en dones ($P=0,040$ i $P<0,001$ respectivament).

GRÀFIC 13: Consum de DERIVATS DEL CÀNNABIS en alguna ocasió o en els últims 30 dies per sexe. Dades comparatives amb estudiants en població general ≥ 21 anys (ESCA 2006)

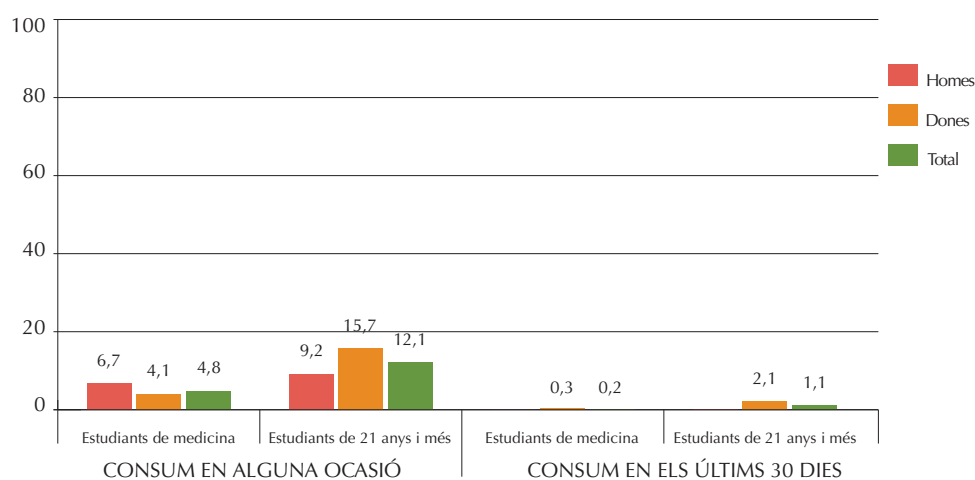


Més de la meitat dels estudiants havien consumit marihuana en alguna ocasió, xifra que és molt elevada però que és semblant a la que trobem en altres estudiants. El consum de cocaïna entre els estudiants de

medicina se situa sobre el 5% (6,7% en homes i 4,1% en dones) i és inferior al que es dona en altres joves de la seva edat sobretot en el cas de les dones ($P < 0,001$).

Cap dels alumnes havia consumit heroïna, droga infreqüent en l'actualitat entre els joves.

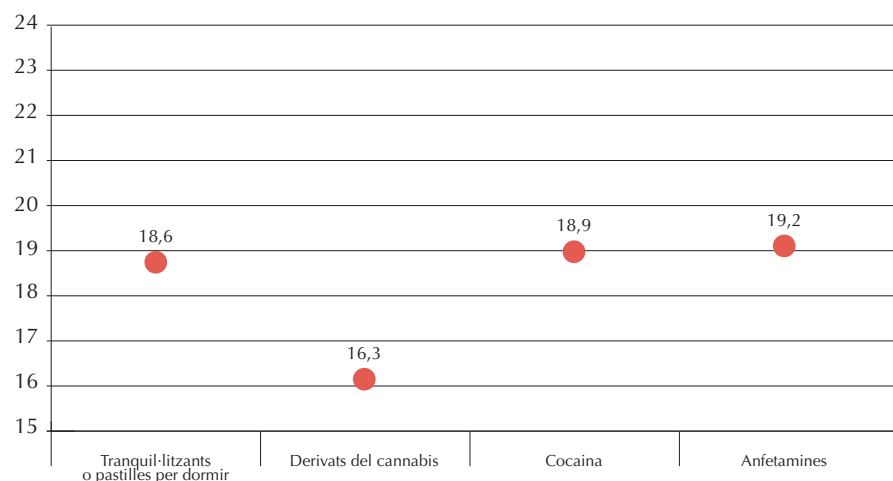
GRÀFIC 14: Consum de COCAÏNA en alguna ocasió o en els últims 30 dies per sexe.
Dades comparatives amb estudiants en població general ≥ 21 anys (ESCA 2006)



Com es pot veure als **GRÀFICS 12 a 14**, el consum autoinformat referent als últims 30 dies segueix un patró similar.

L'edat d'inici del consum d'aquestes substàncies no difereix significativament entre homes i dones. Els estudiants comencen a consumir cànnabis com a mitjana abans d'iniciar els estudis de medicina, mentre que el consum de tranquil·litzants, cocaïna i amfetamines coincideix com a mitjana amb l'inici de la carrera.

GRÀFIC 15: Edat en què els estudiants (que ho van fer) van iniciar el consum de diverses substàncies. Catalunya 2010



4.5. Salut mental

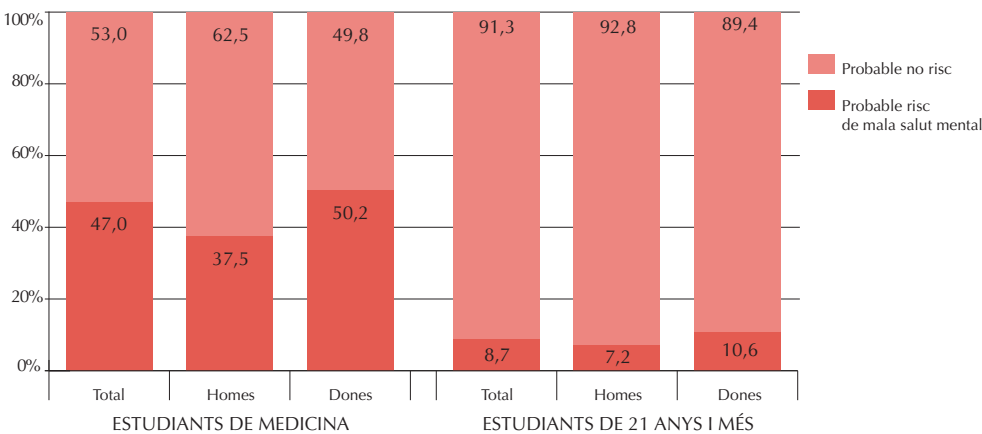
L'estat de salut mental va ser avaluat mitjançant el General Health Questionnaire (GHQ). Aquest instrument valora la presència en l'últim més de símptomes d'ansietat i depressió i de dificultats o manca d'interès per realitzar les activitats productives o socials de la vida diària. Com a instrument de cribatge s'accepta que la presència de tres o més símptomes és indicador de risc de patir algun trastorn mental.

TAULA 2: "General Health Questionnaire" (GHQ) i personalitat

	Total		Homes		Dones		p	n
Puntuació GHQ	3,1	3,04	2,43	2,85	3,32	3,08	0,008	417
GHQ 2/3							0,038	417
Probable salut mental normal	222	53,2%	65	62,5%	157	50,2%		
Probable risc de mala salut mental	195	46,8%	39	37,5%	156	49,8%		
BFI								
BFI Neuroticisme	5,73	2,1	6,92	1,71	5,33	2,07	<0,001	420
BFI Extraversió	5,88	1,8	5,98	1,75	5,85	1,82	0,523	417

A la nostra mostra, les dones presenten puntuacions significativament superiors als homes (3,3 i 2,4 respectivament, $P=0,008$). Quan es considera el risc probable de patir un trastorn mental, principalment de tipus ansiós o depressiu, les xifres són molt elevades i significativament molt superiors ($P<0,001$ en ambdós sexes) a les que es troben en altres estudiants de la mateixa edat.

GRÀFIC 16: Índex de salut mental GHQ per sexe. Dades comparatives amb estudiants en població general ≥ 21 anys (ESCA 2006)

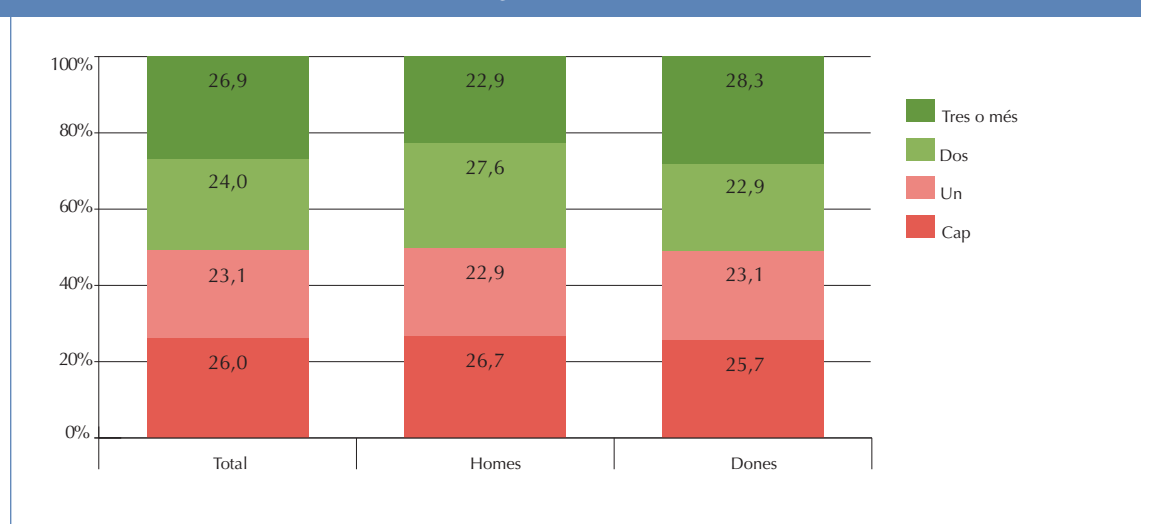


S'analitzen també dues dimensions de personalitat, el neuroticisme i l'extraversió, reflectides a la **TAULA 18** i de les quals no disposem de dades comparatives amb altres estudiants. Cal assenyalar que les dones obtenen puntuacions més altes en neuroticisme ($P < 0,001$) de forma congruent amb la major presència de símptomes detectada en el qüestionari GHQ. Aquestes dades s'empraran en l'estudi de les relacions entre malestar psicològic a l'apartat 5.

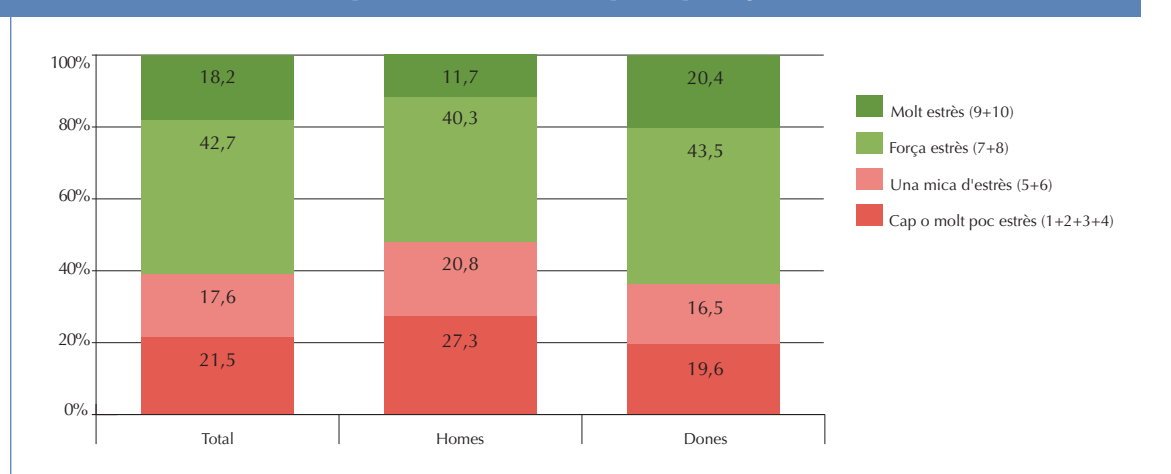
4.6. Esdeveniments vitals

En el benestar psicològic influeixen moltes variables, entre les quals cal destacar els esdeveniments adversos succeïts en els darrers mesos. A l'enquesta es va demanar als estudiants si en l'últim any havien patit diferents pèrdues de familiars i amics, dificultats econòmiques, legals i altres circumstàncies negatives. El 66% dels estudiants han dit haver patit un o més esdeveniments vitals adversos, als quals atribuïen un elevat efecte estressant en una escala Likert de l'1 al 10.

GRÀFIC 17: Nombre d'esdeveniments vitals ocorreguts als estudiants de 4t de medicina en l'últim any. Catalunya 2010



GRÀFIC 18: Nivell d'estrès declarat pels estudiants de medicina que han patit algun esdeveniment vital. Catalunya 2010



4.7. Entorn acadèmic

En molts estudis s'ha descrit que l'esforç i l'estrès que suposen els estudis de medicina produeixen en els estudiants la síndrome d'esgotament emocional o *burnout*. En aquest estudi s'ha emprat l'Oldenburg Burnout Inventory que avalua dues dimensions de la síndrome d'esgotament: el mateix esgotament i la pèrdua d'implicació en l'activitat. Cada dimensió es mesura amb la mitjana de set ítems puntuats d'1 a 4.

TAULA 3: Puntuacions a l'Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)

	Total	Homes	Dones	p	N
Esgotament	2,26 (0,51)	2,49 (0,49)	2,18 (0,49)	<0,001	420
Manca d'implicació	2,02 (0,42)	2,04 (0,44)	2,01 (0,42)	0,590	420

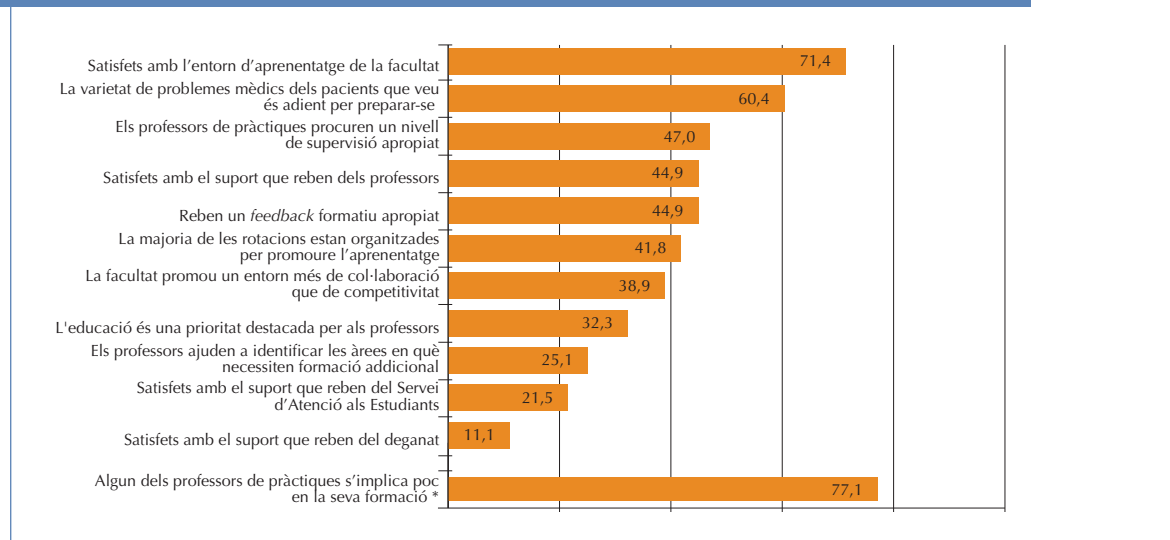
L'escala d'esgotament emocional està formada pels següents ítems: Sempre trobo aspectes nous i interessants als meus estudis; Cada vegada em passa més que parlo negativament dels meus estudis; Últimament tendixo a implicar-me menys en els estudis i ho faig d'esma; Considero els estudis com un repte positiu; Puc desconnectar dels estudis; No em veig a mi mateix/a fent una altra carrera que aquesta; Cada vegada em sento més implicat/da en els meus estudis.

L'escala de manca d'implicació està formada pels següents ítems: Tendixo a necessitar més temps que en el passat per relaxar-me i sentir-me millor; Sovint em sento mentalment esgotat; Quan acabo la jornada, em queda prou energia per a l'oci; Quan acabo la jornada, acostumo a sentir-me cansat/da; Hi ha dies en què em sento cansat/da abans de començar les classes; Aguanto molt bé la pressió dels meus estudis; En els meus estudis acostumo a sentir-me amb les piles carregades.

No es disposa de valors normatius, però els resultats a la nostra mostra són similars als obtinguts a l'estudi de Dahlin et al.¹⁰ en mostres d'estudiants de medicina suecs. Aquestes escales s'empraran en l'estudi de les variables relacionades amb el malestar psicològic.

A la **TAULA 22** es presenta un conjunt de preguntes referides a la satisfacció amb l'entorn d'aprenentatge de l'estudiant i fan referència tant a les institucions com als professionals que hi intervenen. Els ítems, amb certes modificacions per adaptar-los al nostre entorn, procedeixen de l'estudi de Dyrbye et al.⁵⁰ i havien de ser contestats en escales de cinc punts des de molt satisfet a molt insatisfet.

GRÀFIC 19: Estudiants de 4t de medicina que estan d'acord o satisfets amb diversos aspectes de la facultat (respostes molt satisfets + satisfets). Catalunya 2010



En cap de les tretze preguntes s'han obtingut diferències valorables entre estudiants homes i dones, per la qual cosa comentarem els resultats globals. El 71,1% dels estudiants estan satisfets amb l'entorn global d'aprenentatge de la facultat, encara que és baixa (32,3%) la proporció que considera que l'educació és la prioritat dels professors i que les facultats promouen un entorn que fomenta la col·laboració (38,9%). La satisfacció amb el suport rebut per part dels tutors, a les facultats on aquesta figura existeix, és alta (62,7%), mentre que no se senten gaire recolzats pels serveis d'atenció als estudiants (21,5%) i el deganat (11,1%).

Quant a les pràctiques, menys de la meitat dels estudiants (47,0%) creuen que la supervisió és adequada i una gran majoria (77,1%) considera que algun dels professors s'hi implica poc. Respecte al contingut de les pràctiques, el 41,8% considera que estan organitzades per facilitar l'aprenentatge i el 60,4% creu que la varietat de problemes mèdics que observen és adient. Només un 44,9% dels estudiants creuen rebre un *feedback* apropiat i sols un 25,1% perceben que els professors els ajuden a identificar els punts febles de la seva formació.

Per conèixer l'estructura de les opinions dels estudiants respecte al seu entorn educatiu es va procedir a efectuar una anàlisi factorial. Aquesta tècnica permet inferir l'estructura subjacent a les relacions de les respostes a les diferents preguntes. En l'anàlisi es va prescindir de la pregunta referida als tutors de facultat ja que molts estudiants van respondre que no tenien tutor. De forma exploratòria es varen extreure dos i tres factors seguits de rotació varimax i es va triar la solució de dos factors per ser més interpretable.

TAULA 4: Anàlisi factorial d'opinions referides als estudis

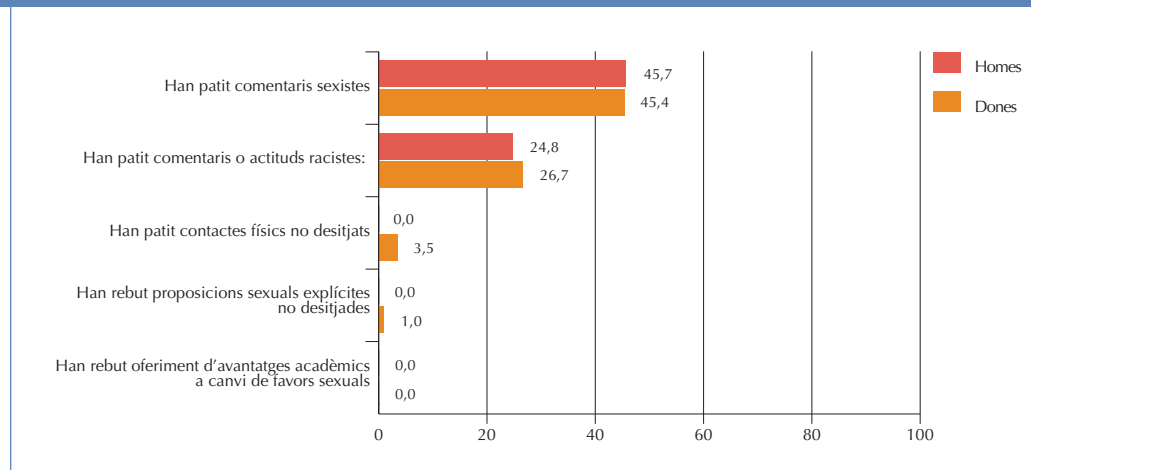
	Factor 1	Factor 2
Satisfacció global amb l'entorn d'aprenentatge	0,607	0,263
L'educació és una prioritat destacada per als professors	0,715	0,288
La facultat promou un entorn més de col·laboració que de competitivitat	0,411	0,253
Satisfacció amb el suport que reben del Servei d'Atenció als Estudiants	0,310	0,299
Satisfacció amb el suport que reben del deganat	0,211	0,172
Satisfacció amb el suport que reben dels professors	0,667	0,352
Els professors de pràctiques procuren un nivell de supervisió apropiat	0,367	0,591
Poca implicació d'algun professor de pràctiques	-0,193	-0,334
La majoria de les rotacions estan organitzades per promoure l'aprenentatge	0,242	0,597
La varietat de problemes mèdics dels pacients que veu és adient per preparar-se	0,218	0,542
Reben un <i>feedback</i> formatiu apropiat	0,482	0,639
Els professors ajuden a identificar les àrees en què cal formació addicional	0,347	0,519
Variança explicada	18,9%	18,7%

Les saturacions superiors a 0,3 s'han destacat en negreta.

Els dos factors expliquen el 37,6% de la variança. El primer factor està saturat tant per preguntes referides al suport institucional com dels professors, mentre que el segon està més saturat per les qüestions relacionades amb la formació pràctica. Aquestes dues dimensions seran emprades en l'anàlisi de les variables relacionades amb el malestar dels estudiants i, d'acord amb la direcció de les puntuacions, les anomenarem “Insatisfacció general” i “Insatisfacció amb les pràctiques”

En totes les comunitats es poden produir situacions de vulneració dels drets de les persones, per la qual cosa s'ha demanat als estudiants si havien viscut situacions de vexació sexual o racial.

GRÀFIC 20: Percepció d'assetjament sexual i actituds racistes en el marc acadèmic per part dels estudiants de 4t de medicina per sexes. Catalunya 2010



Com podem veure una alta proporció d'alumnes ha percebut comentaris sexistes i actituds racistes per part de professors o altres professionals dels centres. En ambdues preguntes no hi ha diferències entre homes i dones ($P=0,955$ i $P=0,798$ respectivament). Tal com es va formular la pregunta no es pot determinar si la resposta fa referència a situacions en què la persona ha estat objecte del comentari o si n'ha estat testimoni. Les proposicions sexuals explícites i els contactes físics no desitjats són molt infreqüents. També val la pena assenyalar que no hi ha cap resposta afirmativa quant a l'oferiment d'avantatges acadèmics a canvi de favors sexuals.

5. Resultats: relació amb malestar psicològic

A l'enquesta disposem de tres indicadors de malestar psicològic: el General Health Questionnaire (GHQ) i les dues subescales de l'Oldenburg Burnout Inventory (OLBI). Mentre que la primera mesura el risc de patir un trastorn mental, especialment de tipus ansiós o depressiu, l'OLBI avalua les dimensions d'esgotament i desinterès per les activitats acadèmiques.

Els factors que influencien en qualsevol d'aquestes variables són múltiples i, per tant, no ens plantejarem la cerca de "la causa", sinó de les variables que hi poden estar relacionades. De forma general, hem de reconèixer que els estudis transversals no són concloents quant a possibles relacions de causalitat, ja que les interaccions entre les variables poden ser inverses a les que es plantegen o bidireccionals. Malgrat aquestes limitacions, un dels objectius proposats és analitzar la repercussió de les insatisfaccions i la càrrega de treball en l'estat emocional dels alumnes de medicina.

5.1. Risc de trastorns psicopatològics

Com hem assenyalat anteriorment, el GHQ dóna una puntuació quantitativa respecte a la percepció durant l'últim mes de símptomes relacionats amb patiment emocional que comprenen ansietat, depressió i pèrdua d'interessos socials. Com a instrument de cribatge, una puntuació de tres o més és indicativa de risc de patir algun trastorn mental. La versió del GHQ que hem emprat en aquest estudi és l'habitual en recerca epidemiològica i té una sensibilitat i especificitat situades al voltant del 80%.

La probabilitat de patir un trastorn mental depèn de nombrosos factors que cal considerar abans d'atribuir-ho a la insatisfacció amb el suport percebut en els estudis. El desenvolupament dels trastorns mentals està relacionat tant amb aspectes genètics com ambientals que conformen la predisposició de cada individu a patir-los. Els factors adversos i estressants incideixen sobre aquesta predisposició i l'activen, mentre que un bon suport de l'entorn l'amorteix.

En la nostra anàlisi hem optat per un model de regressió logística jeràrquic per explicar la presència o absència de risc de patir trastorn mental. En primer lloc hem introduït com a predictors les variables de personalitat com a indicadors de vulnerabilitat. El neuroticisme, tendència a presentar respostes extremes i duradores d'ansietat i depressió enfront de situacions d'estrès, és el factor predisponent que més freqüentment es troba en els estudis. L'extraversió, que implica interès i capacitat per les relacions interpersonals, afavoreix que el subjecte estableixi una xarxa relacional i de suport, actua com a amortidor dels efectes de l'estrès i té efecte protector davant dels trastorns de la sèrie ansiosa i depressiva. Però, a la vegada, en tant que suposa tendència a la desinhibició i a la cerca d'entorns estimulants, s'associa a alteracions del control dels impulsos i al consum de substàncies estimulants.

Seguidament hem introduït en el model la presència d'esdeveniments vitals adversos. Tal com hem assenyalat a la part descriptiva de l'estudi, el 66% dels estudiants han referit haver patit com a mínim un esdeveniment vital important a l'últim any que els ha causat importants nivells d'estrès. En aquesta anàlisi s'ha emprat aquesta variable dicotomitzada, ja que quantitativament presenta una distribució molt esbiaixada. Finalment, s'han introduït els dos factors relacionats amb la satisfacció amb les condicions i el suport docent que reben els alumnes. El primer, és un factor general saturat per quasi totes les preguntes, mentre que el segon té una major relació amb les pràctiques.

A la taula següent es presenten els resultats de la regressió logística jeràrquica. Globalment el model és significatiu ($P < 0,001$) amb un coeficient R^2 de Nagelkerke de 0,12.

TAULA 5: Regressió logística modeladora del GHQ

Variable	β	z	P
Neuroticisme	0,13	2,50	0,012
Extraversió	-0,13	-2,12	0,034
Esdeveniments vitals	0,98	3,77	<0,001
Insatisfacció general amb la docència	0,40	2,86	0,004
Insatisfacció amb les pràctiques	-0,18	-1,30	0,195

Tal com era de preveure el neuroticisme i la presència d'esdeveniments vitals adversos en els últims anys contribueixen de forma molt significativa ($P=0,012$ i $P < 0,001$) a la predicció de l'existència de patir un trastorn mental. L'extraversió que, tal com abans hem dit, tant pot tenir un efecte protector o facilitador, també assoleix significació estadística ($P=0,034$). Fins i tot tenint en compte la influència d'aquestes variables, una opinió desfavorable amb la docència rebuda també està associada a una major probabilitat de presentar un trastorn mental ($P=0,004$).

5.2. Esgotament emocional davant dels estudis

La principal dimensió del síndrome de *burnout* és l'esgotament emocional davant de les activitats. En aquest cas hem procedit a fer una regressió lineal jeràrquica, ja que aquesta variable és contínua i té una distribució aproximadament normal. En primer lloc hem introduït en el model les variables de personalitat, seguides dels esdeveniments vitals adversos i finalment els dos factors amb què resumim la satisfacció de l'estudiant amb l'entorn docent i les condicions d'aprenentatge. Els resultats es presenten a la següent taula.

TAULA 6: Regressió logística modeladora de l'esgotament emocional

Variable	β	z	P
Neuroticisme	0,09	8,15	<0,001
Extraversió	-0,04	-3,19	<0,001
Esdeveniments vitals	0,21	4,01	<0,001
Insatisfacció general amb la docència	0,11	3,91	<0,001
Insatisfacció amb les pràctiques	-0,02	-0,81	0,421

També en aquest model s'obtenen valors altament significatius en els predictors de personalitat ($P < 0,001$ tant en neuroticisme com en extraversió) i en presència d'esdeveniments vitals en el darrer any ($P < 0,001$). Després de controlar l'efecte d'aquestes variables també la insatisfacció general amb la docència és predictora d'esgotament emocional ($P < 0,001$).

5.3. Desinterès pels estudis

El *burnout* a més de manifestar-se en símptomes emocionals està estretament relacionat amb la desmotivació i pèrdua d'interès per les activitats. Hem modelat aquesta variable com en el cas anterior mitjançant regressió lineal múltiple jeràrquica i amb els mateixos predictors. A la taula següent es presenten els resultats.

TAULA 7: Regressió logística modeladora del desinterès pels estudis

Variable	β	z	P
Neuroticisme	0,02	2,55	0,011
Extraversió	-0,03	-2,92	0,004
Esdeveniments vitals	0,02	0,50	0,620
Insatisfacció general amb la docència	0,17	6,84	<0,001
Insatisfacció amb les pràctiques	0,04	1,60	0,111

La desmotivació i desinterès pels estudis està, tal com era d'esperar, relacionada amb els factors de personalitat ($P=0,011$ amb el neuroticisme i $P=0,004$ amb l'extraversió). No té relació amb haver patit situacions adverses a l'últim any ($P=0,620$) i està especialment associada a la insatisfacció general amb la docència i el suport acadèmic.

6. Discussió

La mostra estudiada representa el 52% de tots els estudiants matriculats a quart curs de les diferents facultats de Medicina de Catalunya. La taxa de resposta és similar en els quatre centres que impartien aquest curs l'any acadèmic 2009-2010. Tal com s'ha assenyalat es va procurar administrar els qüestionaris a les classes més concorregudes d'acord amb les indicacions dels delegats de curs de cada centre. En total, només dos alumnes van abandonar l'aula després d'explicar el projecte i sol·licitar la seva col·laboració. Per tant, es van aconseguir les respostes de la pràctica totalitat dels estudiants que assistien a la classe triada. Sempre és difícil aventurar quines diferències pot haver-hi entre els alumnes que assisteixen regularment a classe i els que tendeixen a l'absentisme. Però no hi ha motius per suposar que els alumnes no assistents es diferenciïn dels assistents pel que fa al seu rendiment acadèmic, ja que la taxa d'abandonaments a partir de quart curs és baixa. Atenent a les dades dels estudiants enquestats, el 25% tenen pendants assignatures de cursos inferiors i el 14% cursen assignatures de cursos superiors. És, doncs, bastant freqüent estar matriculat a assignatures de diferents cursos i cal suposar que en aquests casos l'assistència es reparteix entre els diferents cursos. Considerem, per tant, que la mostra obtinguda és representativa dels estudiants de medicina que inicien el contacte amb la clínica, que és la població diana del nostre estudi.

El 75% de la mostra estudiada són dones, que coincideix amb els indicadors de feminització de la població universitària. El 68% de la mostra és nascut a Catalunya i només un 7% procedeix de fora de l'Estat espanyol. En el 19% dels casos algun dels progenitors és metge i en un 36% es té algun metge entre la resta de familiars propers. Malgrat no disposar de dades comparatives amb altres professions, es pot inferir una notable influència en la tria dels estudis de medicina de les experiències viscudes en el nucli familiar. Més de la meitat dels estudiants continuen vivint amb la família, la qual cosa suposa una font de suport propera. Quasi tres quartes parts dels estudiants no realitzen cap activitat remunerada i els que treballen fan com a mitjana una jornada de 10 hores setmanals. Només un 17% gaudeix de beques d'estudis. Majoritàriament es tracta, doncs, d'estudiants econòmicament dependents dels pares i amb disponibilitat horària per als estudis.

La salut autopercebuda és bona, no es detecten diferències entre sexes ni amb la que refereixen altres estudiants de Catalunya d'aquesta edat. Encara que la salut autopercebuda no té excessiva relació amb la valoració clínica és un indicador de qualitat de vida i, quan és negativa, es troba associada a l'absentisme laboral⁵¹. Encara que el 93% diu tenir història clínica oberta, el 54% dels homes i el 37% de les dones

de la mostra diuen no tenir metge de capçalera, la qual cosa és indicador de la baixa utilització de serveis sanitaris, i és concordant amb una elevada autopercepció de la seva salut.

La mitjana d'hores de son és de set hores, i és significativament inferior en les dones en relació amb els homes. La diferència entre ambdós grups és de mitja hora, la qual cosa és clínicament significativa. El temps de son és inferior a l'habitual en adults joves de la població general, però coincideix amb els resultats obtinguts per Frank et al.⁵² en estudiants de medicina dels EUA. West et al.⁵³, en un estudi longitudinal assenyalen l'associació indirecta, mediatitzada per símptomes depressius i esgotament emocional, entre un baix nombre d'hores de son i la posterior percepció d'errors en residents.

El nivell d'activitat física dels estudiants de medicina és notablement superior en el homes. En ambdós sexes està més polaritzat que en els estudiants de la població general de Catalunya, de forma que hi ha un major percentatge d'estudiants de medicina inactius i també que realitzen activitat física intensa. A la nostra mostra el nombre de subjectes qualificats com a físicament inactius no arriba al 3%. Frank et al.⁵⁴ assenyalen que un estil de vida actiu en els estudiants de medicina sol mantenir-se estable al llarg de tota la carrera i s'associa amb una major tendència a aconsellar i promocionar l'activitat física en els pacients.

L'índex de massa corporal (IMC) autoinformat situa en la categoria d'infrapès ($IMC < 18,5$) al 5% dels homes i al 14% de les dones estudiants de medicina. Aquests valors són similars als trobats en el conjunt de la població d'estudiants de Catalunya. A la revisió de la literatura internacional són pocs els estudis que considerin aquesta variable en estudiants de medicina. En un estudi realitzat en estudiants de medicina xinesos l'IMC correlacionava tant amb preocupacions amb la imatge corporal com amb les conductes alimentàries⁵⁵. Per tant, malgrat que un IMC baix no implica necessàriament la presència d'un trastorn de la conducta alimentària, n'és una de les seves possibles manifestacions i cal considerar-ho com una dada preocupant. En el cas dels estudiants homes la presència d'un 19% de sobrepès, encara que coincident amb la resta d'estudiants de Catalunya, també s'ha de considerar.

La prevalença de fumadors habituals entre els estudiants de medicina se situa en un 14% en els homes i un 11% en les dones. Aquesta prevalença és sensiblement menor a la del conjunt d'estudiants de la mateixa edat a Catalunya que, en ambdós sexes, és superior al 25%. A la població general, el consum de tabac en el nostre entorn en els darrers trenta anys tendeix a reduir-se en els homes de tots els grups d'edat, mentre que en les dones només en els grups de més edat⁵⁶. També hi ha una relació amb la classe social, la prevalença de fumadors és superior en les més desfavorides. La marcada diferència entre els estudiants de medicina enquestats i l'estrat d'estudiants de la mateixa edat a l'ESCA pot estar influenciada per diferents factors. Sobre això, cal considerar la temporalitat de la recollida de dades, les dades de l'ESCA corresponen al 2006. Però els canvis en el patró de consum de substàncies addictives són lentes i no semblen justificar les diferències trobades. També cal considerar la possible diferència de classe social entre els estudiants de medicina i el conjunt d'estudiants de Catalunya, que inclou tant universitaris com altres estudis de segon grau. Amb relació a les prevalences de tabaquisme d'altres països del nostre entorn, els nivells de consum se situen també a la zona baixa, per exemple, a Irlanda¹².

Quant al consum d'alcohol, els estudiants de medicina que compleixen criteris de bevedors de risc són un nombre notablement elevat, més del 26% en el cas del homes i del 19% en el cas de les dones. Aquestes xifres són molt superiors a les prevalences dels altres estudiants de Catalunya. En ambdues enquestes s'han emprat els mateixos criteris que inclouen en aquesta categoria tant els consumidors diaris excessius com els bevedors de caps de setmana. En canvi, les elevades prevalences obtingudes en estudiants de medicina són similars a les obtingudes a altres països europeus^{15,57}. També en aquests països són freqüents les grans ingestes de cap de setmana. És preocupant que més del 21% dels estudiants de medicina afirmi beure cinc o més consumicions alcohòliques en una sola ocasió més d'una vegada al mes.

El consum de substàncies il·legals més freqüent per part dels estudiants de medicina és el de cànnabis. En algun moment de la seva vida el 53% dels homes i el 56% de les dones diuen haver consumit aquesta substància. El consum a l'últim mes va ser de 13% en els homes i 14% en les dones. El percentatge de contacte amb altres drogues il·legals és molt més baix. Així, el 5% del total de la mostra admet haver consumit cocaïna i el 3% derivats amfetamínics, mentre que cap diu haver provat mai heroïna. Tant en el cas dels homes com de les dones, el consum de marihuana és similar al referit pel conjunt d'estudiants de Catalunya, mentre que l'ús de la cocaïna és sensiblement menor. El consum de tranquil·litzants és notablement elevat i molt superior en les dones (38% en algun moment de la seva vida i 14% en el darrer mes) que en els homes (19% i 7% respectivament). A la nostra enquesta no hem distingit si el consum de tranquil·litzants és per prescripció mèdica. Però, en qualsevol cas, aquestes xifres són més del doble de les trobades en el conjunt d'estudiants de Catalunya d'aquestes edats.

L'elevat consum d'alcohol i de marihuana, així com de fàrmacs tranquil·litzants en els estudiants de medicina és un seriós problema, ja que els hàbits adquirits en aquesta fase de la vida tenen moltes probabilitats de persistir. Com assenyala Boland et al.¹², una mala utilització de les substàncies addictives per part dels metges pot fer que es prenguin a la lleugera les conductes addictives del seus pacients i, per altra banda, ser poc eficients en la promoció d'estils de vida saludables.

La salut mental dels estudiants de medicina s'ha valorat mitjançant el qüestionari GHQ, versió epidemiològica de 12 ítems, i s'ha emprat com a punt de tall el valor 2/3 tal com s'ha fet a l'ESCA²⁸. Amb aquestes condicions la prevalença de subjectes en risc psicopatològic és del 47%, amb diferències significatives entre sexes (38% en els homes i 50% en les dones). Aquests valors són notablement més elevats que els trobats en el conjunt d'estudiants de Catalunya (7% en homes i 11% en dones). En estudis realitzats en estudiants de medicina en altres països les prevalences detectades amb aquest mateix instrument són molt variables, i oscil·len entre un 19% en estudiants hongaresos⁵⁸ i un 57% en estudiants de Singapur⁵⁹. En els estudis realitzats al Regne Unit amb estudiants en el començament del període clínic Moffat et al.⁸ refereixen una prevalença del 52% mentre que Guthrie et al. obtenen un 31%⁹. Com es pot veure, les diferències entre els diversos estudis són notables fins i tot en els realitzats en el mateix país. En les investigacions comparatives amb altres estudiants o amb la població general solen trobar-se sempre valors més elevats en els estudiants de medicina^{60,61}, tal com hem obtingut en el present estudi.

En la interpretació d'aquestes altes prevalences de risc psicopatològic detectades mitjançant qüestionaris cal considerar un possible efecte de suggestió motivat perquè l'estudi de malalties produeixi una mala interpretació o excessiva detecció de símptomes en el mateix subjecte. Azuri et al.⁶² mostren com els estudiants incrementen la seva preocupació i temor a les malalties i a la mort en iniciar el període clínic, i disminueix en els següents anys. En aquest estudi també assenyalen que aquesta fluctuació de les cognicions ansioses no interfereix en les activitats de la vida diària, per la qual cosa es pot considerar com una reacció normal. Malgrat aquesta possible sobreestimació del malestar emocional, especialment quan s'avalua mitjançant qüestionaris, hi ha indicadors més objectius que confirmen els nivells elevats de psicopatologia. Així, la ideació suïcida, i també el suïcidi consumat, són més freqüents en estudiants de medicina que en la població general^{2,63}.

De forma general, el 71% del estudiants es mostren satisfets amb l'entorn educatiu, però quan s'analitzen els diferents aspectes avaluats els resultats assenyalen molts aspectes a millorar. Així, observem molts indicadors de falta d'implicació activa dels professors. Pocs alumnes (33%) consideren que la seva formació sigui una prioritat per als professors. Això es fa més palès en els aspectes que suposen un ensenyament personalitzat. La manca de *feedback* i la poca informació sobre els aspectes a millorar indiquen una escassa interacció. Les pràctiques es perceben com a poc orientades al seu aprenentatge, amb alguns professors poc implicats i amb escassa supervisió. Aquestes percepcions reflecteixen un tipus d'ensenyament poc actiu i amb baixa interacció. Els nivells de satisfacció més baixos fan referència als òrgans institucionals, com ara els serveis d'atenció a l'estudiant en què el percentatge d'estudiants satisfets baixa fins un 22%.

S'ha analitzat el possible impacte de la insatisfacció de l'entorn educatiu en l'estat dels alumnes considerant tres indicadors: el risc psicopatològic, l'esgotament emocional i el desinterès pels estudis. Tot entenent que l'estat emocional és funció de moltes variables, s'ha controlat estadísticament a partir de variables de personalitat (neuroticisme i extraversió) i de la presència d'esdeveniments vitals adversos en el darrer any. Les variables d'insatisfacció amb l'entorn acadèmic s'han resumit en dos factors, un de general i l'altre més relacionat amb les pràctiques.

Totes les variables extraacadèmiques influeixen en els tres indicadors considerats tal com era de preveure. Però, després de controlar-los, es manté com a significativa l'associació amb la insatisfacció general amb la docència, però no l'específica amb les pràctiques. En un estudi transversal és difícil establir relacions de causa-efecte i cal considerar la possibilitat d'una relació inversa: l'estrès emocional pot donar lloc a una percepció generalitzada més negativa de l'entorn. Però en aquest cas també la insatisfacció amb les pràctiques s'hagués associat amb els indicadors d'afectació emocional. Tot i tenir present aquesta limitació, les nostres dades confirmen l'estudi de Dyrbye et al.¹⁹ i posen de manifest les repercussions de les insatisfaccions emocionals en l'estat anímic dels estudiants de medicina.

7. Conclusions

Els resultats de l'estudi de les respostes dels estudiants de quart curs de medicina de Catalunya han permès conèixer les característiques més significatives de la seva salut, estils de vida i condicionants acadèmics.

Quant als hàbits de salut cal destacar un bon nivell de salut autopercebuda i d'activitat física. El nombre d'hores de son està lleugerament per sota del que és recomanable i la freqüència d'infrapès, especialment en la dones, és elevada.

El nombre de consumidors d'alcohol de risc és elevat, amb un nombre significatiu d'estudiants amb ingestes compulsives de cap de setmana. La prevalença de tabaquisme és significativament inferior a la d'altres estudiants de la seva edat, mentre que el consum de marihuana és similar i freqüent. S'ha detectat un consum de fàrmacs tranquil·litzants molt superior al de grups de la seva mateixa edat.

Els nivells de distrès emocional i possible risc de patir trastorns psicopatològics és molt elevat i superior en les dones.

Els nivells de satisfacció amb l'entorn acadèmic són, globalment, elevats, però expressen descontent amb molts aspectes relacionats amb la personalització de l'ensenyament i una manca de suport per part de les instàncies institucionals.

El nivell d'insatisfacció amb l'entorn acadèmic s'associa amb majors nivells de risc psicopatològic i esgotament emocional.

Aquestes dades, coincidents amb estudis fets a altres països, justifiquen la necessitat d'endegar programes per promoure estils de vida sans, l'autodetecció d'alteracions emocionals i la disminució de l'estrès acadèmic. Tal com s'afirma en un estudi recent⁶⁴ “encara que no sigui realista embarcar-se en una campanya per eliminar l'estrès completament, és raonable esforçar-se a trobar vies per reduir-lo i ajudar els estudiants a afrontar-lo”.

8. Bibliografia

- 1 Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med* 2006, 81, 354-373.
- 2 Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS. et al. Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann. Intern. Med.* 2008, 149, 334-341.
- 3 Goebert D, Thompson D, Takeshita J. et al. Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. *Acad Med* 2009, 84, 236-241.
- 4 Compton MT, Carrera J, Frank E. Stress and depressive symptoms/dysphoria among US medical students: results from a large, nationally representative survey. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2008, 196, 891-897.
- 5 Guthrie EA, Black D, Shaw CM. et al. Embarking upon a medical career: psychological morbidity in first year medical students. 1995, *Med Educ* 29, 337-341.
- 6 Sender R, Salamero M, Vallés A, Valdés M. Psychological variables for identifying susceptibility to mental disorders in medical students at the University of Barcelona. *Med Educ Online* 2004, 9, 1-5.
- 7 Carson AJ, Dias S, Johnston A. et al. Mental health in medical students. A case control study using the 60 item General Health Questionnaire. *Scott Med J* 2000, 45, 115-116.
- 8 Moffat, KJ, McConnachie, A, Ross, S. et al. (2004). First year medical student stress and coping in a problem-based learning medical curriculum. *Med Educ* 38, 482-491.
- 9 Guthrie, E, Black, D, Bagalkote, H. et al. (1998). Psychological stress and burnout in medical students: a five-year prospective longitudinal study. *J R Soc Med* 91, 237-243.
- 10 Dahlin ME, Runeson B. Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study. *BMC Med Educ* 2007, 7, 6.
- 11 Lomis, KD, Carpenter, RO. and Miller, BM. (2009). Moral distress in the third year of medical school; a descriptive review of student case reflections. *Am. J. Surg.* 197, 107-112.
- 12 Boland M, Fitzpatrick P, Scallan E et al. Trends in medical student use of tobacco, alcohol and drugs in an Irish university, 1973-2002. *Drug Alcohol Depend* 2006, 85, 123-128.

- 13 Tuttle JP, Scheurich NE, Ranseen J. Prevalence of ADHD diagnosis and nonmedical prescription stimulant use in medical students. *Acad Psychiatry* 2010, 34, 220-223.
- 14 Da Silveira DX, Rosa-Oliveira L, Di Pietro M. et al. Evolutional pattern of drug use by medical students. *Addict Behav* 2008, 33, 490-495.
- 15 Pickard M, Bates L, Dorian M. et al. Alcohol and drug use in second-year medical students at the University of Leeds. *Med Educ* 2000, 34, 148-150.
- 16 Haglund MEM, van Het Rot M, Cooper NS et al. Resilience in the third year of medical school: a prospective study of the associations between stressful events occurring during clinical rotations and student well-being. *Acad Med* 2009, 84, 258-268.
- 17 Nora LM, McLaughlin MA, Fosson SE. et al. Gender discrimination and sexual harassment in medical education: perspectives gained by a 14-school study. *Acad Med* 2002, 77, 1226-1234.
- 18 White, GE. (2000). Sexual harassment during medical training: the perceptions of medical students at a university medical school in Australia. *Med Educ* 34, 980-986.
- 19 Dyrbye LN, Thomas MR, Harper W et al. The learning environment and medical student burnout: a multicentre study. *Med Educ* 2009, 43, 274-282.
- 20 Baldassin S, Alves TC, de Andrade AG. et al. The characteristics of depressive symptoms in medical students during medical education and training: a cross-sectional study. 2008, *BMC Med Educ* 8, 60.
- 21 Dahlin M, Joneborg N, Runeson, B. Performance-based self-esteem and burnout in a cross-sectional study of medical students. *Med Teach* 2007, 29, 43-48.
- 22 Ross S, Cleland J, Macleod MJ. Stress, debt and undergraduate medical student performance. *Med Educ* 2006, 40, 584-589.
- 23 Dyrbye LN, Thomas MR, Huschka MM et al. A multicenter study of burnout, depression, and quality of life in minority and nonminority US medical students. *Mayo Clin. Proc.* 2006, 81, 1435-1442.
- 24 Sender, R, Vallés, A, Puig, O, Salamero, M. and Valdés, M. (2004). ¿Qué hay detrás del miedo a los exámenes? *Educación Médica* 7, 36-41.
- 25 Thomas, MR, Dyrbye, LN, Huntington, JL. et al. (2007). How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *J Gen Intern Med* 22, 177-183.
- 26 Laidlaw A.H. Social anxiety in medical students: Implications for communication skills teaching. *Med Teach* 2009, 31, 649-654.
- 27 Dunn LB, Iglewicz A, Moutier, C. A conceptual model of medical student well-being: promoting resilience and preventing burnout. *Acad Psychiatry* 2008, 32, 44-53.

- 28 Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, Els catalans parlen de la seva salut. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació, 2009. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/plasalut/catparesalut2006.pdf>.
- 29 Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Catedra J. Manual de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2006. Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008. Disponible en: <http://www.aspb.es/quefem/docs/Manual%20Enquesta%20de%20Salut%202006.pdf>.
- 30 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe 2007. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2007.pdf>.
- 31 Rodríguez-Martos A, Gual a, Llopis JJ. La unidad de bebida estándar: un registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas. Med Clin (Barc) 1999; vol.112, núm 12.
- 32 Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. Med Sci Sports Exerc 2003, 35, 1381-1395.
- 33 Goldberg, D. The General Health Questionnaire. Windsor, UK: NFER-Nelson, 1978.
- 34 Muñoz P, Vázquez J, Rodríguez F. Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg. Arch Neurobiol 1979, 42, 139-158.
- 35 Blancafort, X, Masachs, E, Valero, S. et al. Estudi sobre la salut dels residents de Catalunya. Fundació Galatea, 2008.
- 36 Rohlf, I, Arrizabalaga, P, Artazcoz, L. et al. Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya. Fundació Galatea, 2007.
- 37 Rammstedt B, John, O. Measuring personality in one minute or less: A 10-items short version of the Big Five Inventory in English and German. J Pers Res 2007, 41, 203-212.
- 38 Ozer DJ, Benet-Martinez V. (2006). Personality and the prediction of consequential outcomes. Annu Rev Psychol 2006, 57, 401-421.
- 39 Morey LC, Gunderson J, Quigley BD et al. Dimensions and categories: the "big five" factors and the DSM personality disorders. Assessment 2000, 7, 203-216.
- 40 Watson D, Clark LA, Chmielewski M. Structures of personality and their relevance to psychopathology: II. Further articulation of a comprehensive unified trait structure. J Pers 2008, 76, 1545-1586.
- 41 Rammstedt B, Goldberg LR, Borg I. The measurement equivalence of Big Five factor markers for persons with different levels of education. J Res Pers 2010, 44, 53-61.
- 42 Monroe SM. Modern approaches to conceptualizing and measuring human life stress. Annu Rev Clin Psychol 2008, 4, 33-52.

- 43 Cohen S, Tyrrell DA, Smith AP. Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. *J Pers Soc Psychol* 1993, 64, 131-140.
- 44 Midtgaard M, Ekeberg Ø, Vaglum P. et al. Mental health treatment needs for medical students: a national longitudinal study. *Eur. Psychiatry* 2008, 23, 505-511.
- 45 Maslach C, Jackson S, Leiter M. Maslach Burnout Inventory manual. 3th ed. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, 1996.
- 46 Demerouti, E, Bakker, A.B, Vardakou, I. and Kantas, A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *Eur J Psychol Assess* 19, 12-23.
- 47 Pompili M, Innamorati M, Narciso V et al. Burnout, hopelessness and suicide risk in medical doctors. *Clin Ter* 2010, 161, 511-4.
- 48 R Development Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2011, <http://www.R-project.org/>.
- 49 Idler EL, Beyamini Y. (1997) Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*, 1997, 38, 21-37.
- 50 Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clin. Proc*, 2005, 80, 1613-1622.
- 51 Roelen CA, Koopmans OC, de Graaf JH et al. Job demands, health perception and sickness absence. *Occup Med*, 2007, 57, 499-504.
- 52 Frank E, Carrera JS, Elon L., Hertzberg VS. Basic demographics, health practices, and health status of U.S. medical students. *Am J Prev Med*, 2006, 31, 499-505.
- 53 West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA, Shanafelt TD. Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *JAMA*, 2009 302, 1294-300.
- 54 Frank E, Tong E, Lobelo F, Carrera J, Duperly J. Physical activity levels and counseling practices of U.S. medical students. *Med Sci Sports Exerc*, 2008, 40, 413-21.
- 55 Liao Y, Knoesen NP, Castle DJ, et al. Symptoms of disordered eating, body shape, and mood concerns in male and female Chinese medical students. *Compr Psychiatry*, 2010, 51, 516-23.
- 56 Agència de Salut Pública de Barcelona, La salut a Barcelona, Barcelona 2006.
- 57 Voight K, Mittag D, Göbel A. Et al. Consumption of alcohol, cigarettes and illegal substances among physicians and medical students in Brandenburg and Saxony. *BMC Health Serv Res*, 2009, 9, 219.
- 58 Bíró E, Balajti I, Adány R, Kósa k. Determinants of mental well-being in medical students. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 2010, 45, 253-258.

59 Ko, SM, Kua, EH, Fones CS. Stress and the undergraduates. Singapore Medical Journal, 1999, 40, 627-630.

60 Ghodasara SL, Davidson MA, Reich MS, et al. Assessing student mental health at the Vanderbilt University School of Medicine. Acad Med. 2011 86,116-21.

61 Firth-Cozens J. Medical student stress. Med Educ. 2001, 35, 6 –7.

62 Azuri J, Ackshota N, Vinker S. Reassuring the medical students' disease-health related anxiety among medical students. Med Teach. 2010, 32, 270-5.

63 Compton MT, Carrera J, Frank E. Stress and Depressive Symptoms/Dysphoria Among US Medical Students Results From a Large, Nationally Representative Survey. J Nerv Ment Dis. 2008, 196, 891–897.

64 Ghodasara SL, Davidson MA, Reich MS et al. Assessing student mental health at the Vanderbilt University School of Medicine. Acad Med. 2011 86, 116-21.

9. Agraïments

Aquest estudi ha estat possible gràcies a la col·laboració de moltes persones i institucions. Els autors volen fer constar el seu agraïment als 420 estudiants de quart de medicina de les facultats de Catalunya que han contestat l'enquesta. Els rectors i degans dels centres van oferir en tot moment la seva col·laboració facilitant les condicions per administrar l'enquesta en hores lectives. Els representants dels estudiants han col·laborat en la difusió de l'enquesta i la motivació dels seus companys. Els responsables de l'Enquesta de Salut de Catalunya del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya van facilitar-nos la base de dades de l'enquesta, a partir de la qual hem extret les dades dels estudiants de Catalunya que han servit com a punt de comparació.

El disseny de l'estudi i la interpretació dels resultats van ser dirigits per Manel Salamero, amb la col·laboració de Lucía Baranda, Anna Mitjans, Eva Baillés, Marina Càmara, Gemma Parramon, Eduard Gómez, Antoni Arteman i Jaume Padrós. Finalment, la Fundació Galatea, a més de promoure l'estudi, va proporcionar el suport logístic per realitzar aquest treball, que ha comptat amb el suport econòmic de MSD i de la Fundación Patronato de Huérfanos de Médicos Príncipe de Asturias.

Annex. Taules de resultats

TAULA 1: Estudiants de medicina matriculats a quart curs a les facultats de Catalunya

	Alumnes matriculats a 4t curs		Alumnes enquestats		Taxa de participació
Universitat de Barcelona	240	29,8%	146	34,8%	60,8%
Universitat Autònoma de Barcelona	350	43,5%	162	38,6%	46,3%
Universitat Rovira i Virgili	100	12,4%	55	13,1%	55,0%
Universitat de Lleida	115	14,3%	57	13,6%	49,6%
Total	805	100,0%	420	100,0%	52,2%

TAULA 2: Característiques sociodemogràfiques de la mostra

	Total		Homes		Dones		p	n
Edat mitjana dels estudiants	22,8	(2,12)	22,7	(1,69)	22,8	(2,25)	0,694	419
Lloc de naixement dels estudiants							0,789	420
Catalunya	285	67,9%	73	69,5%	212	67,3%		
Resta d'Espanya	106	25,2%	24	22,9%	82	26,0%		
Fora d'Espanya	29	6,9%	8	7,6%	21	6,7%		
Lloc de residència durant el curs							0,365	419
A la llar familiar (amb pares, parella o altres familiars)	226	53,9%	62	59,0%	164	52,2%		
A un pis compartit amb companys/es	174	41,5%	38	36,2%	136	43,3%		
A una residència	6	1,4%	1	1,0%	5	1,6%		
A una habitació llogada	3	0,7%	2	1,9%	1	0,3%		
Sol/a en un pis	6	1,4%	1	1,0%	5	1,6%		
Amb familiars (avis, oncles, germans)	2	0,5%	0	0,0%	2	0,6%		
Altres respostes	2	0,5%	1	1,0%	1	0,3%		
Tenen el pare i/o la mare metge/essa	81	19,3%	23	21,9%	58	18,4%	0,520	420
Tenen altres familiars propers metges/esses	150	35,7%	37	35,2%	113	35,9%	1,000	420

TAULA 3: Situació acadèmica

	Total		Homes		Dones		p	n
Centre universitari							0,078	420
Hospital Joan XXIII	25	6,0%	4	3,8%	21	6,7%		
Hospital Sant Joan de Reus	30	7,1%	7	6,7%	23	7,3%		
Hospital Arnau de Vilanova	57	13,6%	12	11,4%	45	14,3%		
Hospital de Bellvitge	51	12,1%	16	15,2%	35	11,1%		
Hospital Germans Trias - Can Ruti	41	9,8%	13	12,4%	28	8,9%		
Hospital de Sabadell - Parc Taulí	20	4,8%	2	1,9%	18	5,7%		
Hospital Clínic	95	22,6%	22	21,0%	73	23,2%		
Hospital del Mar	25	6,0%	12	11,4%	13	4,1%		
Hospital de Sant Pau	34	8,1%	5	4,8%	29	9,2%		
Hospital Vall d'Hebron	42	10,0%	12	11,4%	30	9,5%		
Universitat on va iniciar la carrera							0,260	419
A aquesta mateixa universitat	406	96,9%	100	95,2%	306	97,5%		
A una altra universitat de Catalunya	10	2,4%	5	4,8%	5	1,6%		
A una altra universitat de la resta d'Espanya	1	0,2%	0	0,0%	1	0,3%		
A una altra universitat de fora d'Espanya	2	0,5%	0	0,0%	2	0,6%		
Any d'inici de la carrera							0,837	418
Abans de 2005	20	4,8%	4	3,8%	16	5,1%		
Any 2005	47	11,2%	14	13,5%	33	10,5%		
Any 2006	349	83,5%	86	82,7%	263	83,8%		
Després de 2006	2	0,5%	0	0,0%	2	0,6%		
Tenen assignatures pendents de cursos anteriors	105	25,0%	27	25,7%	78	24,8%	0,948	420
Cursen assignatures de cursos superiors	58	13,8%	15	14,3%	43	13,7%	1,000	420

TAULA 4: Finançament dels estudis

	Total		Homes		Dones		p	n
Disposen de beca d'estudis	70	16,8%	18	17,3%	52	16,6%	0,990	417
Es financen els estudis amb un préstec	5	1,2%	2	1,9%	3	1,0%	0,602	417
Realitzen un treball remunerat	113	26,9%	35	33,3%	78	24,8%	0,112	420
Mitjana hores treball setmanal (estudiants que treballen)	10,9 (9,24)		13,3 (9,92)		9,9 (8,81)		0,102	110

TAULA 5: Salut autopercebuda i cura de la salut

	Total		Homes		Dones		p	n
Estat de salut autopercebut							0,206	416
Excel·lent	64	15,4%	20	19,2%	44	14,1%		
Molt bo	186	44,7%	51	49,0%	135	43,3%		
Bo	140	33,7%	29	27,8%	111	35,6%		
Regular	26	6,3%	4	3,8%	22	7,1%		
Nombre mitjà d'hores de son habituals	6,92	(0,784)	7,11	(0,841)	6,86	(0,754)	0,012	419
Tenen metge/essa de capçalera	246	58,6%	48	45,7%	198	62,9%	0,003	420
Tenen història clínica oberta	226	92,6%	44	91,7%	182	92,9%	0,761	244

TAULA 6: Salut autopercebuda i cura de la salut. Dades comparatives amb estudiants de 21 anys i més en població general (ESCA 2006). Valors percentuals

	Estudiants de 4t de medicina			Estudiants de 21 anys i més						
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	X ² /t	p	Dones	X ² /t	p
Estat de salut autopercebut						1,29	0,73		19,33	0,49
Excel·lent	15,4	19,2	14,1	13,2	16,3			9,4		
Molt bo	44,7	49,0	43,3	46,3	45,0			47,9		
Bo	33,7	27,9	35,6	37,6	34,6			41,3		
Regular	6,3	3,8	7,1	2,9	4,2			1,3		
Dolent	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			0,0		
Nombre mitjà d'hores de son	6,92	7,11	6,86	7,44	7,47	4,1	<0,001	7,40	3,33	<0,001
n	416	104	312	236	130	--	--	106	--	--

TAULA 7: Activitat física i pes

	Total		Homes		Dones		p	n
Índex energètic	1.758	(2057)	2.359	(2274)	1.556	(1942)	p	n
Grau d'activitat							<0,001	408
Activitat física intensa	232	56,9%	77	74,8%	155	50,8%		
Activitat física lleugera	85	20,8%	9	8,7%	76	24,9%		
Activitat física moderada	79	19,4%	14	13,6%	65	21,3%		
Sedentaris	12	2,9%	3	2,9%	9	3,0%		
Índex massa corporal							<0,001	416
Ínfrapès (<18,5)	49	11,8%	5	4,8%	44	14,1%		
Normopès (>=18,5 <25)	333	80,0%	78	74,3%	255	82,0%		
Sobrepès (>=25 <30)	31	7,5%	21	20,0%	10	3,2%		
Obesitat (>=30)	3	0,7%	1	1,0%	2	0,6%		

TAULA 8: Activitat física i pes. Dades comparatives amb estudiants de 21 anys i més en població general (ESCA 2006). Valors percentuals

	Estudiants de 4t de medicina			Estudiants de 21 anys i més						
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	X ² /t	p	Dones	X ² /t	p
Grau d'activitat						2,11	0,55		6,54	0,09
Activitat física intensa	56,9	74,8	50,8	51,2	63,0			36,7		
Activitat física lleugera	20,8	8,7	24,9	25,7	21,6			30,7		
Activitat física moderada	19,4	13,6	21,3	19,6	14,1			26,4		
Sedentaris	2,9	2,9	3,0	3,5	1,3			6,2		
Índex massa corporal						0,97	0,62		48,93	<0,001
Infrapès (<18,5)	11,8	4,8	14,1	6,9	2,3			12,5		
Normopès (>=18,5 <25)	80,0	74,3	82,0	74,3	69,1			80,6		
Sobrepès (>=25 <30)	7,5	20,0	3,2	17,0	26,1			5,9		
Obesitat (>=30)	0,7	1,0	0,6	1,8	2,5			1,0		

TAULA 9: Consum de tabac

	Total		Homes		Dones		p	n
Consum de tabac							0,791	419
Fumadors diaris	49	11,7%	15	14,3%	34	10,8%		
Fumadors ocasionals	39	9,3%	9	8,6%	30	9,6%		
Exfumadors	40	9,6%	6	8,6%	21	9,9%		
No fumadors (no han fumat mai)	291	69,5%	75	68,6%	229	69,7%		
A quina edat van començar a fumar (fumadors)	16,7 (1,86)		17,8 (2,15)		16,3 (1,58)		0,005	87
Nombre mitjà de cigarretes diàries (fumadors actuals)	7,50 (6,06)		8,05 (5,56)		7,29 (6,27)		0,627	70
Han intentat deixar de fumar en els últims 12 mesos (fumadors)	25	30,1%	7	29,2%	18	30,5%	0,886	83
Quants mesos fa que van deixar de fumar (exfumadors)	39,4 (38,1)		54,1 (32,7)		35,1 (39,0)		0,189	36
A quina edat van començar a fumar (exfumadors)	15,9 (2,39)		16,3 (2,66)		15,8 (2,38)		0,682	36

TAULA 10: Consum de tabac. Dades comparatives amb estudiants de 21 anys i més en població general (ESCA 2006). Valors percentuals

	Estudiants de 4t de medicina			Estudiants de 21 anys i més						
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	X ² /t	p	Dones	X ² /t	p
Consum de tabac						6,56	0,087		27,29	<0,001
Fumadors diaris	11,7	14,3	10,8	25,2	21,7			29,5		
Fumadors ocasionals	9,3	8,6	9,6	10,8	9,4			12,4		
Exfumadors	6,4	5,7	6,7	8,7	9,8			7,4		
No fumadors (no han fumat mai)	72,6	71,4	72,9	55,3	59,1			50,7		

TAULA II: Consum d'alcohol

	Total		Homes		Dones		p	n
Unitats de consum estandarditzades	13,8 (50,3)		23,6 (63,3)		10,8 (45,2)		0,080	375
Consum d'alcohol							0,076	373
No bevedors	42	11,3%	12	13,3%	30	10,6%		
Bevedors moderats	251	67,3%	54	60,0%	197	69,6%		
Bevedors de risc	80	21,4%	24	26,7%	56	19,8%		
Freqüència amb què han pres 5 o més consumicions en una ocasió de consum							0,046	419
3 o 4 vegades per setmana	1	0,2%	1	1,0%	0	0,0%		
1 o 2 vegades per setmana	24	5,7%	10	9,5%	14	4,5%		
D'1 a 3 vegades al mes	67	16,0%	18	17,1%	49	15,6%		
Menys d'1 vegada al mes	151	36,0%	41	39,0%	110	35,0%		
Mai	176	42,0%	35	33,3%	141	44,9%		

TAULA I2: Consum d'alcohol. Dades comparatives amb estudiants de 21 anys i més en població general (ESCA 2006). Valors percentuals

	Estudiants de 4t de medicina			Estudiants de 21 anys i més						
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	X ² / t	p	Dones	X ² / t	p
Consum d'alcohol						16,24	<0,001		11,72	0,002
No bevedors	11,3	13,3	10,6	12,5	9,0			16,8		
Bevedors moderats	67,3	60,0	69,6	79,3	82,4			75,5		
Bevedors de risc	21,4	26,7	19,8	8,2	8,5			7,7		

TAULA I3: Consum d'altres drogues en alguna ocasió

	Total		Homes		Dones		p	n
Han consumit en alguna ocasió tranquil·litzants o pastilles per dormir	140	33,5%	20	19,2%	120	38,2%	0,001	418
Han consumit en alguna ocasió derivats del cànnabis	232	55,5%	55	52,9%	177	56,4%	0,613	418
Han consumit en alguna ocasió cocaïna	20	4,8%	7	6,7%	13	4,1%	0,293	418
Han consumit en alguna ocasió amfetamines	11	2,6%	4	3,8%	7	2,2%	0,478	418
Han consumit en alguna ocasió heroïna	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	...	418

TAULA 14: Consum d'altres drogues en alguna ocasió. Dades comparatives amb estudiants de 21 anys i més en població general (ESCA 2006). Valors percentuals

	Estudiants de 4t de medicina			Estudiants de 21 anys i més						
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	X ² /t	p	Dones	X ² /t	p
Tranquil·litzants o pastilles per dormir en alguna ocasió	33,5	19,2	38,2	10,7	7,1	1,75	0,040	15,1	4,05	<0,001
Derivats del cànnabis en alguna ocasió	55,5	52,9	56,4	48,9	48,3	0,09	0,930	49,7	0,45	0,656
Cocaïna en alguna ocasió	4,8	6,7	4,1	12,1	9,2	0,389	0,535	15,7	4,63	<0,001
Amfetamines en alguna ocasió	2,6	3,8	2,2	*	*			*		
Heroïna en alguna ocasió	0,0	0,0	0,0	*	*			*		

*Aquesta informació no es demanava a l'ESCA 2006

TAULA 15: Consum d'altres drogues en els últims 30 dies (sobre el total d'estudiants i sobre els estudiants que han consumit en alguna ocasió)

		Total		Homes		Dones		p	n
Consum en els últims 30 dies de tranquil·litzants o pastilles per dormir	s/total població	50	12,0%	7	6,8%	43	13,7%	0,863	418
	s/població que ha consumit		36,0%		36,8%		35,8%		139
Consum en els últims 30 dies de derivats del cànnabis	s/total població	58	14,0%	19	18,4%	39	12,5%	0,084	418
	s/població que ha consumit		25,3%		35,2%		22,3%		229
Consum en els últims 30 dies de cocaïna	s/total població	1	0,2%	0	0,0%	1	0,3%	1,000	418
	s/població que ha consumit		5,0%		0,0%		7,7%		20
Consum en els últims 30 dies d'amfetamines		0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	...	0
Consum en els últims 30 dies d'heroïna		0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	...	0

TAULA 16: Consum d'altres drogues en els últims 30 dies (s/total població). Dades comparatives amb estudiants de 21 anys i més en població general (ESCA 2006). Valors percentuals

	Estudiants de 4t de medicina			Estudiants de 21 anys i més						
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	X ² /t	p	Dones	X ² /t	p
Tranquil·litzants o pastilles per dormir últims 30 dies	12,0	6,8	13,7	2,9	3,8	**	**	1,7	**	**
Derivats del cànnabis últims 30 dies	14,0	18,4	12,5	20,9	21,2	**	**	20,6	**	**
Cocaïna últims 30 dies	0,2	0,0	0,3	1,1	0,2	**	**	2,1	**	**
Amfetamines últims 30 dies	0,0	0,0	0,0	*	*			*		
Heroïna en alguna ocasió	0,0	0,0	0,0	*	*			*		

* Aquesta informació no es demanava a l'ESCA 2006

** No s'ha fet l'anàlisi estadística a causa del baix nombre d'efectius

TAULA 17: Edat d'inici del consum d'altres drogues (mitjana)

	Total	Homes	Dones	p	n
Edat d'inici del consum de tranquil·litzants	18,6 (2,8)	19,3 (3,41)	18,4 (2,69)	0,336	136
Edat d'inici del consum de derivats del cànnabis	16,3 (1,78)	16,3 (1,89)	16,4 (1,75)	0,705	231
Edat d'inici del consum de cocaïna	18,9 (3,2)	19,4 (1,72)	18,7 (3,82)	0,561	20
Edat d'inici del consum d'amfetamines	19,2 (2,71)	19,8 (1,26)	18,9 (3,34)	0,544	11

TAULA 18: General Health Questionnaire (GHQ) i personalitat

	Total		Homes		Dones		p	n
Puntuació GHQ	3,1	3,04	2,43	2,85	3,32	3,08	0,008	417
GHQ 2/3							0,038	417
Probable salut mental normal	222	53,2%	65	62,5%	157	50,2%		
Probable risc de mala salut mental	195	46,8%	39	37,5%	156	49,8%		
BFI								
BFI Neuroticisme	5,73	2,1	6,92	1,71	5,33	2,07	<0,001	420
BFI Extraversió	5,88	1,8	5,98	1,75	5,85	1,82	0,523	417

TAULA 19: General Health Questionnaire (GHQ). Dades comparatives amb estudiants de 21 anys i més en població general (ESCA 2006). Valors percentuals

	Estudiants de 4t de medicina			Estudiants de 21 anys i més						
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	X² / t	p	Dones	X² / t	p
Índex de salut mental GHQ						30,59	<0,001		53,78	<0,001
Probable salut mental normal	53,2	62,5	50,2	91,3	92,8			89,4		
Probable risc de mala salut mental	46,8	37,5	49,8	8,7	7,2			10,6		

TAULA 20: Esdeveniments vitals

	Total		Homes		Dones		p	n
Nombre d'esdeveniments vitals últim any							0,137	
No n'ha patit cap	109	26,0%	28	26,7%	81	25,7%		420
Un esdeveniment	97	23,1%	24	22,9%	73	23,2%		
Dos	101	24,0%	29	27,6%	72	22,9%		
Tres	52	12,4%	13	12,4%	39	12,4%		
Més de 3 esdeveniments	61	14,5%	11	10,5%	50	15,9%		
Nombre mitjà d'esdeveniments vitals	1,75 (1,50)		1,69 (1,55)		1,77 (1,48)		0,662	415
Nivell d'estrès atribuït als esdeveniments vitals							0,191	307
Cap o molt poc estrès (puntuació 1+2+3+4)	66	21,5%	21	27,3%	45	19,6%		
Una mica d'estrès (5+6)	54	17,6%	16	20,8%	38	16,5%		
Força estrès (7+8)	131	42,7%	31	40,3%	100	43,5%		
Molt estrès (9+10)	56	18,2%	9	11,7%	47	20,4%		
Estrès atribuït als EV (puntuació mitjana sobre 10)	9,11 (16,7)		7,05 (11,2)		9,85 (18,3)		0,130	274

TAULA 21: Puntuacions al Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)

	Total	Homes	Dones	p	N
Esgotament	2,26 (0,51)	2,49 (0,49)	2,18 (0,49)	<0,001	420
Manca d'implicació	2,02 (0,42)	2,04 (0,44)	2,01 (0,42)	0,590	420

*L'escala d'**esgotament emocional** està formada pels següents ítems: Sempre trobo aspectes nous i interessants als meus estudis; Cada vegada em passa més que parlo negativament dels meus estudis; Últimament tendixo a implicar-me menys en els estudis i ho faig d'esma; Considero els estudis com un repte positiu; Puc desconnectar dels estudis; No em veig a mi mateix/a fent una altra carrera que aquesta; Cada vegada em sento més implicat/da en els meus estudis.*

*L'escala de **manca d'implicació** està formada pels següents ítems: Tendeixo a necessitar més temps que en el passat per relaxar-me i sentir-me millor; Sovint em sento mentalment esgotat; Quan acabo la jornada, em queda prou energia per a l'oci; Quan acabo la jornada, acostumo a sentir-me cansat/ da; Hi ha dies en què em sento cansat/ da abans de començar les classes; Aguanto molt bé la pressió dels meus estudis; En els meus estudis acostumo a sentir-me amb les piles carregades.*

TAULA 22: Satisfacció amb l'entorn educatiu I

	Total		Homes		Dones		p	n
49.1. Satisfacció amb l'entorn d'aprenentatge de la facultat							0,104	420
Molt satisfet/a	135	32,1%	29	27,6%	106	33,7%		
Una mica satisfet/a	165	39,3%	43	41,0%	122	38,7%		
Ni satisfet/a ni insatisfet/a	57	13,6%	16	15,2%	41	13,0%		
Una mica insatisfet/a	53	12,6%	11	10,5%	42	13,3%		
Molt insatisfet/a	10	2,4%	6	5,7%	4	1,3%		
49.2. L'educació és una prioritat destacada per als professors							0,350	420
Molt d'acord	22	5,2%	6	5,7%	16	5,1%		
D'acord	114	27,1%	32	30,5%	82	26,0%		
Ni d'acord ni en desacord	160	38,1%	31	29,5%	129	41,0%		
En desacord	101	24,0%	29	27,6%	72	22,9%		
Molt en desacord	23	5,5%	7	6,7%	16	5,1%		
49.3. La facultat promou un entorn més de col·laboració que de competitivitat							0,160	419
Molt d'acord	52	12,4%	11	10,5%	41	13,1%		
D'acord	111	26,5%	33	31,4%	78	24,8%		
Ni d'acord ni en desacord	87	20,8%	15	14,3%	72	22,9%		
En desacord	122	29,1%	30	28,6%	92	29,3%		
Molt en desacord	47	11,2%	16	15,2%	31	9,9%		
49.4. Està satisfet/a amb el suport que rep del tutor o tutora							0,927	418
No té tutors	234	56,0%	63	60,0%	171	54,6%		
Molt satisfet/a	28	6,7%	6	5,7%	22	7,0%		
Una mica satisfet/a	32	7,7%	7	6,7%	25	8,0%		
Ni satisfet/a ni insatisfet/a	81	19,4%	21	20,0%	60	19,2%		
Una mica insatisfet/a	17	4,1%	3	2,9%	14	4,5%		
Molt insatisfet/a	26	6,2%	5	4,8%	21	6,7%		
49.5. Està satisfet/a amb el suport que rep del Servei d'Atenció als Estudiants							0,197	410
Molt satisfet/a	34	8,3%	7	6,7%	27	8,8%		
Una mica satisfet/a	54	13,2%	12	11,5%	42	13,7%		
Ni satisfet/a ni insatisfet/a	226	55,1%	54	51,9%	172	56,2%		
Una mica insatisfet/a	54	13,2%	14	13,5%	40	13,1%		
Molt insatisfet/a	42	10,2%	17	16,3%	25	8,2%		
49.6. Està satisfet/a amb el suport que rep del deganat							0,775	415
Molt satisfet/a	11	2,7%	3	2,9%	8	2,6%		
Una mica satisfet/a	35	8,4%	9	8,7%	26	8,4%		
Ni satisfet/a ni insatisfet/a	237	57,1%	55	52,9%	182	58,5%		
Una mica insatisfet/a	74	17,8%	19	18,3%	55	17,7%		
Molt insatisfet/a	58	14,0%	18	17,3%	40	12,9%		

TAULA 22: Satisfacció amb l'entorn educatiu II

	Total		Homes		Dones		p	n
49.7. Està satisfet/a amb el suport que rep dels professors							0,789	419
Molt satisfet/a	62	14,8%	15	14,3%	47	15,0%		
Una mica satisfet/a	126	30,1%	31	29,5%	95	30,3%		
Ni satisfet/a ni insatisfet/a	152	36,3%	42	40,0%	110	35,0%		
Una mica insatisfet/a	59	14,1%	14	13,3%	45	14,3%		
Molt insatisfet/a	20	4,8%	3	2,9%	17	5,4%		
49.8. Els professors de pràctiques procuren un nivell de supervisió apropiat							0,270	415
Molt d'acord	48	11,6%	7	6,7%	41	13,2%		
D'acord	147	35,4%	35	33,7%	112	36,0%		
Ni d'acord ni en desacord	108	26,0%	31	29,8%	77	24,8%		
En desacord	80	19,3%	20	19,2%	60	19,3%		
Molt en desacord	32	7,7%	11	10,6%	21	6,8%		
49.9. Algun dels professors de pràctiques s'implica poc en la seva formació							0,167	419
Molt d'acord	149	35,6%	46	44,2%	103	32,7%		
D'acord	174	41,5%	41	39,4%	133	42,2%		
Ni d'acord ni en desacord	46	11,0%	9	8,7%	37	11,7%		
En desacord	38	9,1%	5	4,8%	33	10,5%		
Molt en desacord	12	2,9%	3	2,9%	9	2,9%		
49.10. La majoria de les rotacions estan organitzades per promoure l'aprenentatge							0,225	419
Molt d'acord	23	5,5%	4	3,8%	19	6,0%		
D'acord	152	36,3%	30	28,8%	122	38,7%		
Ni d'acord ni en desacord	85	20,3%	27	26,0%	58	18,4%		
En desacord	129	30,8%	36	34,6%	93	29,5%		
Molt en desacord	30	7,2%	7	6,7%	23	7,3%		
49.11. La varietat de problemes mèdics dels pacients que veu és adient per preparar-se							0,192	419
Molt d'acord	47	11,2%	15	14,4%	32	10,2%		
D'acord	206	49,2%	45	43,3%	161	51,1%		
Ni d'acord ni en desacord	87	20,8%	20	19,2%	67	21,3%		
En desacord	69	16,5%	19	18,3%	50	15,9%		
Molt en desacord	10	2,4%	5	4,8%	5	1,6%		
49.12. Rep un feedback formatiu apropiat							0,610	417
Molt d'acord	19	4,6%	3	2,9%	16	5,1%		
D'acord	168	40,3%	40	38,5%	128	40,9%		
Ni d'acord ni en desacord	155	37,2%	39	37,5%	116	37,1%		
En desacord	59	14,1%	19	18,3%	40	12,8%		
Molt en desacord	16	3,8%	3	2,9%	13	4,2%		

TAULA 22: Satisfacció amb l'entorn educatiu III

	Total		Homes		Dones		p	n
49.13. Els professors ajuden a identificar les àrees en què necessita formació addicional							0,048	419
Molt d'acord	13	3,1%	2	1,9%	11	3,5%		
D'acord	92	22,0%	32	30,8%	60	19,0%		
Ni d'acord ni en desacord	154	36,8%	34	32,7%	120	38,1%		
En desacord	113	27,0%	21	20,2%	92	29,2%		
Molt en desacord	47	11,2%	15	14,4%	32	10,2%		

TAULA 23: Assetjament sexual i actituds racistes (respostes afirmatives)

	Total		Homes		Dones		p	n
Han patit comentaris sexistes	191	45,5%	48	45,7%	143	45,4%	0,955	420
Han rebut proposicions sexuals explícites no desitjades	3	0,7%	0	0,0%	3	1,0%	0,576	420
Han patit contactes físics no desitjats	11	2,6%	0	0,0%	11	3,5%	0,073	420
Han rebut algun oferiment d'avantatges acadèmics a canvi de favors sexuals	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	...	420
Han patit comentaris o actituds racistes:	110	26,2%	26	24,8%	84	26,7%	0,798	420

FUNDACIÓ GALATEA

Presidència:

Dr. Jaume Padrós i Selma

Gerència:

Dr. Antoni Arteman Jané

Coordinació de programes:

Sra. Anna Mitjans Garcés

Suport administratiu:

Sra. Marta Anglès Traserra

Estudi sobre la salut, estils de vida i condicionants acadèmics
dels estudiants de medicina de Catalunya

PATRONAT

President:

Dr. Jaume Padrós i Selma

Vicepresident 1r del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Vocals:

Dra. Leonor Ancochea Serraïma

Directora de l'Equip d'Atenció Primària Dreta de l'Eixample

Dra. Pilar Arrizabalaga Clemente

Secretària del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Dr. Ramon Balius Juli

Metge jubilat del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Sr. Joan Conesa Garrido

Gerent del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona

Dr. Xavier Corbella Virós

*Gerent Territorial Metropolitana Sud de l'Institut Català de la Salut,
director de l'Hospital Universitari de Bellvitge i Hospital de Viladecans*

Dra. Roser Garcia Guasch

Vocal de la Junta del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Sr. Albert Granero Lázaro

Vocal del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona

Dr. Frederic Mallol Mirón

Secretari del Col·legi Oficial de Metges de Tarragona

Dra. Núria Nadal Braqué

Secretària del Col·legi Oficial de Lleida

Dr. Ignacio Orce Satrustegui

Conseller delegat d'Assistència Sanitària Col·legial

Dr. Pere Peya Fusellas

Vicesecretari del Col·legi Oficial de Metges de Girona

Sr. Xavier Prat Borrell

Tresorer del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona

Dr. Lluís Salleras Sanmarti

President del Consell d'Administració de l'ASPC de la Direcció General de Salut Pública del Departament de Salut

Dr. Marc Soler Fàbregas

Gerent de l'Àrea Professional del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Sra. Joana Sureda Guixà

Vocal de la Junta de Govern i responsable de la Secció de Previsió Social del Col·legi Oficial de Veterinaris de Barcelona

Dra. M.Pilar Tornos Mas

Vicepresidenta de la Mutual Mèdica de Catalunya i Balears

Sr. Albert Tort Sisó

President del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona

Passeig de la Bonanova, 47
08017 Barcelona
Telèfon 93 567 88 56
Fax 93 567 88 54

fgalatea@fgalatea.org
www.fgalatea.org

Amb la col·laboració de:



Amb el suport de:

