

**Estudi longitudinal sobre la salut,
estils de vida i condicions de treball
dels MIR de Catalunya**

La salut del MIR

ESTUDI LONGITUDINAL SOBRE LA SALUT,
ESTILS DE VIDA I CONDICIONS DE TREBALL
DELS MIR DE CATALUNYA

Informe basal-primer any

Barcelona, febrer 2015

Edita: Fundació Galatea

Autors: Dr. Manuel Salamero
Sra. Lucía Baranda Areta
Sra. Anna Mitjans Garcés
Dr. Antoni Arteman Jané

Estudi editat a l'abril de 2015

Amb la col·laboració del grup de treball de metges de salut laboral: Dr. Manuel Alonso, Dra. Rosa Carreras, Dra. Joana Guerrero, Dr. Joan Inglés, Dr. Albert Mariné, Dra. Sandra Tarragó i Dr. Miquel Vilardell Ynaraja, així com la Dra. Eulàlia Masachs, responsable de formació de la Fundació Galatea.

Preàmbul

Des que el 2005 la Fundació Galatea va posar en funcionament el programa sobre la salut del resident, s'ha recorregut un llarg camí. Les fites han estat: un primer estudi transversal, una guia per als tutors, una altra per als serveis de salut laboral, materials de sensibilització per als residents, més de 80 activitats formatives realitzades a tot l'Estat. I seguim endavant.

Totes aquestes iniciatives han contribuït de ben segur a que es faci una millor detecció precoç dels problemes de salut mental i addiccions entre els residents, també a que totes les parts implicades coneguin els recursos i circuits per poder ajudar els residents en aquestes situacions i a promoure l'autocura de la pròpia salut per aconseguir un exercici professional saludable. Perquè està establert que per poder atendre bé els pacients és imprescindible que el professional sanitari es trobi bé.

La residència és un període per adquirir els coneixements i habilitats necessaris per exercir com a especialista, però també és un bon moment per adquirir bons hàbits i estils de vida, coneixement de l'entorn sanitari, aprendre a gestionar les emocions o incorporar eines per afrontar els riscos psicosocials a què els metges s'enfronten en l'exercici de la seva professió.

Aquest estudi longitudinal és un pas més en el coneixement de la salut, estils de vida i condicions de treball dels residents del nostre país per a dissenyar intervencions més adequades a les necessitats dels residents. La recerca té una major representativitat, un mostreig multicèntric i una metodologia longitudinal, que permetrà analitzar la causalitat entre variables en diferents llocs i moments del temps. També inclou noves variables com ara els factors individuals relacionats amb la personalitat o amb esdeveniments vitals que els puguin afectar.

Volem agrair la implicació de tantes persones que l'han fet possible: els residents que ens han dedicat el seu temps amb la seva participació contestant les enquestes, els metges de salut laboral que els van entrevistar en la revisió inicial, el grup de treball que ha assessorat el disseny de la recerca i el seu anàlisi, els autors per la seva expertesa i dedicació i la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias de la OMC pel seu suport sense el qual no hagués estat possible fer-ho.

Dr. Miquel Vilardell Tarrés

President de la Fundació Galatea

Índex

1. Introducció	7
2. Objectius	10
2.1. Objectiu principal	10
2.2. Objectius específics	10
3. Metodologia	11
3.1. Població i mostreig	11
3.2. Variables a l'enquesta inicial	12
3.3. Variables a l'enquesta en finalitzar el primer any de residència	14
3.4. Procediment	16
3.5. Anàlisi dels resultats	17
4. Resultats: dades descriptives	18
4.1. Dades sociodemogràfiques	18
4.2. Entorn familiar i personal	21
4.3. Estils de vida	25
4.4. Estat de salut i vinculació al sistema sanitari	29
4.5. Salut mental	32
4.6. Entorn formatiu i laboral	33
4.7. Factors relacionats amb el malestar psicològic	37
5. Conclusions	40
5.1. Característiques sociodemogràfiques	40
5.2. Estils de vida	41
5.3. Salut i vinculació al sistema sanitari	42
5.4. Entorn formatiu i laboral	42
5.5. Salut mental	42
6. Bibliografia	44
7. Agraïments	50
8. Annex: Taules de resultats	52

1. Introducció

Són nombrosos els estudis que mostren la presència d'elevades taxes d'alteracions emocionals[1] i dels estils de vida dels professionals de la medicina [2]. En els darrers anys la Fundació Galatea ha promogut diversos estudis que posen en evidència que aquestes dificultats també són presents en els professionals de Catalunya [3-6]. El període de la residència suposa una època marcada per la presència de nombrosos estressors laborals que inclouen la càrrega de treball, el repte d'assolir un elevat nivell de formació, afrontar la relació metge-pacient, descobrir que no són infal·libles, afrontar la mort i altres aspectes com ara treballar en organitzacions molt complexes, aprendre a treballar en equip, assumir responsabilitats, fer guàrdies, etc.

Aquestes fonts d'estrès s'afegeixen a d'altres de tipus personal com són el possible canvi de residència i les pròpies de l'inici de l'edat adulta. Aquestes dificultats actuen com a factors de risc per patir trastorns i esgotament emocional i per a l'adquisició d'hàbits de vida poc saludables [7]. A més, els professionals mèdics s'enfronten, paradoxalment, a més barreres que la resta de la població per consultar sobre els seus problemes de salut [8], especialment quan es tracta de salut mental [9].

Els trastorns depressius i ansiosos són els indicadors més visibles en els estudis epidemiològics i és conegut que ambdós acostumen a ser més prevalents en poblacions de professionals mèdics [10]. A ells s'afegeix una elevada freqüència de trastorns addictius [11]. Un estudi impulsat per la Fundació Galatea [4] sobre els metges i metgesses de Catalunya va mostrar la presència de patiment psicològic en el 16% dels homes i el 21% de les dones. Aquestes xifres són superiors a les de la població general i coincideixen amb les d'estudis realitzats a altres països. Nombroses recerques assenyalen que l'aparició de trastorns emocionals es produeix sobretot en els primers anys de l'exercici [12, 13] i en especial durant la residència. En un estudi previ de la Fundació Galatea realitzat el 2008 [5], es va detectar una prevalença de malestar emocional del 30% en els metges residents de Catalunya.

La síndrome de l'esgotament emocional o *burnout* està molt relacionada amb els trastorns de l'estat d'ànim. Es tracta d'un estat d'esgotament vital crònic caracteritzat per símptomes emocionals i físics de fatiga i desencís respecte a la feina i la professió. S'associa a estrès laboral mantingut al llarg del temps. L'esgotament emocional és molt freqüent en la professió mèdica i durant el període de residència afecta

del 26% al 75% dels professionals segons diferents estudis [14]. En un estudi fet a Espanya en residents de l'especialitat d'obstetrícia i ginecologia la prevalença es va situar en un 58% [15]. La repercussió d'aquesta síndrome en l'atenció als malalts és controvertida. Mentre que els professionals que la pateixen refereixen un funcionament per sota del dels seus col·legues, l'estudi de Fahrenkopf et al. [16] no va mostrar diferències objectives.

Actualment disposem de nombrosa evidència que defineix el període de residència com una situació perllongada d'estrès [17] que pot explicar, en part, aquesta major presència de símptomes afectius. L'estat emocional i els trastorns mentals són conseqüència de múltiples factors, tant de risc com protectors, que interactuen de forma complexa. En aquest sentit, el model explicatiu no és diferent de l'aplicable a la població general. Per tant, en analitzar l'impacte de l'activitat formativa en la salut mental dels metges residents, cal tenir en compte nombroses variables extralaborals. A continuació ens referirem a tres grups de factors: predisponents individuals, esdeveniments vitals extralaborals i circumstàncies lligades a la formació com a residents.

D'entre els factors de vulnerabilitat individuals cal començar per l'edat i el sexe. Quant a l'edat, diversos estudis han assenyalat una major presència de trastorns emocionals en els primers anys de la formació, que disminueixen a mesura que transcorren els anys d'exercici [18]. En aquest cas es produeix un efecte de confusió entre l'edat del metge i els seus anys de formació difícil de destriar. Quant al sexe, i seguint les pautes de la població general, la presència de símptomes i trastorns depressius tendeix a ser major en dones, encara que aquesta diferència sol ser més manifesta a partir dels 40 anys [19]. La presència d'anecdents d'haver patit un trastorn mental o símptomes de desordre emocional [17, 18] són predictors de major incidència de depressió durant la residència. Finalment, també val la pena destacar diferents característiques de personalitat que s'han mostrat com a factors de vulnerabilitat. Entre elles cal destacar la inestabilitat emocional o neuroticisme [20, 21] que, igual que a la població general, predisposa a tenir dificultats adaptatives davant de situacions d'estrès i és per ella mateixa un factor que disminueix el benestar personal [22]. Per la seva especificitat també cal destacar que altres característiques relacionades amb la responsabilitat, com l'excés d'autocrítica i d'autoexigència [23] poden afectar negativament l'equilibri emocional.

Tal com passa en altres col·lectius, els esdeveniments vitals negatius també afecten desfavorablement l'equilibri emocional dels professionals assistencials [24]. Els esdeveniments vitals amb major repercussió en la salut mental, tals com la mort o malaltia greu de la parella o d'un fill, són infreqüents en aquest rang d'edat. Però d'altres també valorables, com els canvis de domicili, la temporalitat laboral, la ruptura de relacions, la mort d'algú proper, etc., sí que són freqüents durant el període de residència.

Altrament, quan considerem els factors vinculats al treball durant la formació del metge resident [25] emergeixen dues variables molt estudiades: la sobrecàrrega de treball i la disminució i alteració dels períodes de son. Quant a la sobrecàrrega de treball cal assenyalat que, a més de la durada de la jornada laboral, cal considerar l'estrès provocat per la responsabilitat derivada de l'actuació professional i dels

errors percebuts [17]. Les relacions entre l'estat anímic i la percepció d'errors professionals són complexes quant a la seva direccionalitat. Així a l'estudi longitudinal de Fahrenkopf et al. [16] es va trobar que els residents depressius cometien un nombre major d'errors mèdics, mentre que l'esgotament emocional no es correlacionava amb els errors percebuts. Un aspecte que roman sense aclarir és si aquesta percepció de major nombre d'errors en els residents amb alteracions de l'estat d'ànim es correspon amb la realitat o és fruit d'un biaix negatiu en l'autovaloració, freqüent en els trastorns depressius.

L'alteració que les guàrdies produeixen en el ritme de la son dona lloc al deteriorament del rendiment en estudis realitzats amb simuladors de pacients en cures intensives [26] i altres proves de rendiment cognitiu de laboratori [27]. La percepció subjectiva de l'impacte de l'alteració de la son és diferent entre especialitats [28], però en qualsevol cas tendeix a produir una disminució en la motivació i l'assistència a activitats formatives [29].

Com hem vist, els factors laborals d'estrès afecten el benestar i la salut dels metges residents [16, 30], però també interfereixen en la seva formació [29, 31] i incrementen els errors mèdics. Per altra banda, el malestar emocional també afecta negativament l'actitud i capacitat empàtica envers els pacients [32, 33].

La conjunció de circumstàncies que afecten l'estat emocional i les limitacions que suposa la càrrega laboral afecten els estils de vida saludables. En els metges és freqüent un baix nivell d'activitat física i desviacions ponderals [34, 35], amb les conseqüents implicacions cardiovasculars a llarg termini [36]. Un percentatge considerable de professionals mèdics dorm poques hores [37] i les taxes de tabaquisme, encara que inferiors a la població general, són elevades [38] així com les d'altres substàncies tòxiques [39].

Finalment, cal afegir que els metges i metgesses MIR es troben en un període formatiu en el qual es consolidaran les seves competències com a futurs metges especialistes. Per tant, constitueixen un col·lectiu significatiu quant a l'adquisició d'actituds, conductes i habilitats que els permetran un correcte exercici de la seva professió en condicions saludables, i mitigar així l'impacte psicoafectiu que comporta la tasca assistencial. És molt important conscienciar els residents en la pràctica de bons estils de vida, ja que el seu rol exemplar, junt amb la difusió activa de consells preventius, pot tenir un gran impacte en la població.

2. Objectius

2.1. Objectiu general

Estimar la prevalença de malestar psicològic i d'estrès laboral i estudiar les conductes relacionades amb la salut dels professionals MIR de Catalunya. Analitzar l'evolució d'aquests factors durant els quatre anys de formació per assolir el títol d'especialista.

2.2. Objectius específics

- » Determinar la prevalença de malestar psicològic general i d'hàbits poc saludables en els professionals MIR en iniciar la seva formació, després del primer any i en finalitzar la residència.
- » Conèixer els nivells d'estrès laboral i esgotament emocional en els professionals MIR.
- » Estudiar l'associació entre malestar psíquic i eventuais fonts d'estrès laboral tot controlant altres variables externes a la formació com a especialista.
- » Determinar, mitjançant una anàlisi longitudinal, els factors potencialment causants d'alteracions i esgotament emocional.

3. Metodologia

Aquest estudi es basa en una enquesta autoadministrada que es passa en tres cicles o moments diferents del període de residència: a l'inici, en finalitzar el primer any i en finalitzar el període dels 4 anys (o 5 anys en determinades especialitats).

L'estudi és multicèntric. Es realitza simultàniament a Catalunya, Castella la Manxa, Còrdova, País Basc i Salamanca, tot i que aquest informe només recull els resultats corresponents a Catalunya i fa la comparativa entre els dos primers moments de l'enquesta longitudinal: la incorporació dels residents als centres sanitaris (basal) i el final del primer any de residència.

TAULA 3.1. Cicles de l'enquesta

Cicles de l'enquesta	Cicle 1 - Enquesta basal	Cicle 2 - Enquesta intermèdia	Cicle 3 - Enquesta final
Moment d'administració del qüestionari	Inici de la residència	Finalització del 1r any	Finalització de la residència
Dates	Maig-juny 2013	Maig-juny 2014	Maig-juny 2017
Situació	CONCLOSA	CONCLOSA	PENDENT

3.1. Població i mostreig

La població objecte d'estudi han estat tots els professionals MIR que van iniciar la seva formació a Catalunya l'any 2013. Prenent com a base les places assignades a la convocatòria MIR de 2013, la població a estudiar s'estima en 847 metges en formació.

L'enquesta s'ha adreçat al conjunt del col·lectiu i no pas a una mostra, considerant, d'una banda, que era factible accedir a tots o gairebé tots els MIR de Catalunya i, d'altra banda, que calia preveure una pèrdua de participants, difícil de calcular a priori, entre l'enquesta basal i les posteriors. Al tractar-se d'una enquesta longitudinal, s'ha prioritzat, doncs, accedir inicialment al màxim nombre de persones per assegurar una submostra rellevant al final del procés.

A l'enquesta basal s'ha obtingut una mostra formada per 478 efectius. Aquest nombre permet l'estimació de percentatges en la situació més desfavorable ($p = q = 0,5$) amb un interval de confiança del $\pm 3\%$ per a un nivell de confiança del 95%.

A l'enquesta de seguiment, realitzada en finalitzar el primer any, van respondre l'enquesta 290 residents, xifra que ofereix un interval de confiança del $\pm 5\%$.

En relació amb el nombre real de nous residents col·legiats als col·legis de Barcelona, Girona, Lleida i Tarragona al 2013, xifrat en 831 professionals, la taxa de resposta de l'enquesta basal se situa en un 57,5%. Les respostes obtingudes a la finalització del primer any representen una taxa de resposta del 60,7% respecte de la basal i el 34,9% respecte del total de professionals que han iniciat la residència al 2013.

Per últim, 184 enquestes de les realitzades al final del primer any s'han pogut associar a les realitzades per la mateixa persona a l'enquesta basal (mitjançant el codi anonimitzat que els mateixos metges residents creaven a partir de les inicials del segon cognom del pare i de la mare i del dia de naixement).

TAULA 3.1.1. Taxa de resposta i efectius de les mostres finals (enquesta basal i primer any) per províncies

	Efectius			Taxa de resposta			Enllaç entre enquesta basal i primer any		
	Nous MIR col·legiats 2013 (a)	Enquesta basal (b)	Enquesta 1r any (c)	Enquesta basal (b/a)	Enquesta 1r any (c/b)	Enquesta 1r any (c/a)	Enquestes vinculades	Link s/basal	Link s/1r any
Barcelona	672	371	201	55,2	54,2	29,9	135	36,4	67,2
Girona	57	17	14	29,8	82,4	24,6	9	52,9	64,3
Lleida	31	31	19	100,0	61,3	61,3	13	41,9	68,4
Tarragona	71	59	37	83,1	62,7	52,1	27	45,8	73,0
Total Catalunya	831	478	290	57,5	60,7	34,9	184	38,5	63,4

3.2. Variables a l'enquesta inicial

Variables sociodemogràfiques i entorn familiar: sexe, edat, situació de convivència, lloc de procedència, presència de familiars metges o professionals de la salut, etc.

Entorn formatiu: unitat docent, especialitat triada i nota assolida a les proves MIR.

Indicadors de salut: com ara l'estat de salut autopercebut (classificat com a excel·lent, molt bo, bo, regular i dolent), trastorns crònics, hores de son i índex de massa corporal (IMC) calculat a partir del pes i l'alçada autodeclarats ($IMC = kg/m^2$) i que s'ha categoritzat com a: *infrapès* ($IMC < 18,5$), *normopès* ($IMC 18,5$ a < 25), *sobrepès* ($IMC 25$ a < 30) i *obesitat* ($IMC \geq 30$).

General Health Questionnaire (GHQ-12): 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'entrevista [40]. La versió espanyola té una sensibilitat i especificitat superior al 80% per a la detecció de trastorn mental [41]. Forma part tant de l'Enquesta de Salut de Barcelona [42] com de l'Enquesta de Salut de Catalunya [43]. També es disposa d'informació en els residents [5] i metges de Catalunya [4].

Hàbits de vida relacionats amb la salut:

Qüestionari Internacional d'Activitat Física (IPAQ): la forma curta de 9 ítems autoadministrats, avalua el temps emprat a caminar i en activitats d'intensitat vigorosa i moderada. D'acord amb aquesta informació i de l'energia requerida mesurada en METS s'obté un índex energètic global que permet classificar els individus com a inactius, amb activitat física lleugera, moderada o intensa. Aquest instrument ha estat traduït a diverses llengües pel grup EUROHIST i validat a dotze països [44]. Està inclòs a l'Enquesta de Salut de Catalunya [42] i a l'*Estudi sobre la salut dels estudiants de medicina de Catalunya* [45] que serviran de referència.

Consum de tabac: tenint en compte dues preguntes de consum autodeclarat, que permeten classificar la població en persones *fumadores*, *exfumadores* o que *no han fumat mai*, edat en la qual es van iniciar en el consum i previsió de deixar de fumar (*fumadors/es*) o temps transcorregut des que van deixar de fumar (*exfumadors/es*).

Ingesta d'alcohol: basada en la bateria de preguntes recomanada pel Pla Nacional de Drogues, que 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'alcohol. 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).

Consum d'altres substàncies com ara tranquil·litzants o pastilles per dormir i les drogues més freqüents com ara marihuana i derivats del cànnabis, cocaïna, amfetamines i opiacis, tant al llarg de la vida com en els darrers 30 dies.

Short Version of the Big Five Inventory (BFI10): les cinc dimensions bàsiques de personalitat: neuroticisme, extraversió, obertura envers noves experiències, cooperació i responsabilitat, són considerades com a factors de personalitat estables i s'han replicat en molts estudis. Tanmateix, s'ha demostrat que aquests cinc factors tenen una elevada capacitat predictiva sobre nombrosos comportaments [46] i estan relacionats amb els trastorns de personalitat [47, 48]. Malgrat el seu interès, les mesures més fiables estan formades per molts ítems, la qual cosa no les fa aptes per incloure-les en enquestes àmplies. Rammstedt et al [49] han desenvolupat una forma abreujada de deu ítems amb propietats psicomètriques acceptables

per a estudis epidemiològics. Atès l'interès d'incorporar indicadors de personalitat, de forma temptativa es va adaptar el BFI10 al nostre entorn per emprar-lo en l'estudi previ sobre la salut dels estudiants de medicina [49]. En l'actual mostra els tres primers factors, neuroticisme, extraversió i obertura, han assolit coeficients de fiabilitat α de Cronbach acceptables (0,71, 0,64 i 0,53, respectivament) i una composició factorial congruent, de forma similar a l'obtinguda amb estudiants. L'adequació d'aquests tres factors en mostres espanyoles també ha estat demostrada en l'estudi de Gallego et al. [50] i la brevetat del qüestionari no sembla disminuir la seva capacitat predictiva [51]. Hem incorporat aquestes tres dimensions de personalitat en l'actual investigació, i s'ha descartat cooperació i responsabilitat per manca d'adequació psicomètrica.

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 [52] adequadament. 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, d'altra banda, l'impacte en la salut de l'esdeveniment i la seva percepció es produeix per mecanismes diferents [53]. Tenint en compte aquestes consideracions i la necessitat de mantenir l'extensió de l'enquesta dins d'uns límits raonables, la nostra tria s'ha basat en el llistat de Midtgaard [54] que en el seu estudi amb estudiants de medicina va ser predictor de problemes en salut mental.

3.3. Variables a l'enquesta en finalitzar el primer any de residència

A l'enquesta realitzada un cop finalitzat el primer any de residència s'han mantingut les variables emprades a la basal i s'han afegit o adaptat les següents:

Variables sobre l'entorn laboral: tipus de centre de treball, temps dedicat al treball i a les guàrdies i opinió sobre els espais de formació i supervisió.

Job Content Questionnaire (JCQ): aquest qüestionari va ser desenvolupat per Karasek et al. el 1993 [55] i adaptat al castellà per Escribà-Agüir et al. [56]. Mesura les exigències psicològiques, el control sobre el treball i el suport per part dels superiors i dels companys. Va ser adaptat en un treball anterior de la Fundació Galatea sobre salut i estils de vida dels metges de Catalunya [4]. Cada ítem és avaluat en una escala *likert* de quatre punts i com més alta és la puntuació de cada escala, menys risc psicosocial hi ha, (excepte el d'exigències psicològiques que funciona a la inversa). En aquesta adaptació el coeficient de consistència interna α de Cronbach va ser superior a 0,7 en totes les dimensions excepte en la de *control sobre el treball* que registra un valor de 0,59.

TAULA 3.3.1. Job Content Questionnaire

Dimensions	Alfa de Cronbach
Suport dels superiors	0,809
1. Als meus adjunts els preocupa en general el benestar dels que treballen amb ells	
2. Els meus adjunts generalment presten atenció al que els hi dic	
3. Els meus adjunts són en general hostils o conflictius amb mi	
4. Els meus adjunts aconsegueixen generalment que la gent treballi en equip	
Exigències psicològiques	0,750
1. Haig de treballar molt	
2. A la meva feina em demanen sovint que faci coses incompatibles	
3. La meva feina requereix que em concentri durant molta estona en allò que estic fent	
4. Sovint m'interrompen la feina i per això haig de tornar a posar-m'hi més tard	
5. Haig de treballar contrarellotge	
6. Sovint haig de treballar molta estona amb el cos en postures forçades	
7. Sovint la meva feina es demora perquè haig d'esperar el resultat de proves que realitzen altres persones o departaments	
8. La meva feina requereix que aprengui coses noves	
9. A la meva feina haig de fer moltes tasques repetitives	
Control sobre el treball	0,586
10. La meva feina requereix que sigui creatiu/va	
11. La meva feina em permet prendre moltes decisions pel meu compte	
12. Tinc molt poc marge de llibertat per decidir com fer la meva feina	
13. A la meva feina arribo a fer una gran quantitat de coses diverses	
14. Tinc molta influència sobre allò que passa a la meva feina cada dia	
15. Tinc l'oportunitat de treballar en allò que sé fer millor	
16. Puc decidir l'ordre en què realitzo la meva feina	
17. Puc decidir el meu propi ritme de treball	
Suport dels companys	0,795
18. Els meus companys de feina són hostils o conflictius amb mi	
19. Els meus companys de feina s'interessen per mi com a persona	
20. Els meus companys de feina fomenten el treball en equip	
21. Si tingués algun problema a la feina podria comptar fàcilment amb l'ajut dels meus companys	

Oldenburg Burnout Inventory (OLBI): dissenyat per Demerouti et al.[57] per avaluar l'esgotament en qualsevol tipus d'ocupació. Avalua les dues dimensions més importants del *burnout*, esgotament emocional i manca de compromís amb la feina, mitjançant dues dimensions de set ítems contestats en escales tipus *likert* de quatre punts. Ha estat emprat per Pompili et al.[58] en metges. Aquest qüestionari va ser adaptat en un estudi previ en estudiants de medicina mitjançant el procés de traducció i retrotraducció [49]. 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.

Resident Learning Survey: es tracta de cinc preguntes desenvolupades per Haney et al. [31] per a un estudi similar realitzat als Estats Units. Es responen en una escala tipus likert de 5 punts i valoren l'aprenentatge i la càrrega laboral percebudes el dia anterior.

3.4. Procediment

S'ha comptat amb la col·laboració de la Societat Catalana de Salut Laboral i s'ha format un grup de treball amb diversos professionals dels serveis de salut laboral d'alguns centres docents i de la Fundació Galatea que han participat en el disseny del qüestionari i en la tria del procediment més eficient per maximitzar la col·laboració dels professionals que iniciarien el programa MIR l'any 2013.

L'enquesta inicial s'ha realitzat mitjançant un qüestionari que cada resident havia d'omplir en el curs de la revisió mèdica obligatòria prèvia al seu ingrés en el centre de treball/formació.

Aquest procés ha estat possible gràcies a la col·laboració activa dels serveis de salut laboral de les unitats docents que van participar en l'estudi i que han estat els responsables d'explicar els objectius de l'estudi i de sol·licitar la participació als futurs metges residents. En cas de ser acceptada se'ls lliurava el formulari de recollida de dades juntament amb un sobre per retornar-lo tancat i assegurar així l'anonimat de les respostes.

En aquest primer contacte es va demanar també als residents la seva participació en les enquestes de seguiment mitjançant la signatura d'un full de consentiment informat en què donaven permís per ser contactats un any després i als quatre anys, així com les dades necessàries (telèfon i correu electrònic) per al contacte i un codi per identificar els qüestionaris de cada període de forma anònima i confidencial. Aquests fulls es lliuraven fora del sobre del qüestionari i, per tant, en cap cas s'han pogut relacionar les dades personals amb les respostes de l'enquesta.

Tot el procés de disseny, lliurament i recollida dels qüestionaris (en sobre tancat) i dels fulls de consentiment ha estat coordinat per la Fundació Galatea en estreta col·laboració amb els respectius serveis de salut laboral.

En finalitzar el primer any de residència la Fundació Galatea va contactar per correu electrònic els residents que havien expressat el seu interès a continuar participant en l'estudi. Aquests correus incloïen un enllaç per accedir a un qüestionari electrònic programat a partir dels sistema de creació de formularis de Google Drive. Per tal d'optimitzar la participació en aquesta segona fase de l'estudi, s'ha enviat també un recordatori des dels serveis laborals de les unitats docents a tots els MIR de primer any i s'ha realitzat un seguiment telefònic exhaustiu.

Les respostes del qüestionari basal (en paper) han estat gravades manualment (amb doble entrada en un 15% dels casos) en una base de dades adequada per al seu tractament estadístic i les respostes corresponents a l'enquesta del primer any han arribat directament al fitxer Excel de respostes creat automàticament pel sistema Google Drive.

En ambdós casos, les bases de dades resultants han estat depurades per evitar possibles errors i inconsistències.

3.5. Anàlisi dels resultats

A nivell descriptiu es van calcular les freqüències i percentatges de les variables qualitatives i les mitjanes i desviacions estàndard de les quantitatives. Per facilitar la lectura de resultats s'han exclòs en els càlculs les respostes *No sap / no contesta*. En les comparacions entre l'inici de la residència i la finalització del primer any s'han fet servir comparacions de la diferència de percentatges i mitjanes per dades independents. En el primer cas s'ha emprat el test χ^2 o la prova exacta de *Fisher* i en el segon la *t* de *Student* amb correcció de *Welsh* per desigualtat de les variàncies.

Per avaluar la influència de les variables considerades de risc potencial sobre els criteris (probable trastorn mental i esgotament emocional) s'han emprat correlacions de Pearson bivariades, models de regressió jeràrquica logística i regressió jeràrquica múltiple. En les anàlisis multivariants s'han incorporat els subjectes que van voler utilitzar el seu codi d'aparellament anonimitzat. Les regressions jeràrquiques s'han estructurat en dos blocs. En el primer model s'han inclòs les variables biològiques sexe i grup d'edat. També els factors extralaborals que hi poden influir tals com el risc psicopatològic en iniciar el primer any, el nombre d'esdeveniments vitals ocorreguts durant el primer any de residència i les variables de personalitat. També s'ha inclòs la procedència (de la resta d'Espanya o d'altres països), variable en què diferia la mostra de subjectes aparellats en relació amb la mostra basal. En el segon model s'han inclòs les variables relacionades amb l'entorn laboral: nivell de demanda del treball que es realitza, capacitat de controlar i organitzar les tasques i recolzament percebut per part dels companys i els superiors. És a dir, s'han emprat models jeràrquics per controlar l'efecte dels factors de risc externs al sistema laboral, la qual cosa permet conèixer l'efecte específic de les condicions de treball sobre el possible trastorn mental, l'esgotament emocional i la implicació en la feina.

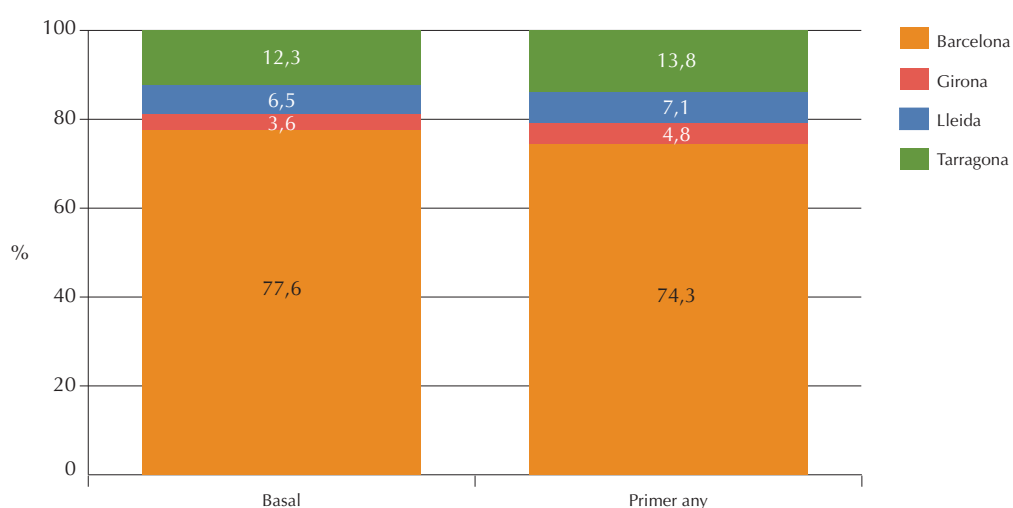
Per al càlcul dels intervals de confiança es va fer servir l'OpenEpi [59]. La resta de les anàlisis s'han realitzat mitjançant els programes SPSS v.20 [60] i R v.3.1 [61].

4. Resultats: dades descriptives

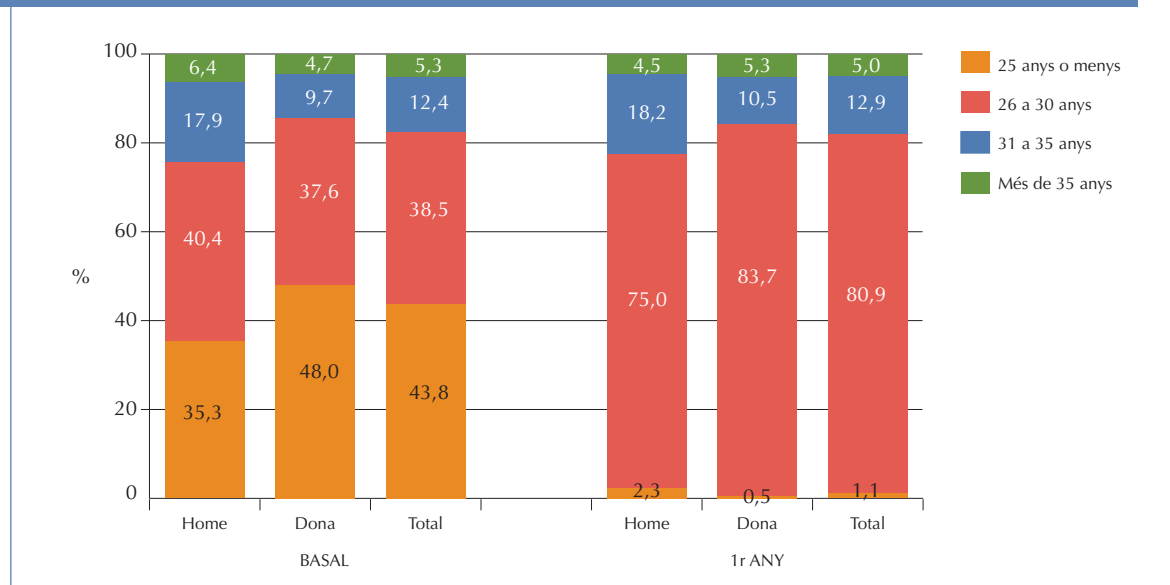
4.1. Dades sociodemogràfiques

Entre l'enquesta basal i la realitzada en finalitzar el primer any de residència s'ha mantingut la distribució de la mostra segons sexe, edat i territori. Al voltant de tres quarts parts dels MIR realitzen la residència a Barcelona i dues terceres parts del total són dones. La mitjana d'edat és de 27,8 anys a l'inici de la residència i de 28,4 al final del primer any. Les dones són una mica més joves bàsicament perquè hi ha més homes de més de 30 anys (22,7% davant el 15,8% de les dones un any després d'iniciar la residència).

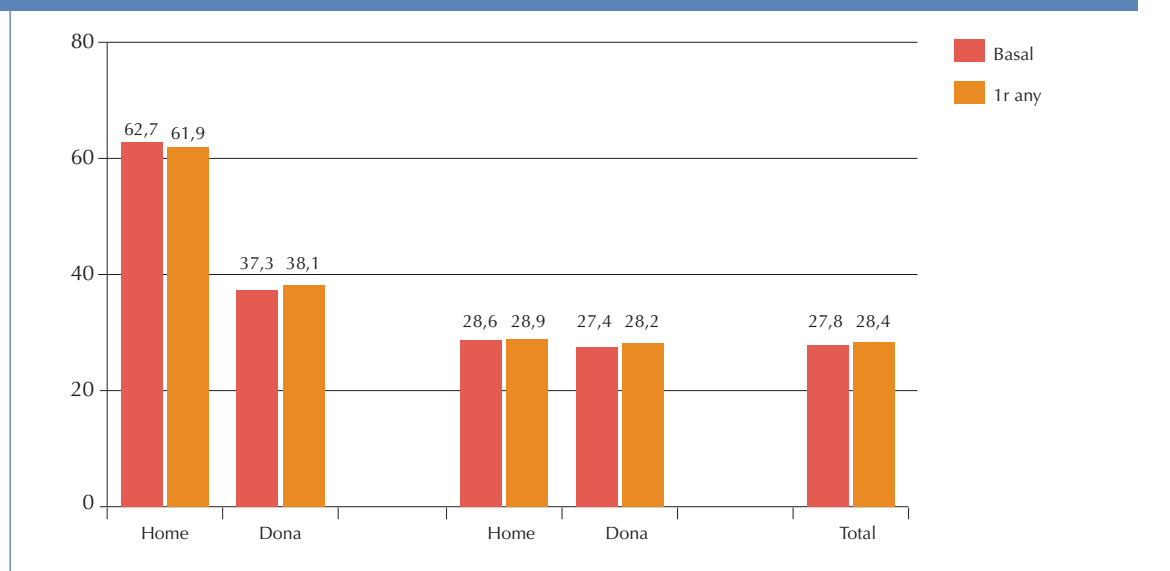
GRÀFIC 4.1.1. Província on es localitza el centre docent de la residència. Dades comparatives enquesta basal i enquesta primer any



GRÀFIC 4.1.2. Distribució per sexe i edat dels MIR. Dades comparatives enquesta basal i enquesta primer any



GRÀFIC 4.1.3. Distribució per sexe i edat dels MIR i edat mitjana segons sexe. Dades comparatives enquesta basal i enquesta primer any

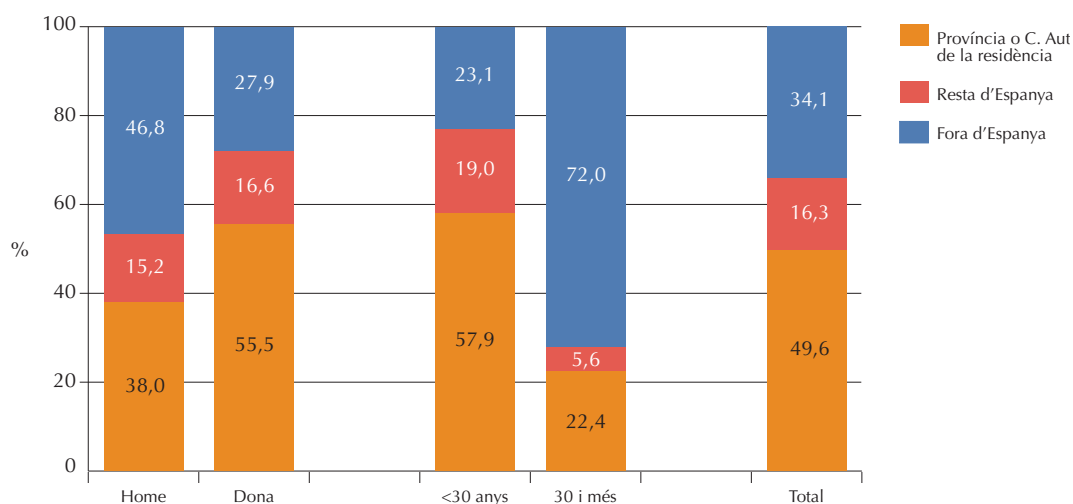


Lloc de naixement

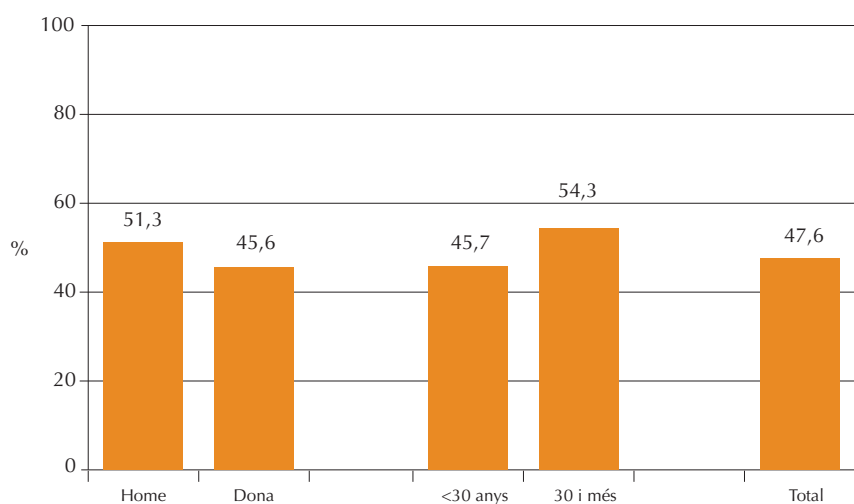
El 50% dels professionals MIR és nascut a Catalunya, el 16% d'altres parts de l'Estat espanyol i un 34% procedeix d'altres països. Cal fer notar que el percentatge de MIR procedents de fora de l'Estat és significativament superior ($\chi^2 = 17,74$, $p < ,001$) en el cas dels homes (47%) que en les dones (28%). Tanmateix, aquest col·lectiu conforma el 71% dels metges de més de 30 anys, mentre que només representa el 26% dels més joves ($\chi^2 = 63,65$, $p < ,001$).

El 48% dels residents ha hagut de canviar de ciutat per iniciar la residència, i aquest percentatge és lleugerament més alt en el cas dels homes i dels majors de 30 anys. El major nombre de residents procedents d'altres països entre els de major edat explica aquesta diferència.

GRÀFIC 4.1.4. Lloc de naixement dels MIR segons sexe i segons grups d'edat. Enquesta basal



GRÀFIC 4.1.5. MIR que han hagut de canviar de ciutat pel fet de la residència segons sexe i segons grups d'edat. Enquesta basal



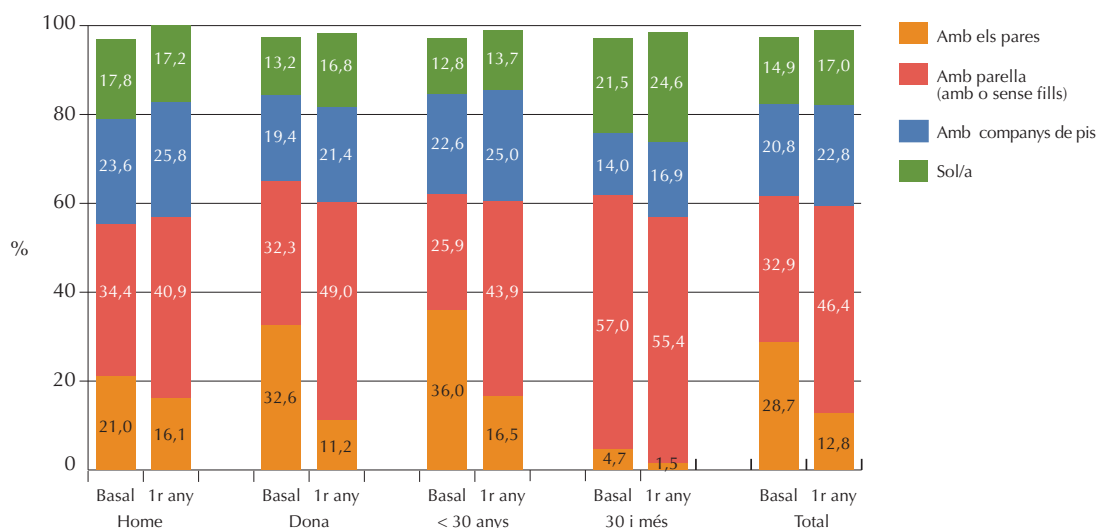
4.2. Entorn familiar i personal

Situació de convivència, parella i fills

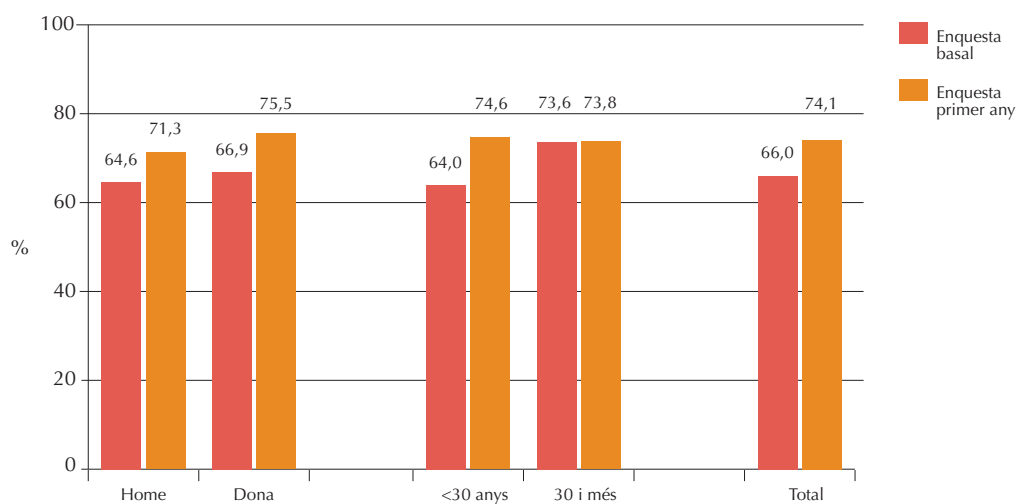
A l'inici de la residència, el 29% dels residents continuava vivint en el domicili dels pares i el 33% vivia amb la parella. Les diferències entre sexes quant al lloc de residència frega la significació estadística ($\chi^2 = 7,48$, $p = ,06$), però l'edat sí que marca diferències significatives: el 57% dels MIR de més de 30 anys residia amb la parella i només el 5% amb els pares ($\chi^2 = 65,56$, $p < ,001$). Al final del primer any de residència hi ha una marcada tendència a independitzar-se ja sigui vivint sol o amb la parella ($\chi^2 = 26,33$, $p < ,001$).

El 66% dels residents té parella (tot i que només el 33% viu amb ella) a l'inici de la residència i arriba al 74% l'any següent, més les dones (75,5%) que els homes (71,3%) però aquestes diferències no assoleixen significació estadística. El nombre de residents menors de 30 anys amb fills és baix, però arriba al 20% entre els de major edat.

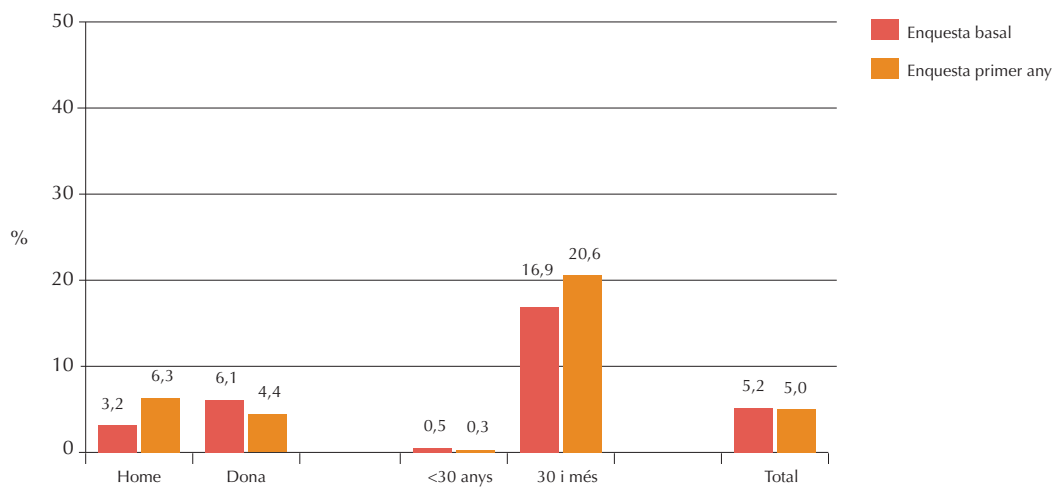
GRÀFIC 4.2.1. Situació de convivència dels MIR segons sexe i segons grups d'edat. Dades comparatives enquesta basal i enquesta primer any



GRÀFIC 4.2.2. MIR que tenen parella segons sexe i segons grups d'edat. Dades comparatives enquesta basal i enquesta primer any



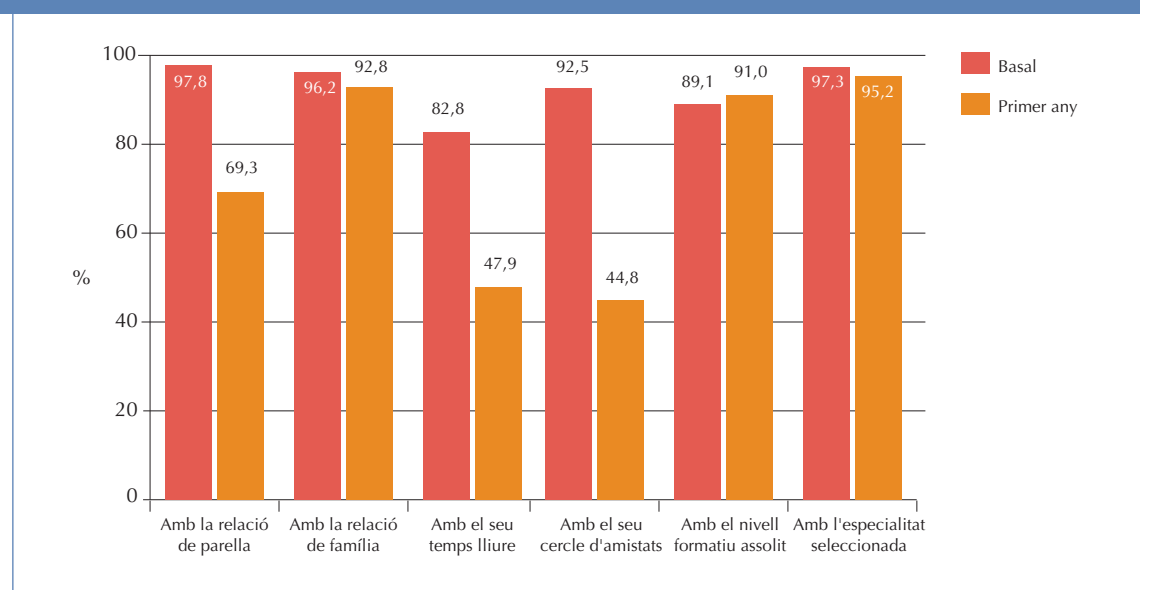
GRÀFIC 4.2.3. MIR que tenen fills segons sexe i segons grups d'edat. Dades comparatives enquesta basal i enquesta primer any



Nivell de satisfacció amb aspectes de la vida personal i de l'entorn formatiu i laboral

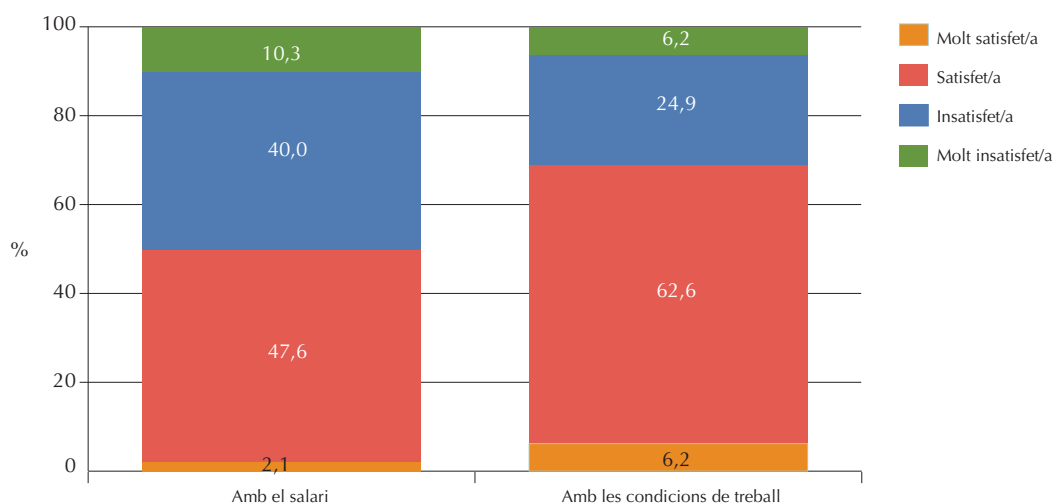
Tant a l'enquesta basal com a la del primer any es van incloure una sèrie de preguntes relatives al nivell de satisfacció percebut respecte a diferents àmbits de la vida personal. En conjunt es pot veure a les taules de l'annex que les respostes en el moment de començar la residència són majoritàriament de molt satisfet/a, en canvi en finalitzar aquest primer any s'observa un desplaçament a la categoria de satisfet/a. Aquest empitjorament del grau de satisfacció és significatiu en tots els aspectes valorats: parella ($\chi^2 = 11,29$, $p = ,01$), família ($\chi^2 = 22,11$, $p < ,001$), temps lliure ($\chi^2 = 602,03$, $p < ,001$), cercle d'amistats ($\chi^2 = 41,33$, $p < ,001$), formació rebuda fins al moment ($\chi^2 = 395,01$, $p < ,001$) i especialitat triada ($\chi^2 = 94,14$, $p < ,001$). Atès que les relacions familiars i interpersonals poden veure's afectades en cas de canvi de domicili, es va repetir l'anàlisi d'aquestes variables pels 352 professionals que romanen a la seva localitat habitual. En tots els casos s'han mantingut les diferències significatives: parella ($\chi^2 = 7,94$, $p = ,005$), família ($\chi^2 = 10,89$, $p < ,012$), temps lliure ($\chi^2 = 269,74$, $p < ,001$) i cercle d'amistats ($\chi^2 = 19,19$, $p < ,001$).

GRÀFIC 4.2.4. MIR que estan satisfets o molt satisfets amb diversos aspectes de la seva vida personal i opcions formatives. Dades comparatives enquesta basal i enquesta primer any



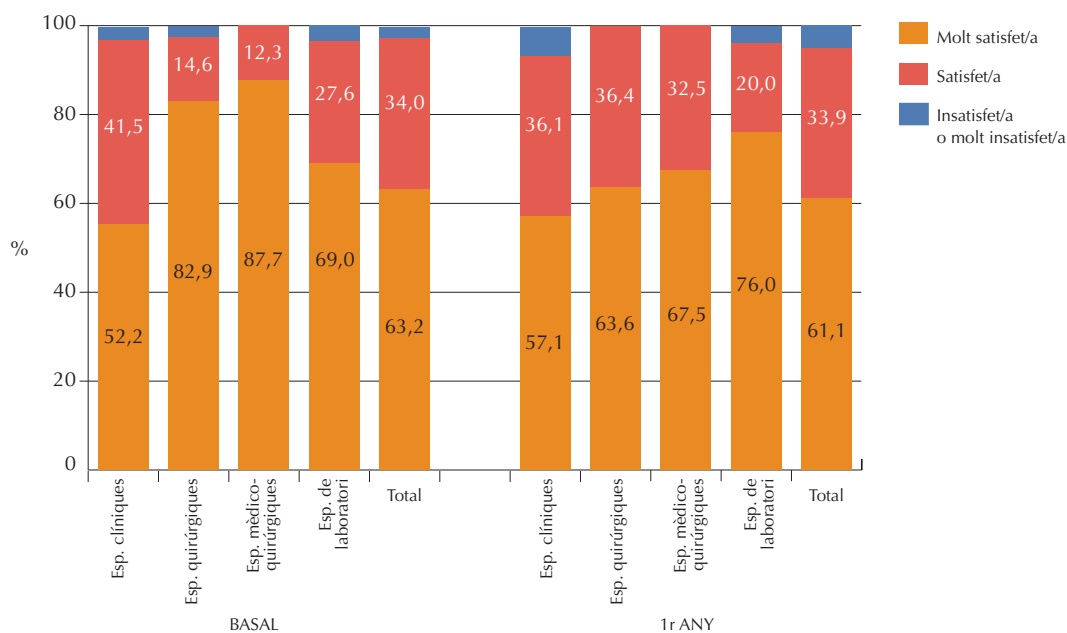
En finalitzar el primer any de residència el 50% dels MIR es mostra satisfet o molt satisfet amb el seu salari i un 69% dóna aquestes valoracions a les condicions de treball.

GRÀFIC 4.2.5. Nivell de satisfacció dels MIR amb el seu salari i les condicions de treball. Enquesta primer any



La satisfacció per l'especialitat triada és alta tant a l'inici de la residència com en finalitzar el primer any. No obstant això, es pot apreciar que els percentatges de professionals que a l'inici es mostren molt satisfets o només satisfets són força diferents en les tres grans àrees d'especialitats ($\chi^2 = 12,43$, $p = ,006$). Aquestes diferències s'esvaeixen en finalitzar l'any, exceptuant les especialitats de laboratori on s'incrementa substancialment el percentatge de molt satisfet/s ($\chi^2 = 1,14$, $p = ,767$).

GRÀFIC 4.2.6. Nivell de satisfacció dels MIR amb l'especialitat seleccionada segons tipus d'especialitat. Dades comparatives enquesta basal i enquesta primer any

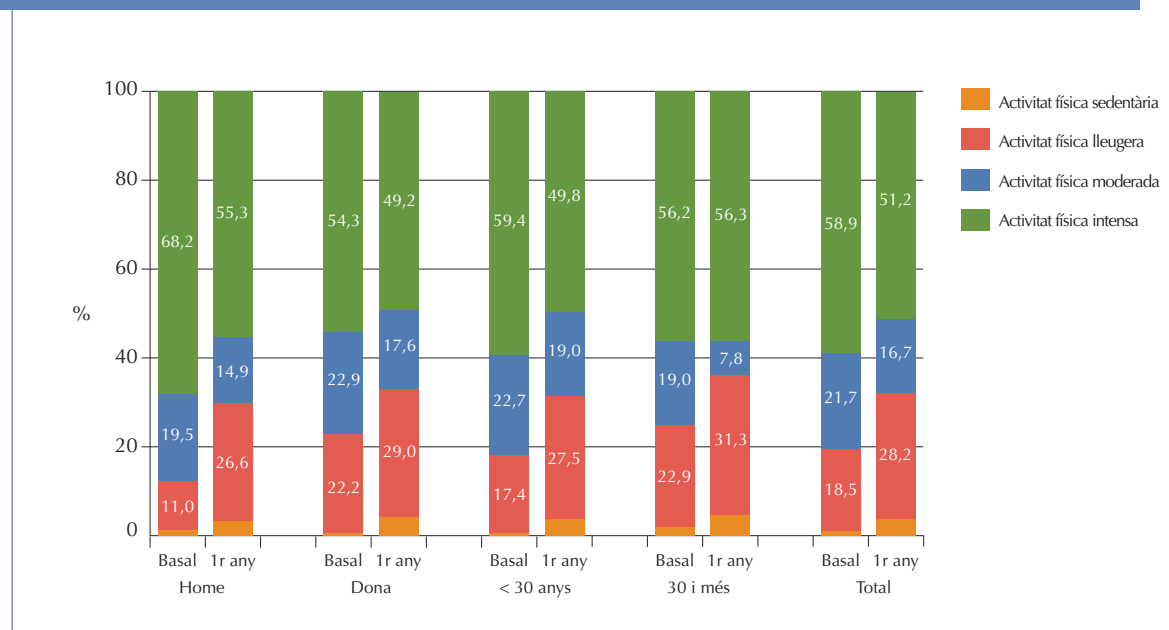


4.3. Estils de vida

Activitat física

En iniciar la residència els metges refereixen un bon nivell d'activitat física. El 58% fa exercici físic intens i menys del 4% és sedentari. El patró d'activitat és semblant entre els més joves i els més grans, i és una mica més elevada l'activitat física en el cas dels homes. Al final del primer any el nivell d'activitat física es redueix significativament, malgrat continuar sent alt ($\chi^2 = 19,69$, $p < ,001$).

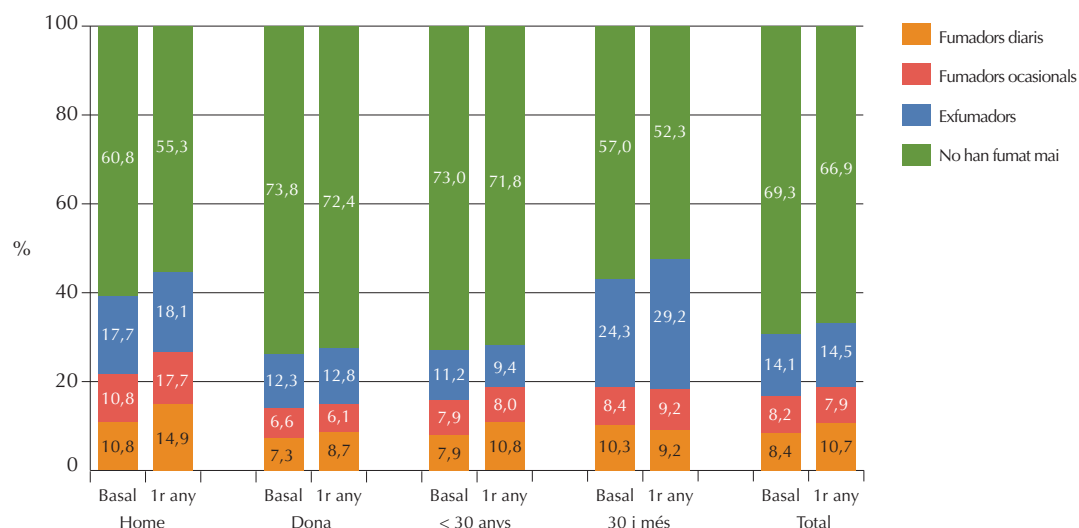
GRÀFIC 4.3.1. Nivell d'activitat física dels MIR segons sexe i segons edat. Dades comparatives enquesta basal i enquesta primer any



Consum de tabac

Un 8% dels MIR és fumador habitual i s'aprecien diferències similars a les de la població general: hi ha més fumadors entre els homes que en les dones (11% i 7%, respectivament, $\chi^2 = 9,73$, $p = ,021$) i l'hàbit és més freqüent en el grup de més de 30 anys (10% en comparació al 8%, $\chi^2 = 13,63$, $p = ,003$). En el transcurs de l'any de residència no s'observa variació significativa pel que fa a l'estatus de fumador ($\chi^2 = 1,21$, $p = ,751$).

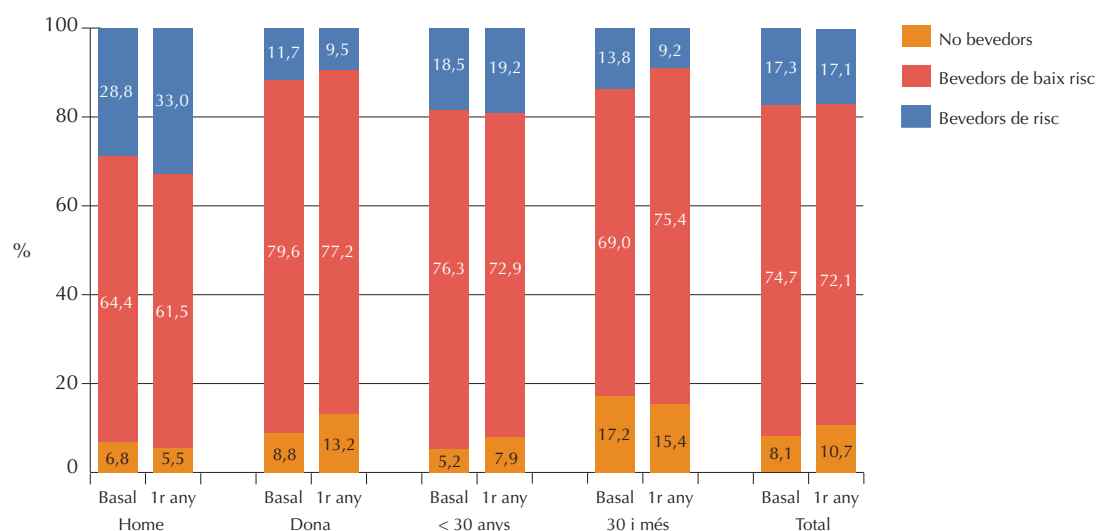
GRÀFIC 4.3.2. Consum de tabac per part dels MIR segons sexe i segons edat. Dades comparatives enquesta basal i enquesta primer any



Consum d'alcohol

El consum d'alcohol és per contra elevat. Són pocs els no bevedors (8%) i un percentatge significatiu és bevedor de risc (17%). El consum de risc és significativament més alt en el homes (29%) que en les dones (12%, $\chi^2 = 16,25$, $p < ,0001$. Entre l'enquesta basal i seguiment del primer any no s'ha produït variació en el risc per consum d'alcohol ($\chi^2 = 1,32$, $p = ,517$),

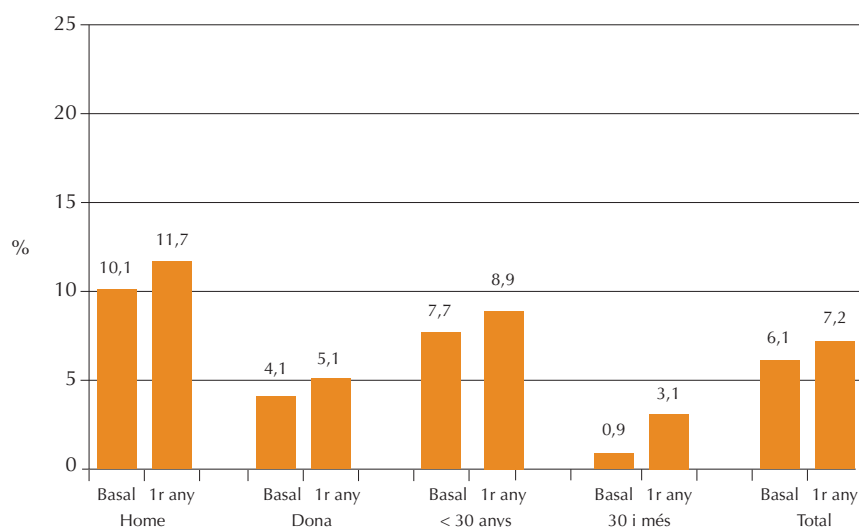
GRÀFIC 4.3.3. Consum d'alcohol per part dels MIR segons sexe i segons edat. Dades comparatives enquesta basal i enquesta primer any



Consum d'altres substàncies

El consum d'altres drogues reportat pels MIR a l'inici de la residència només és significatiu quant a derivats del cànnabis. Presentem aquí les dades d'aquestes drogues en el darrer mes i remetem al lector a les taules de l'annex per a la informació sobre l'ús d'altres substàncies tòxiques. Quant al consum de cànnabis al darrer mes la prevalença és del 6%. S'observen diferències en relació amb el sexe ($\chi^2 = 4,95$, $p = ,026$) i l'edat (p de Fisher = $,043$), però no entre el total de professionals a l'inici i al final del primer any de residència ($\chi^2 = 0,84$, $p = ,360$).

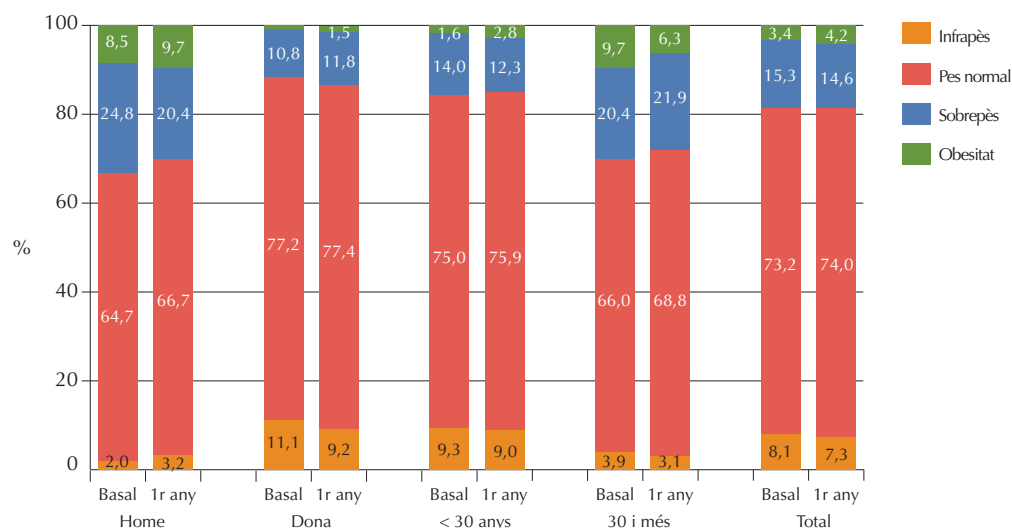
GRÀFIC 4.3.4. Consum de cànnabis durant els últims 30 dies segons sexe i segons edat. Dades comparatives enquesta basal i enquesta primer any



Índex de massa corporal

Quant a l'índex de massa corporal, cal assenyalar que un 11% de les metgesses MIR presenta valors corresponents a la categoria d'infrapès, és a dir, valors de l'IMC inferiors a 18,5. En el cas dels homes el sobrepès (IMC >25) té una prevalença del 9%. Al cap de l'any no s'han produït variacions significatives en la distribució ponderal.

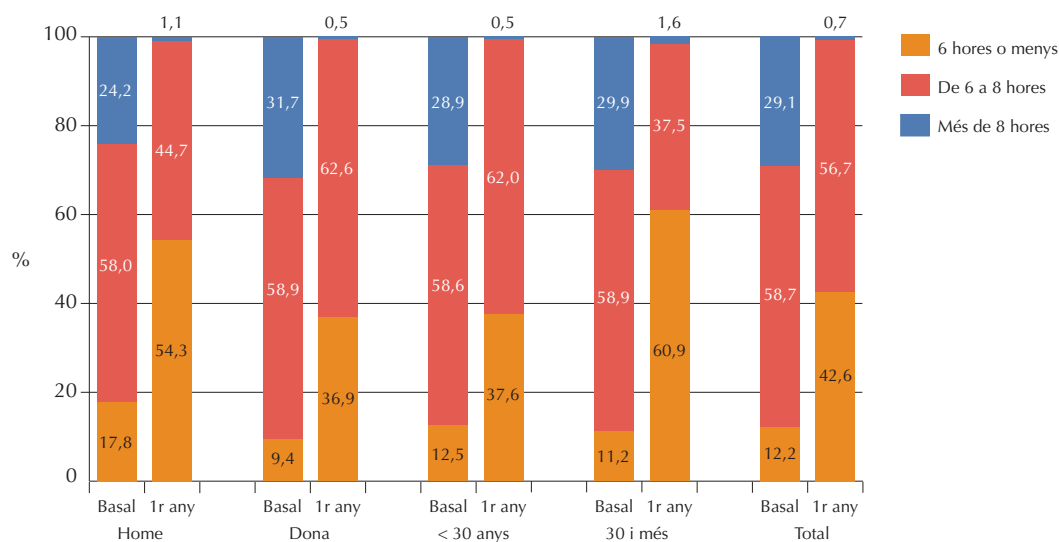
GRÀFIC 4.3.5. Índex de massa corporal segons sexe i segons edat. Dades comparatives enquesta basal i enquesta primer any



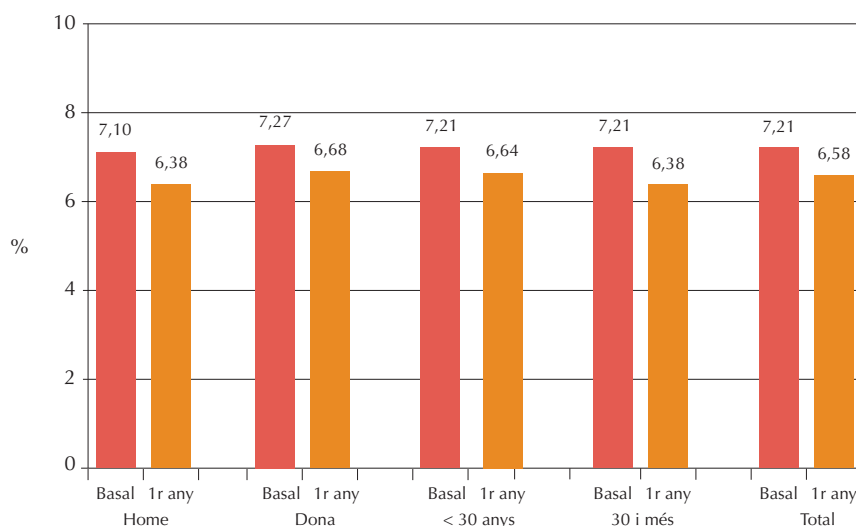
Temps de son

El 12% dels MIR dormia 6 hores o menys en començar la residència. Aquesta prevalença era més elevada en els homes ($\chi^2 = 8,16$, $p = ,017$) i no diferia entre els dos grups d'edat analitzats ($\chi^2 = 0,19$, $p = ,928$). És de destacar que en relació amb l'inici de la residència, la restricció de les hores de son al final del primer any és notable ($\chi^2 = 149,63$, $p < ,001$), i afecta el 42% del total de professionals.

GRÀFIC 4.3.6. Hores de son habituals segons sexe i segons edat. Dades comparatives enquesta basal i enquesta primer any



GRÀFIC 4.3.7. Nombre mitjà d'hores de son diàries segons sexe i segons edat. Dades comparatives enquesta basal i enquesta primer any

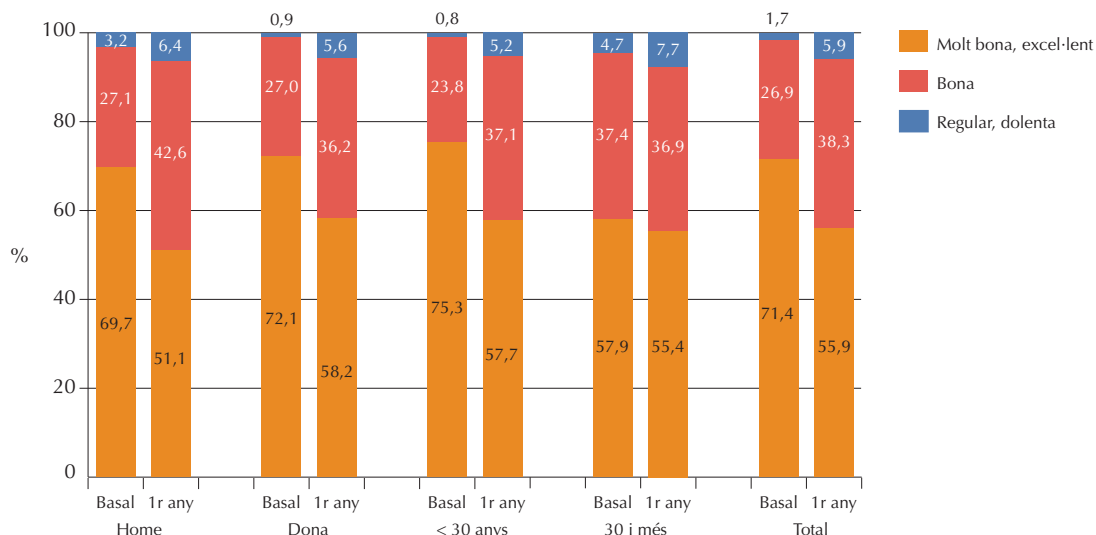


4.4. Estat de salut i vinculació al sistema sanitari

Estat de salut autopercebut

Com és d'esperar d'una població jove, l'estat de salut autopercebut a l'enquesta basal és bo, només un 2% dels professionals l'avalua com a regular o dolent, però aquest percentatge s'eleva al 6% en finalitzar el primer any de residència. L'escàs nombre de persones que responen aquestes categories fa difícil interpretar aquesta diferència percentual, malgrat assolir la significació estadística (p de Fisher = ,003).

GRÀFIC 4.4.1. Estat de salut autopercebut segons sexe i segons edat. Dades comparatives enquesta basal i enquesta primer any



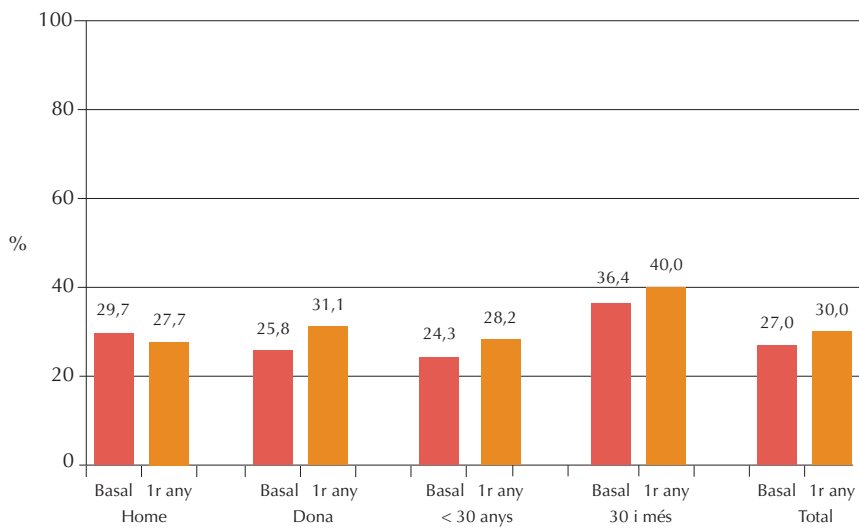
Presència de trastorns crònics

Tal com es pot veure el nombre de trastorns crònics autodeclarats pels MIR són baixos, com correspon a un col·lectiu de població jove. Malgrat això, al voltant d'un 30% manifesta tenir-ne com a mínim un. Els percentatges no es modifiquen significativament entre les dues enquestes.

TAULA 4.4.1. Trastorns crònics autodeclarats

	Enquesta basal		Primer any		p de Fisher
Malalties respiratòries (bronquitis, asma...)	29	6,1	23	7,9	,378
Trastorns afectius i/o d'ansietat	36	7,5	30	10,3	,236
Malalties digestives	19	4,0	16	5,5	,376
Alguna malaltia crònica	130	27,2	87	30,0	,528

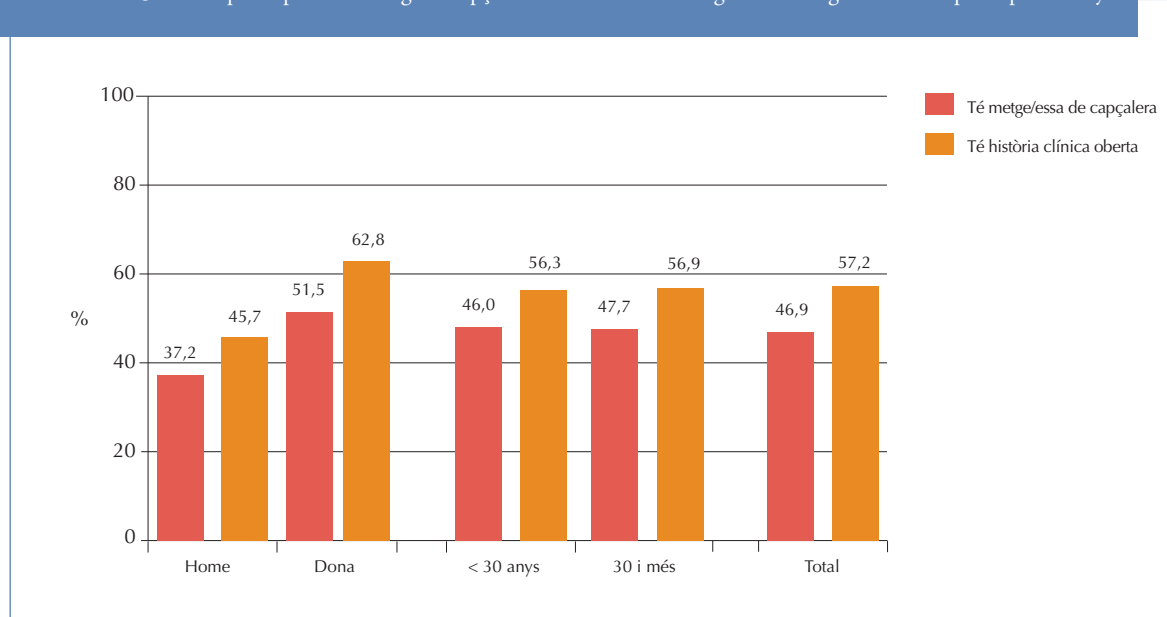
GRÀFIC 4.4.2. MIR que tenen algun trastorn crònic segons sexe i segons edat. Dades comparatives enquesta basal i enquesta primer any



Disposen de metge de família i d'història clínica oberta

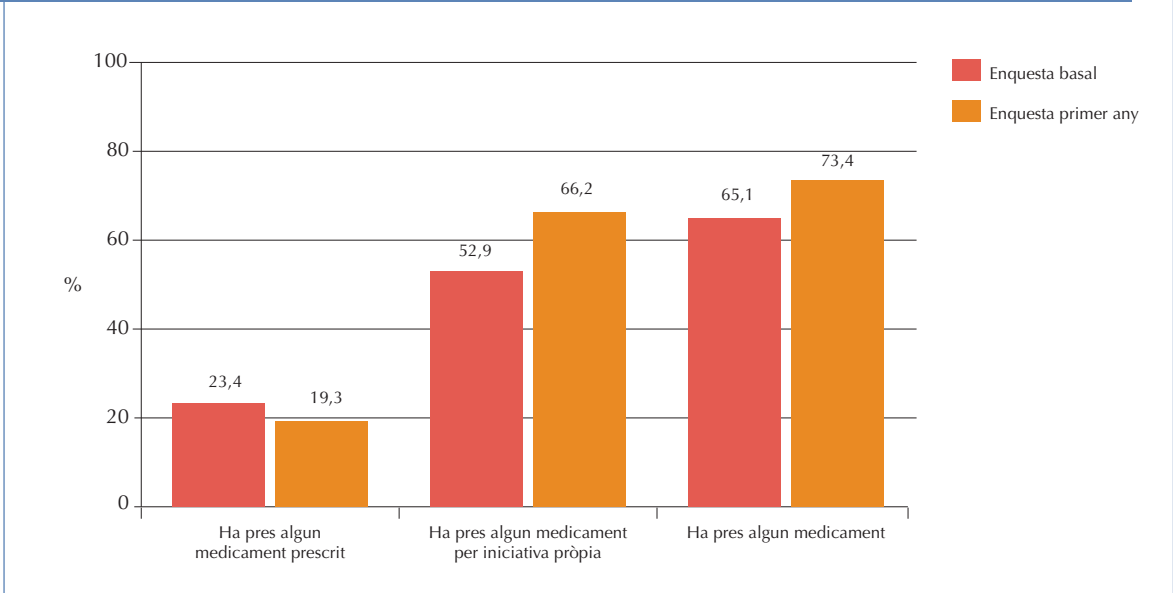
Donat que molts MIR havien canviat de lloc de residència, s'ha considerat si tenien metge de família al final del primer any, temps suficient per regularitzar la seva situació. En conjunt el 45% dels professionals no tenen metge de família al qual acudir habitualment. És important destacar que aquest percentatge és similar entre els que pateixen alguna malaltia crònica i els que no ($\chi^2 = 1,54$, $p = ,215$).

GRÀFIC 4.4.3. MIR que disposen de metge de capçalera i d'història clínica segons sexe i segons edat. Enquesta primer any

*Consum de medicaments*

A l'inici de la residència el 65% dels MIR havia pres algun medicament en els darrers 15 dies. Aquest percentatge és del 73% un any després i s'incrementa especialment l'automedicació, que passa d'un 52,9% a un 66,2% en el transcurs d'un any.

GRÀFIC 4.4.4. Consum de medicaments en els últims 15 dies. Dades comparatives enquesta basal i enquesta primer any



4.5. Salut mental

Consum de psicofàrmacs

El consum de psicofàrmacs és baix a l'inici de la residència i no s'aprecien diferències valorables entre sexes ni entre els grups d'edat. Es constata estabilitat en el consum d'hipnòtics ($\chi^2 = 2,21$, $p = ,137$) i un increment significatiu de l'ús tant de medicaments ansiolítics ($\chi^2 = 6,26$, $p = ,012$) com d'antidepressius ($\chi^2 = 12,17$, $p < ,001$) en finalitzar el primer any de residència. En aquesta segona avaluació les freqüències de consum són similars tant en ambdós sexes com entre els MIR joves i grans.

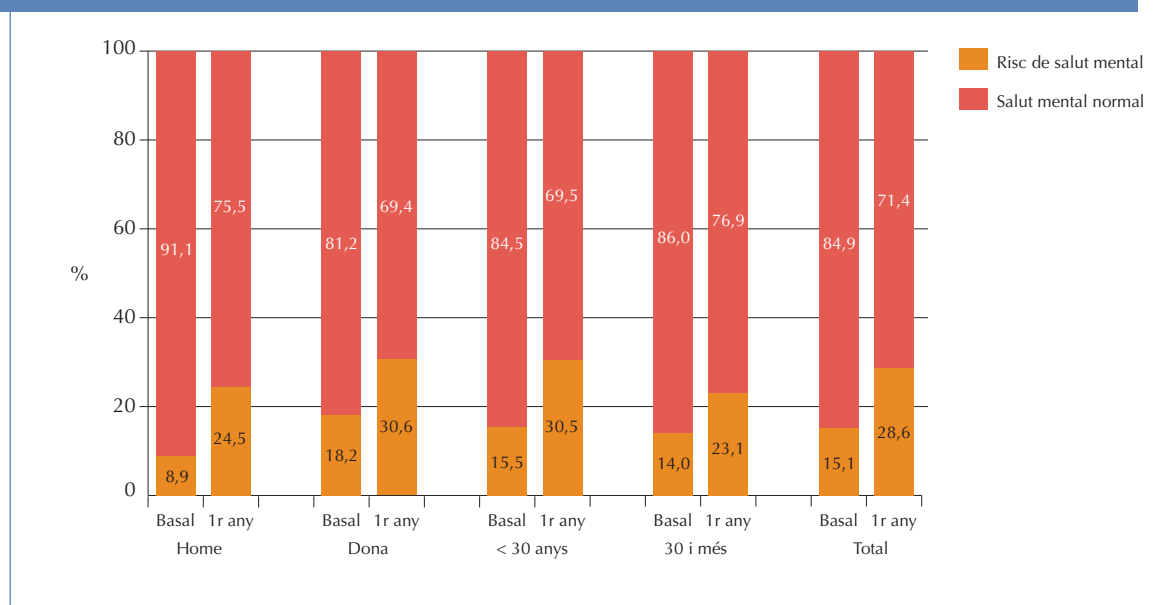
TAULA 4.5.1. Medicaments consumits durant els darrers 15 dies segons sexe i edat. Dades comparatives enquesta basal i enquesta primer any

	Enquesta basal					Enquesta primer any				
	Home	Dona	<30	30 i més	Total	Home	Dona	<30	30 i més	Total
Tranquil·litzants	3,8	3,8	3,8	3,6	3,8	8,5	8,2	6,6	13,8	8,3
Antidepressius	1,3	3,1	2,3	3,6	2,5	6,4	9,2	8,9	6,2	8,3
Hipnòtics	2,5	3,8	2,8	4,8	3,3	6,4	6,1	5,6	9,2	6,2

Salut mental (GHQ)

Aquest índex de salut mental classifica com a subjectes de risc per patir un trastorn psicopatològic el 9% dels metges i el 18% de les metgesses a l'inici de la residència, les diferències són significatives ($\chi^2 = 6,33$, $p = ,012$) però habituals a la població general. No hi ha diferència en la prevalença de risc segons el grup d'edat. Cal fer notar que el percentatge total de professionals en risc augmenta des del 15% a l'inici del primer any de residència fins al 29% en finalitzar-lo. L'augment de la prevalença s'observa tant en els homes ($\chi^2 = 10,11$, $p = ,001$) com en les dones ($\chi^2 = 9,93$, $p = ,002$).

GRÀFIC 4.5.1. Índex de salut mental segons sexe i segons edat. Dades comparatives enquesta basal i enquesta primer any

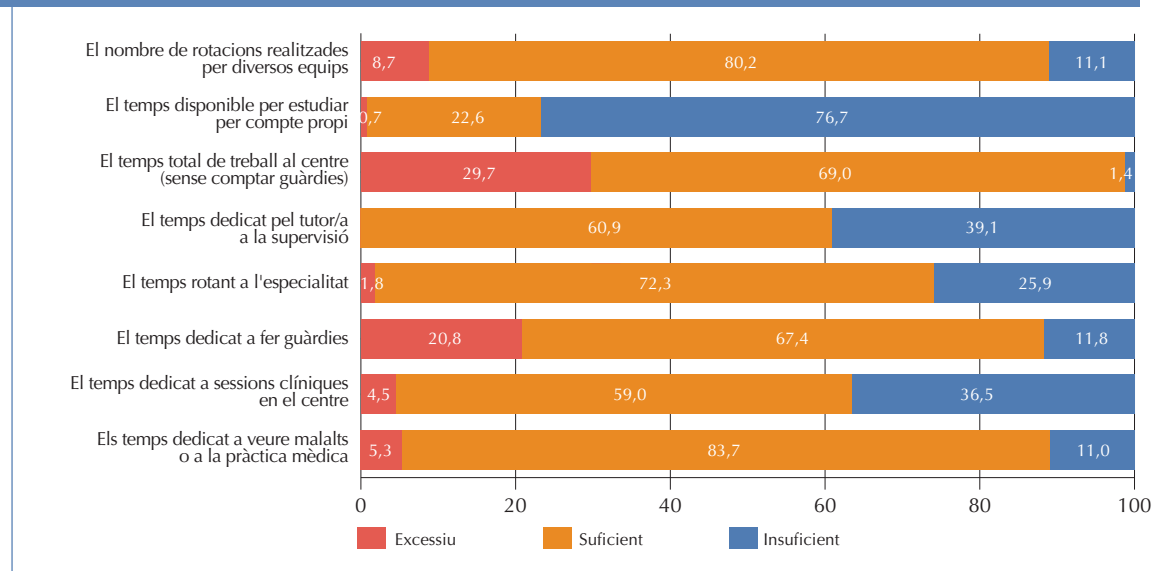


4.6. Entorn formatiu i laboral

Opinió sobre el temps dedicat a diverses activitats laborals i docents

En conjunt, la valoració del temps dedicat a les diferents activitats assistencials i formatives és positiva, exceptuant el temps disponible per estudiar o actualitzar els coneixements que és considerat insuficient pel 77% dels MIR.

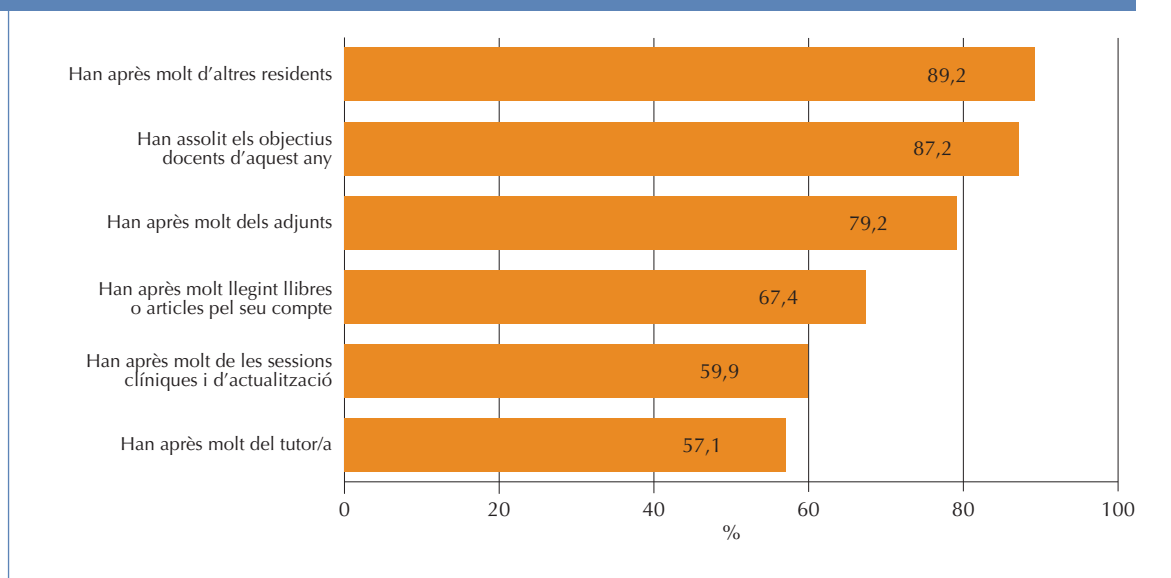
GRÀFIC 4.6.1. Opinió sobre el temps dedicat a diverses activitats laborals i docents. Enquesta primer any



Valoració de l'entorn formatiu

En finalitzar el primer any de residència el 87% dels metges residents es mostra d'acord o molt d'acord en haver assolit els objectius docents. Val la pena assenyalar l'elevada valoració dels altres residents com a font d'aprenentatge.

GRÀFIC 4.6.2. MIR que estan d'acord o molt d'acord amb diverses fonts d'aprenentatge. Enquesta primer any



Factors de risc psicosocial en el treball (JCQ)

El nivell d'exigència psicològica percebut pels MIR en el seu primer any de residència és lleugerament inferior a l'obtingut a l'enquesta sobre metges i metgesses ja formats de Catalunya [1d]. No hi ha diferència entre homes i dones ($t = 1,45$, $p = ,150$) ni entre el grup d'edat més jove i els de major edat ($t = 1,12$, $p = ,268$).

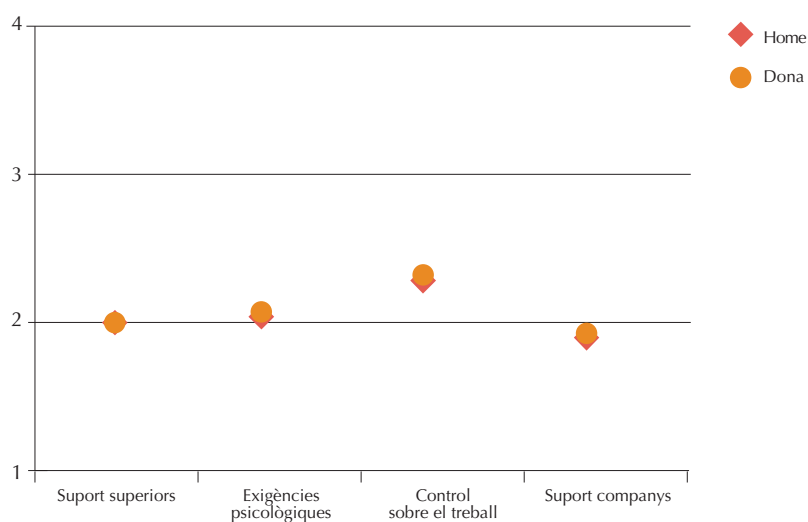
La percepció de control sobre la seva activitat és també més baixa que en els professionals mèdics ja formats de Catalunya. Tampoc en aquesta dimensió s'observen diferències entre sexes ($t = 0,08$, $p = ,938$) ni entre grups d'edat ($t = 1,01$, $p = ,317$).

El nivell de suport percebut per part dels seus companys és similar al dels metges catalans. En aquesta dimensió no s'han obtingut diferències significatives entre sexes ($t = 0,05$, $p = ,962$), però sí una major percepció de suport en els MIR més joves que no pas en els majors de 30 anys ($t = 3,64$, $p = ,001$).

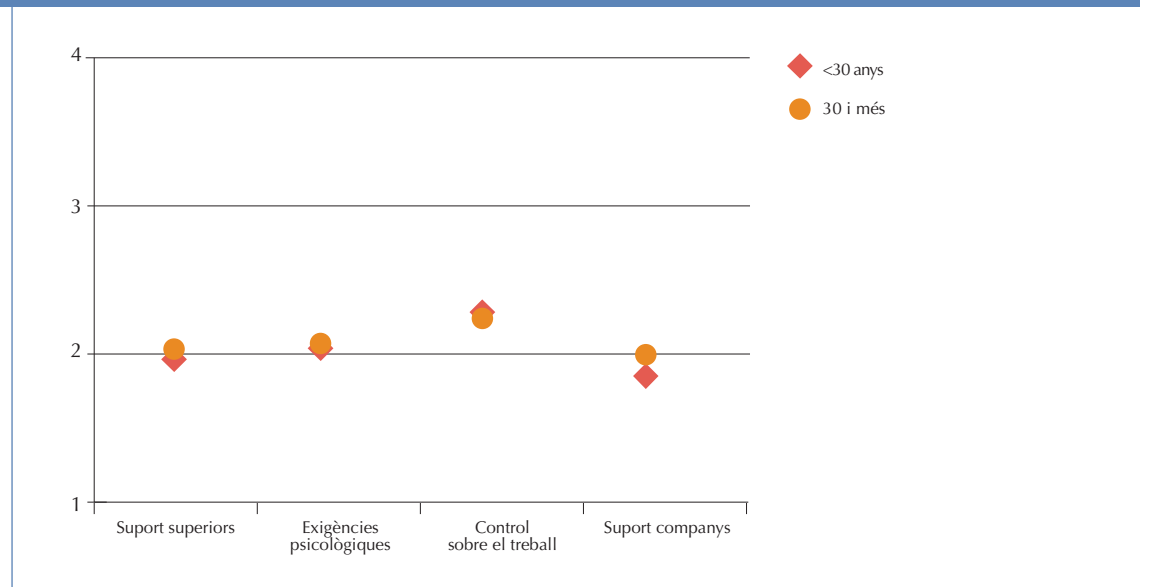
TAULA 4.6.1. Factors de risc psicosocial segons sexe i segons edat. Enquesta primer any

	Sexe				Edat				Total	
	Home		Dona		<30 anys		30 i més			
Suport superiors	1,98	(0,45)	1,97	(0,55)	1,94	(0,50)	2,06	(0,53)	1,97	(0,52)
Exigències psicològiques	2,03	(0,38)	2,08	(0,41)	2,06	(0,40)	2,11	(0,37)	2,07	(0,40)
Control sobre el treball	2,36	(0,35)	2,45	(0,31)	2,44	(0,31)	2,36	(0,36)	2,42	(0,33)
Suport dels companys	1,82	(0,47)	1,87	(0,49)	1,79	(0,46)	2,03	(0,50)	1,85	(0,48)

GRÀFIC 4.6.3. Factors de risc psicosocial segons sexe (4 dimensions). Enquesta primer any



GRÀFIC 4.6.4. Factors de risc psicosocial segons edat (4 dimensions). Enquesta primer any



Índex de burnout o esgotament mental (OLBI)

Els nivells d'esgotament mental o *burnout* s'han avaluat considerant dues dimensions. La primera és la percepció de fatiga mental i esgotament físic. Al final del primer any de residència no hi ha diferències significatives entre els homes i les dones ($t = 0,47$, $p = ,639$), ni entre els dos grups d'edat ($t = 0,81$, $p = ,419$).

Quant a la segona dimensió, implicació en la feina, observem que aquesta és superior en els homes que no pas en les dones ($t = 2,75$, $p = ,006$). En aquesta dimensió no es detecten diferències significatives entre els MIR menors i majors de 30 anys ($t = 1,10$, $p = ,276$).

TAULA 4.6.2. Índex *burnout* o esgotament mental (OLBI) segons sexe i segons edat. Enquesta primer any.

	Sexe				Edat				Total	
	Home		Dona		<30 anys		30 i més			
Esgotament	16,8	(2,9)	16,7	(3,2)	16,8	(3,0)	16,3	(3,4)	16,8	(3,1)
Implicació en la feina	15,0	(2,6)	14,2	(2,6)	14,4	(2,6)	15,0	(3,0)	14,5	(2,6)

4.7. Factors relacionats amb el malestar psicològic

En aquest apartat ens centrarem en la submostra de persones que han contestat l'enquesta basal i l'administrada en finalitzar el primer any de residència. Tal com s'ha indicat a l'apartat de metodologia, s'han pogut aparellar 184 casos. Per avaluar el possible biaix d'aquests participants en relació amb el conjunt de la mostra, es va procedir a comparar les principals variables sociodemogràfiques, característiques de personalitat i l'indicador de risc de patiment de trastorns mentals en el moment basal entre els subjectes aparellats i els que no.

TAULA 4.7.1. Comparació entre les característiques basals dels MIR que tenen vinculació entre enquesta basal i primer any i els no vinculats

	MIR no vinculats	MIR vinculats	Estadístic (χ^2 / t)	p
Edat			6,662 ^a	0,010
Menys de 30 anys	214 (73,5)	154 (83,7)		
30 anys o més	77 (26,5)	30 (16,3)		
Sexe			0,552 ^a	0,458
Home	93 (31,8)	65 (35,1)		
Dona	199 (68,2)	120 (64,9)		
Procedència			6,733 ^a	0,035
Catalunya	135 (46,1)	102 (55,1)		
Reste de l'Estat	45 (15,4)	33 (17,8)		
Fora de l'Estat	113 (38,6)	50 (27,0)		
Salut mental (GHQ)			0,104 ^a	0,747
Risc	43 (14,7)	29 (15,8)		
No risc	250 (85,3)	155 (84,2)		

Com es pot veure l'única diferència sociodemogràfica significativa entre ambdós grups és una desviació en la distribució dels professionals MIR quant a la seva edat i a la seva procedència. En el subgrup de subjectes aparellats estan sobrerrepresentats els procedents de Catalunya i infrarepresentats els vinguts de fora de l'Estat. No es detecten diferències significatives quant a sexe; i pel que fa a l'edat, les persones més grans no es mantenen a l'estudi, tot i que l'estructura d'edats de les vinculades respon millor als rangs propis d'aquest col·lectiu. Les submostres no difereixen en risc psicopatològic. Tot i aquestes limitacions, que es tindran en compte a l'anàlisi, considerem que les inferències realitzades a partir d'aquest subgrup de persones poden generalitzar-se a tota la mostra.

A la taula 8.8 (annex) es poden observar les correlacions bivariades entre les tres variables criteri, estat de risc psicopatològic, esgotament emocional i implicació laboral, i les variables que s'han emprat com

a predictors. A la taula 8.9 (annex) es presenten les correlacions entre aquests predictors. Com es pot veure entre els predictors s'estableixen correlacions significatives que es tindran en compte en les anàlisis multivariades.

Risc de trastorn psicopatològic

La presència de puntuacions indicadores de probable risc psicopatològic en finalitzar el primer any de residència (taula 8.10 de l'annex) està associada a tenir una puntuació ja elevada en iniciar la residència ($r = 0,17$, $p = ,025$), a la presència d'una personalitat amb tendència a la inestabilitat emocional ($r = 0,26$, $p < ,001$) i a la presència d'elevades demandes en la tasca laboral que es realitza ($r = 0,23$, $p = ,002$). Com hem assenyalat, aquestes variables relacionades amb la probabilitat de patir un trastorn psicopatològic estan associades entre elles.

Per aïllar el possible efecte específic de les condicions laborals, es va calcular un model de regressió amb les variables no relacionades amb el treball per extreure la seva capacitat predictiva i afegir en el segon model les variables laborals. Es pot observar que en aquest segon model la percepció d'elevada demanda laboral perd la seva significació.

Esgotament emocional

L'esgotament emocional en el treball està relacionat amb moltes de les variables predictores que considerem en aquest estudi (taula 8.11 de l'annex). És més gran en els MIR que procedeixen d'altres països ($r = -0,16$, $p = ,036$), en els que presentaven probable trastorn psicopatològic en iniciar la residència ($r = 0,55$, $p < ,001$), en els professionals amb tendència a la inestabilitat emocional ($r = 0,16$, $p = ,034$) i a la introversió ($r = -0,17$, $p = ,021$).

També està associat a totes les variables relacionades amb la percepció de l'activitat laboral: feina molt demandant ($r = 0,35$, $p < ,001$), baixa capacitat per influir en el control i organització de l'activitat ($r = -0,34$, $p < ,001$), baix recolzament per part del companys ($r = -0,36$, $p < ,001$) i baix recolzament dels superiors ($r = -0,36$, $p < ,001$). Es pot observar a la taula 8.11 que, controlant el possible efecte de totes les variables extralaborals, la presència d'elevats nivells de demanda, escàs control sobre l'activitat i baix suport per part dels companys mantenen un efecte significatiu i incrementen el nivell d'esgotament emocional en el treball. Al controlar pels covariants, perd la seva significació estadística la influència del suport percebut per part dels superiors.

Implicació en el treball

La implicació en el treball només presenta relacions significatives amb les variables directament relacionades amb l'activitat laboral (taula 8.12). Ans al contrari, les associacions són molt estretes amb totes les dimensions de percepció de l'ambient laboral. Així, la implicació en les tasques és més elevada quan el

MIR té major control de l'activitat que realitza ($r = 0,51, p < ,001$) i quan percep que està recolzat tant pels companys ($r = 0,38, p < ,001$) com pels seus superiors ($r = 0,51, p < ,001$). La percepció d'aquests tres aspectes de l'ambient de treball estan interrelacionats i l'anàlisi de la seva participació específica (taula 8.12) mostra que tant la capacitat de control com el recolzament dels superiors tenen una influència independent significativa.

5. Conclusions

La taxa de resposta aconseguida en el moment d'iniciar el professional la seva formació MIR ha estat del 57,6%. La distribució geogràfica i per especialitats no reflecteix cap biaix sistemàtic i el nombre de respostes permet disposar d'estimacions dins de marges d'error acceptables. En el seguiment al final de l'any de formació, la pèrdua ha estat significativa (47%) però dins dels límits esperables.

Aparellar les enquestes per analitzar els canvis produïts en aquest primer any de formació ha estat difícil ja que no tots els MIR han comprès i emplenat correctament el codi anonimitzat (dues primeres lletres del segon cognom del pare + dues primeres lletres del segon cognom de la mare + dia de naixement) que se'ls va sol·licitar per vincular una i altra enquesta alhora que s'assegurava el seu anonimat.

Les 184 enquestes aparellades, que suposen un 38,7% dels MIR que va respondre a l'enquesta inicial, permeten una anàlisi amb suficient potència estadística, però en la interpretació i generalització dels resultats cal tenir present la desviació pel que fa al lloc de procedència, ja que en aquest subgrup estan sobrerrepresentats els professionals MIR nascuts a Catalunya (56% i 45% respectivament).

5.1. Característiques sociodemogràfiques

Els professionals MIR de Catalunya presenten una relació 1:2 entre homes i dones, cosa que confirma la tendència a la feminització de la professió especialment marcada en les generacions de professionals més joves. Cal notar que el 50% dels MIR de la promoció de 2013 ha nascut fora de Catalunya, proporció inferior a l'estimada del total de residents de Catalunya l'any 2006 que era del 64% [5]. Sembla doncs que també es va incrementant la mobilitat dins del territori espanyol en el col·lectiu de professionals mèdics en formació, fenomen que també es produeix en altres grups de professionals. Cal destacar, per últim, que el 34% procedeix d'altres estats, sent aquest percentatge molt baix en l'estudi anteriorment esmentat.

5.2. Estils de vida

L'inici de la residència suposa una gran dedicació a les tasques assistencials, a la qual s'afegeix el temps dedicat a la formació. Aquestes demandes van en detriment d'altres activitats i interessos personals. El present estudi posa en evidència una marcada disminució en el transcurs del primer any de residència de la satisfacció en molts aspectes de la vida extralaboral dels MIR, amb excepció de la parella. Aquest empitjorament de la satisfacció inclou les relacions amb la família, els amics i el gaudi del temps d'oci. L'inici de la residència suposa, doncs, un canvi notable amb desplaçament del temps de dedicació i de les fonts de gratificació. La disminució de la satisfacció amb les vinculacions interpersonals és un factor que incideix negativament en el benestar personal de forma directa. També s'ha de tenir en compte que la xarxa relacional és un amortidor (*buffer*) i la seva deterioració suposa una disminució en la capacitat de resiliència enfront dels efectes adversos dels estressors.

La tria d'una especialitat determinada, condicionada en part per l'oferta de places formatives, suposa una decisió difícil i incerta. Cal destacar que els nivells de satisfacció de la tria en iniciar la residència són alts i es mantenen en finalitzar el primer any de formació. En aquest sentit cal destacar l'increment de la satisfacció expressada pels professionals MIR en les especialitats de laboratori.

Veiem que en el transcurs del primer any de residència es produeix una forta davallada en la pràctica d'esports i altres activitats físiques, la qual cosa sembla estar relacionada amb les demandes laborals i formatives que s'incrementen en relació amb l'etapa d'estudiant de llicenciatura. Probablement la disminució dels nivells de satisfacció expressats quant a la satisfacció que reporta el temps d'oci abans esmentada estigui relacionada amb aquesta disminució.

Quant al consum de tòxics, el primer que cal assenyalar és que no es produeixen canvis en el període estudiat. Aquest manteniment de la prevalença s'observa tant pel que fa al tabac com a l'alcohol i els derivats cannàbics. Tal com succeeix en la població general, l'ús d'aquests tòxics és significativament superior en els homes que no pas en les dones. Un percentatge menor dels professionals MIR de primer any és fumador habitual amb relació al que observem en la població general d'aquest segment d'edat (8% i 38%, respectivament). El consum d'alcohol de risc és molt valorable en les dones (12%) i especialment en els homes (29%). La prevalença d'aquests consums no es modifica al llarg del primer any de residència.

Les desviacions ponderals del professionals MIR són notables. En les dones observem un 11% de prevalença d'infrapès. En el cas dels homes la desviació es produeix en l'extrem oposat on constatem un 9% d'obesitat. Malgrat la disminució de l'activitat física que ja hem assenyalat, no s'observen canvis en els valors ponderals.

En iniciar la residència hi havia un 12% de professionals MIR que dormia menys de 6 hores. Aquest percentatge es va incrementar fins arribar al 42% en finalitzar el primer any de residència.

5.3. Salut i vinculació al sistema sanitari

Al llarg del primer any de residència s'observa una disminució significativa en la valoració autopercebuda del nivell de salut. Aquesta disminució no es concreta amb cap increment de malalties cròniques reportades. Probablement correspon a sensacions difoses de malestar, relacionades amb símptomes poc específics d'estrès.

La utilització regular del sistema sanitari públic és baixa, com reflecteix que en finalitzar el primer any de residència el 45% dels professionals no està vinculat a un metge/essa de família, fins i tot en el cas dels professionals que reconeixen patir alguna malaltia crònica. En canvi, en aquest any, augmenta la ingesta de medicaments i, sobretot, l'automedicació. Els professionals que han pres medicaments per iniciativa pròpia (no prescrits per un altre metge) passen del 53% al 66% al cap d'un any.

5.4. Entorn formatiu i laboral

El 54% dels MIR respon haver treballat més de 40 hores la darrera setmana i un 30% considera que el temps de treball en el centre és excessiu. Possiblement la percepció d'excessiva càrrega laboral explica que el 77% d'aquests professionals consideri que el temps dedicat a l'estudi fora del centre ha estat insuficient. Només un 5% considera que el temps d'assistència directa als pacients és excessiu. Quant al nombre de guàrdies s'observa que per a un 21% són excessives, mentre que un 12% ho valora com a insuficient. El percentatge de MIR que considera insuficient el nombre de sessions clíniques i formatives és del 37% i un 39% considera baix el temps dedicat a tutories. Malgrat això, el 87% creu que ha assolit els objectius formatius del primer any de residència.

5.5. Salut mental

La presència de nivells elevats d'estrès es reflecteix tant en l'increment de l'ús de psicofàrmacs com en l'elevació de l'indicador de risc psicopatològic. Així, es constata un increment significatiu del consum d'ansiolítics del 4% al 7% i d'antidepressius que s'incrementa del 3% al 5%. Aquestes variacions es reflecteixen en l'increment del 15% al 29% de professionals MIR amb risc de patir un trastorn mental segons la classificació de la prova de cribratge GHQ.

Els factors que incideixen en la presència de risc psicopatològic en finalitzar el primer any de residència són diversos. En primer lloc cal considerar la presència d'alteracions emocionals a l'inici de la residència i els esdeveniments vitals adversos externs a l'activitat laboral que poden precipitar la descompensació. També hi influeixen les característiques de personalitat. Els subjectes amb trets d'inestabilitat emocional tenen major probabilitat de risc psicopatològic: la inestabilitat emocional fa que els subjectes siguin més vulnerables a l'estrès. Controlant els efectes d'aquests factors extralaborals, la percepció que tenen els

MIR de l'ambient laboral no incrementa el risc de presentar descompensacions psicopatològiques en finalitzar el primer any de residència.

Els efectes de l'estrès en l'exercici del treball es fan palesos per la presència d'esgotament emocional (*burnout*) i per una disminució en la implicació laboral. Controlant els efectes d'altres variables que poden incidir-hi, veiem que els MIR que perceben la seva activitat professional com a molt exigent presenten majors nivells d'esgotament emocional. En són factors protectors la presència de recolzament tant per part dels companys de treball com dels superiors i la capacitat de tenir control sobre l'activitat desenvolupada. Quant a la implicació, el nivell de recolzament percebut per part dels superiors i un major control sobre el treball realitzat l'afavoreixen, mentre que la seva absència facilita la desmotivació.

Les dades obtingudes, que coincideixen amb altres estudis fets a diferents països [14], indiquen una prevalença elevada tant de risc psicopatològic com d'esgotament emocional en el treball i pèrdua de la motivació en els MIR, especialment en les primeres etapes del programa de residència. Aquest estudi mostra aspectes que obren vies d'intervenció per tal de pal·liar aquesta problemàtica: la influència de l'estat emocional en començar la residència, la deficient vinculació al sistema sanitari i la influència de l'ambient i les condicions de l'entorn laboral. L'elevada prevalença d'alteracions psicopatològiques ja durant la llicenciatura [49] fa convenient una adequada detecció de problemàtica emocional per part dels serveis de salut laboral a l'inici de l'activitat laboral. També cal facilitar vies d'accés a l'atenció sanitària que permetin superar les barreres a les quals s'enfronten els professionals sanitaris a l'hora de demanar ajuda [62]. En aquest sentit és important difondre entre els MIR l'existència de programes específics per a metges fomentats per les organitzacions col·legials [63]. Finalment seria convenient implantar i aprofundir en els programes preventius [64,65] orientats a oferir recursos als professionals MIR per millorar els seus recursos d'afrontament de l'estrès i potenciar l'acció dels tutors per afavorir el suport en el treball tant dels companys com dels superiors i facilitar als professionals MIR, en la mesura que sigui possible, una major participació dels professionals MIR en l'organització de les tasques formatives i assistencials.

6. Bibliografia

- [1] Shanafelt T, Slona JA, Habermann T. The well-being of physicians. *Am J Med.* 2003, 114:513-519.
- [2] Bazargan M, Makar M, Bazargan-Hejazi S, Ani C, Wolf KE. Preventive, lifestyle, and personal health behaviors among physicians. *Acad Psychiatry.* 2009, 33:289-295.
- [3] Baranda L, Mitjans A, Arteman A. La salut, els estils de vida i les condicions de treball dels pediatres a Espanya. Barcelona, Fundació Galatea, 2014.
- [4] Rohlfs I, Arrizabalaga P, Artazcoz L, Borrell C, Fuentes M, Valls C. Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya. Barcelona, Fundació Galatea, 2006.
- [5] Blancafort X, Masachs E, Valero S, Arteman A. Estudi sobre la salut dels residents de Catalunya. Barcelona, Fundació Galatea, 2008.
- [6] Sánchez-Candamio M, del Valle A. Estudi de necessitats dels professionals de la medicina relacionades amb el moment de la jubilació. Barcelona, Fundació Galatea, 2006
- [7] Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, Shanafelt TD. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med.* 2014, 89:443-51.
- [8] Kay MP, Mitchell GK, Del Mar CB. Doctors do not adequately look after their own physical health. *Med J Aust.* 2004, 181:368-70.
- [9] Stanton J, Randal P. Doctors accessing mental-health services: an exploratory study. *BMJ Open.* 2011, 1:e000017.
- [10] Firth-Cozens J. Depression in doctors. In: Robertson MM, Katona CLE, eds. *Depression and physical illness.* New York: Wiley, 1977:95-111.
- [11] Brooke D, Edwards G, Andrews T. Doctors and substance misuse: types of doctors, types of problems. *Addiction* 1993, 88: 655-63.
- [12] Tyssen R, Vaglum P. Mental health problems among young doctors: An updated review of prospective studies. *Harvard Rev Psychiatry.* 2002; 10:154-65.

- [13] Jiménez OG, Socorro MP, Aliño JJ. Risk factor for psychopathology during residency. *Actas Esp Psiquiatr.* 2010, 38:65-71.
- [14] Ishak WW, Lederer S, Mandili C, Nikraves R, Seligman L, Vasa M, Ogunyemi D, Bernstein CA. Burnout during residency training: A literature review. *J Grad Med Educ.* 2009, 1:236-242.
- [15] Castelo-Branco F, Figueras F, Eixarch E, Quereda F, Cancelo MJ, González S, Balasch J. Stress symptoms and burnout in obstetric and gynaecology residents. *BJOG.* 2007, 114:98-98.
- [16] Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, Sharek PJ, Lewin D, Chiang VW, Edwards S, Wiedermann BL, Landrigan CP. Rates of medical errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ.* 2008, 336: 488-91.
- [17] Sen S, Kranzler HR, Krystal JH, Speller H, Chan G, Gelernter J, Guille C. A prospective cohort study investigating factors associated with depression during medical internship. *Arch Gen Psychiatry.* 2020, 67:557-65.
- [18] Firth-Cozens J. Individual and organizational predictors of depression in general practitioners. *Br J Gen Pract.* 1998; 48: 1647-51.
- [19] Hem E, Gronvold NT, Aasland OG, Ekeberg O. The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians: results from a cross-sectional survey of a nationwide sample. *Eur Psychiatry.* 2000, 15: 183-9.
- [20] Clark DC, Salazar-Grueso E, Grabler P, Fawcett J. Predictors of depression during the first 6 months of internship. *Arch Gen Psychiatry* 1984, 141: 1095-8.
- [21] Gramstad TO, Gjestad R, Haver B. Personality traits predict job stress, depression and anxiety among junior physicians. *BMC Med Educ.* 2013, 13:150.
- [22] Lemaire JB, Wallace JE. How physicians identify with predetermined personalities and links to perceived performance and wellness outcomes: a cross sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2014, 14:616.
- [23] Vaglum P, Falkum E. Self-criticism, dependency and depressive symptoms in a nationwide sample of Norwegian physicians. *J Affect Disord.* 1999, 52: 153-9.
- [24] Weinberg A, Creed F. Stress and psychiatric disorders in health-care professionals and hospital staff. *Lancet.* 2000, 355: 533-7.
- [25] Cohen JS, Patten S. Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Med Educ.* 2005, 5:21.

- [26] Sharpe R, Koval V, Ronco JJ, Dodek P, Wong H, Shepherd J, Fitzgerald JM, Ayas NT. The impact of prolonged continuous wakefulness on resident clinical performance in the intensive care unit: A patient simulator study. *Crit Care Med*. 2010, 38: 766-70.
- [27] Philibert I. Sleep loss and performance in residents and nonphysicians: A meta-analytic examination. *Sleep*. 2005, 28: 1392-402.
- [28] Arora VM, Georgitis E, Siddique J, Vekhter B, Woodruff JN, Humphrey HJ, Meltzer DO. Association of workload of on-call medical interns with on-call sleep duration, shift duration, and participation in educational activities. *JAMA*. 2008, 300: 1146-1153.
- [29] Woodrow SI, Park J, Murray BJ, Wang C, Bernstein M, Reznick RK, Hamstra SJ. Differences in the perceived impact of sleep deprivation among surgical and non-surgical residents. *Med Educ*. 2008, 42: 459-467.
- [30] West CP, Tan AD, Habermann TM, Shanafelt TD. Association of resident fatigue distress with perceived medical errors. *JAMA*. 2009, 302: 1294-300.
- [31] Haney EM, Nicolaidis C, Hunter A, Chan BKS, Cooney TG, Bowen JL. Relationship between resident workload and self-perceived learning on inpatients medicine wards: a longitudinal study. *BMC Med Educ*. 2006, 6: 35-41
- [32] Bellini LM, Shea JA, Mood change and empathy decline persist during three years of internal medicine training. *Acad Med*. 2005, 80: 164-7.
- [33] Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, Sloan J. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *J Gen Intern Med*. 2005, 20:559-64.
- [34] Pardo A, McKenna J, Mitjans A, Camps B, Aranda-García S, Garcia-Gil J, Violan M. Physical activity level and lifestyle-related risk factors from Catalan physicians. *J Phys Act Health*. 2014, 11:922-9.
- [35] Pardo A, McKenna J, Mitjans A, Camps B, Violán M. Physical activity levels and lifestyle-related risk factors from Catalan physicians. *Prev Med*. 2012, 55:256-257.
- [36] Ajani UA, Lotufo PA, Gaziano JM, Lee IM, Spelsberg A, Buring JE, Willett WC, Manson JE. Body mass index and mortality among US male physicians. *Ann Epidemiol*. 2004, 14:731-739.
- [37] Mansukhani MP, Kolla BP, Surani S, Varon J, Ramar K. Sleep deprivation in resident physicians, work hour limitations, and related outcomes: a systematic review of the literature. *Postgrad Med*. 2012, 124:241-249.

- [38] Smith DR, Leggat PA. An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974-2004. *BMC Public Health*. 2007, 7:115.
- [39] Warner DO, Berge K, Sun H, Harman A, Hanson A, Schroeder DR. Substance use disorder among anesthesiology residents, 1975-2009. *JAMA*. 2013, 310:2289-96.
- [40] Goldberg D: The General Health Questionnaire. Windsor, UK: NFER-Nelson; 1978.
- [41] Muñoz P, Vázquez J, Rodríguez F: Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg. *Arch Neurobiol*. 1979, 42:139-158.
- [42] Agència de Salut Pública de Barcelona: Enquesta de salut de Barcelona 2011. Resultats principals. http://www.aspb.cat/quefem/documents_enquestes.htm
- [43] Generalitat de Catalunya. Enquesta de Salut de Catalunya. 2010-2015 http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/enquesta_salut_catalunya/enquesta_salut_catalunyacontinua
- [44] Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P: International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 2003, 35:1381-1395.
- [45] Salamero M, Baranda L, Mitjans A, Baillés E, Càmara M, Parramon G, Gómez E, Arteman A, Padrós J. Estudi sobre la salut, estils de vida i condicionants acadèmics dels estudiants de medicina de Catalunya. Fundació Galatea, Barcelona, 2012.
- [46] Ozer DJ, Benet-Martinez V. (2006). Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annu Rev Psychol*. 2006, 57, 401-421.
- [47] 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.
- [48] 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.
- [49] 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.
- [50] Gallego A, Oberski D. Personality and Political Participation: The Mediation Hypothesis. *Polit Behav*. 2012, 34:425-451.

- [51] Thalmayer AG, Saucier G, Eigenhuis A. Comparative validity of brief to medium-length Big Five and Big Six Personality Questionnaires. *Psychol Assess.* 2011, 23;995-1009.
- [52] Monroe SM: Modern approaches to conceptualizing and measuring human life stress. *Annu Rev Clin Psychol.* 2008, 4:33-52.
- [53] 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.
- [54] Midtgaard M, Ekeberg Ø, Vaglum P, Tyssen R: Mental health treatment needs for medical students: a national longitudinal study. *Eur Psychiatry.* 2008, 23:505-511.
- [55] Karasek RA, Pieper C, Schwartz J. Job Content Questionnaire and user's guide, version 1.5. Lowell (Boston): University of Massachusetts Lowell, Department of Work Environment; 1993.
- [56] Escribà-Agüir V, Mas-Pons R, Flores Reus E. Validación del Job Content Questionnaire en personal de enfermería hospitalario. *Gac Sanit.* 2001; 15: 142-9.
- [57] 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.
- [58] Pompili M, Innamorati M, Narciso V et al. Burnout, hopelessness and suicide risk in medical doctors. *Clin Ter.* 2010, 161, 511-4.
- [59] Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, v. 3.03. www.OpenEpi.com, baixat el 30.10.2014.
- [60] IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows, v. 20.0. Armonk, NY: IBM Corp, 2012.
- [61] R Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing, v. 3.1.2. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2014, www.R-project.org/, baixat el 30.10.2014.
- [62] Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *Br J Gen Pract.* 2008, 58:501-8.
- [63] Padrós J. El Programa d'Atenció Integral al Metge Malalt i el control de l'exercici professional. L'experiència del Col·legi de Metges de Barcelona. Fundació Galatea, Barcelona, 2013.
- [64] Linzer K, Levine R, Meltzer D, Poplau S, Warde C, West C. 10 bold steps to prevent burnout in general internal medicine. *J Gen Intern Med.* 2014, 29:18-20.

- [65] West CP, Dyrbie LN, Rabatin JT, Call TG, Davidson JH, Multari A, Romanski S, Hellyer JMH, Sloan JA, Shanafeldt TD. Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism. A randomized clinical trial. *JAMA Int Med.* 2014, 174:527-533.

7. Agraïments

En primer lloc, volem agrair als residents de les següents unitats docents la seva participació en l’estudi i dedicació d’una part del seu ajustat temps a contestar l’enquesta basal i la de final de primer any.

També volem donar les gràcies als professionals de salut laboral d’aquests centres que van administrar l’enquesta als MIR en el moment de la revisió mèdica prèvia a la seva incorporació al centre sanitari i que, al cap d’un any, els van recordar la importància de seguir col·laborant per poder fer el seguiment de la cohort.

TAULA 7.1. Centres sanitaris docents que han participat a l'estudi.

Centre sanitari	Població	Centre sanitari	Població
Consorci Hospitalari de Vic	Vic	Primària Barcelona (ICS)	Barcelona
Hospital General de Granollers	Granollers	Àrea Catalunya Central (ICS)	Sant Fruitós del Bages
Hospital de Mataró	Mataró	Fundació Puigvert	Barcelona
Àrea Metropolitana Nord (ICS)	Nord + Maresme + Vallès	Hospital Universitari Sagrat Cor	Barcelona
Hospital Mútua de Terrassa	Terrassa	Centro Médico CETIR	Barcelona
Hospital de Tortosa Verge de la Cinta (ICS)	Tortosa	Àrea Metropolitana Sud (ICS)	Bellvitge + Viladecans + Costa Ponent
Consorci Sanitari de Terrassa	Terrassa	Fundació Althaia	Manresa
Centre d’Oftalmologia Barraquer	Barcelona	Hospital General de Catalunya	Sant Cugat del Vallès
Consorci Mar Parc de Salut	Barcelona	Hospital Municipal de Badalona	Badalona
Hospital Sant Joan de Déu	Barcelona	Hospital L’Esperit Sant	Santa Coloma de Gramenet
Corporació Sanitària Parc Taulí	Sabadell	Institut d’Assistència Sanitària	Girona
Hospital Santa Creu i Sant Pau	Barcelona	Hospital de Palamós	Palamós
Consorci Sanitari de l’Anoia	Igualada	Hospital Universitari Sant Joan	Reus
Hospital Universitari Germans Tries i Pujol (ICS)	Badalona	Hospital Universitari Joan XXIII (ICS)	Tarragona
Hospital Universitari Vall d’Hebron (ICS)	Barcelona	Hospital Universitari Arnau de Vilanova (ICS)	Lleida

Gràcies també al grup de treball de metges de salut laboral que han contribuït a l'elaboració dels qüestionaris, el disseny del procés de recollida i l'anàlisi dels resultats, Dr. Manuel Alonso, Dra. Rosa Carreras, Dra. Joana Guerrero, Dr. Joan Inglés, Dr. Albert Mariné, Dra. Sandra Tarragó i Dr. Miquel Vilardell Ynaraja, així com a la Dra. Eulàlia Masachs, responsable de formació de la Fundació Galatea.

Els nostres agraïments a la Societat Catalana de Salut Laboral, especialment al Dr. Rafael Padrós que, com a aleshores president, va promoure la col·laboració amb la Fundació Galatea per la realització d'aquest estudi que, en el marc del Programa sobre la Salut del Metge Resident de la Fundació, ha de permetre estimar la prevalença de malestar psicològic, valorar l'associació entre malestar psíquic i eventuais fonts d'estrès laboral i determinar els factors de risc i protectors de l'esgotament emocional i els trastorns emocionals en els residents.

Aquest estudi s'ha pogut dur a terme amb el finançament de la Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias (Fundación para la Protección Social de la OMC).

8. Annex: taules de resultats

TAULA 8.1. Característiques sociodemogràfiques de la mostra

	Enquesta basal									
	Home		Dona		<30		30 i més		Total	
Província on es localitza la unitat docent										
Barcelona	125	79,1	245	76,8	291	79,1	77	72,0	371	77,6
Girona	3	1,9	14	4,4	13	3,5	4	3,7	17	3,6
Lleida	8	5,1	23	7,2	21	5,7	10	9,3	31	6,5
Tarragona	22	13,9	37	11,6	43	11,7	16	15,0	59	12,3
Edat										
25 anys o menys	55	35,3	153	48,0	---	---	---	---	208	43,8
26 a 30 anys	63	40,4	120	37,6	---	---	---	---	183	38,5
31 a 35 anys	28	17,9	31	9,7	---	---	---	---	59	12,4
Més de 35 anys	10	6,4	15	4,7	---	---	---	---	25	5,3
Edat mitjana	28,6		27,4		26,0		34,1		27,8	
Lloc de naixement										
Catalunya	60	38,0	177	55,5	213	57,9	24	22,4	237	49,6
Resta d'Espanya	24	15,2	53	16,6	70	19,0	6	5,6	78	16,3
Fora d'Espanya	74	46,8	89	27,9	85	23,1	77	72,0	163	34,1
Zona de naixement (nascuts fora d'Espanya)										
Amèrica Llatina	70	44,9	71	22,5	75	20,5	65	62,5	141	29,9
Orient Mitjà	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	0,2
Països de l'Est	0	0,0	3	1,0	0	0,0	3	2,9	3	0,6
Països europeus	0	0,0	9	2,9	6	1,6	3	2,9	9	1,9
Canadà i EEUU	1	0,6	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	0,2
Mesos de residència a Catalunya										
Hi han nascut	60	39,7	177	58,4	213	60,3	24	24,2	237	52,1
Menys de 6 mesos	48	31,8	43	14,2	60	17,0	31	31,3	92	20,2
De >6 a 12 mesos	12	7,9	19	6,3	20	5,7	11	11,1	31	6,8
De >1 a 5 anys	18	11,9	27	8,9	18	5,1	26	26,3	45	9,9
Més de 5 anys	13	8,6	37	12,2	42	11,9	7	7,1	50	11,0

	Enquesta primer any									
	Home		Dona		<30		30 i més		Total	
Província on es localitza la unitat docent										
Barcelona	66	75,9	135	73,4	153	77,3	40	65,6	201	74,2
Girona	1	1,1	13	7,1	9	4,5	4	6,6	14	5,2
Lleida	6	6,9	13	7,1	13	6,6	5	8,2	19	7,0
Tarragona	14	16,1	23	12,5	23	11,6	12	19,7	37	13,7
Edat										
25 anys o menys	2	2,3	1	0,5	---	---	---	---	3	1,1
26 a 30 anys	66	75,0	159	83,7	---	---	---	---	225	80,9
31 a 35 anys	16	18,2	20	10,5	---	---	---	---	36	12,9
Més de 35 anys	4	4,5	10	5,3	---	---	---	---	14	5,0
Edat mitjana	28,9		28,2		26,7		34,1		28,4	
Lloc de naixement										
Catalunya	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Resta d'Espanya	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Fora d'Espanya	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Zona de naixement (nascuts fora d'Espanya)										
Amèrica Llatina	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Orient Mitjà	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Països de l'Est	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Països europeus	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Canadà i EEUU	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Mesos de residència a Catalunya										
Hi han nascut	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Menys de 6 mesos	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
De >6 a 12 mesos	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
De >1 a 5 anys	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Més de 5 anys	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

TAULA 8.2. Entorn familiar

	Enquesta basal									
	Home		Dona		<30		30 i més		Total	
Amb qui viuen habitualment										
Amb els pares	33	21,0	104	32,6	132	36,0	5	4,7	137	28,7
Amb la parella	54	34,4	103	32,3	95	25,9	61	57,0	157	32,9
Amb companys de pis	37	23,6	62	19,4	83	22,6	15	14,0	99	20,8
Sol/a	28	17,8	42	13,2	47	12,8	23	21,5	71	14,9
Una altra situació	5	3,2	8	2,5	10	2,7	3	2,8	13	2,7
Tenen fills	10	6,3	14	4,4	1	0,3	22	20,6	24	5,0
Tenen parella estudiant de medicina o metge/essa										
No té parella	56	35,4	105	33,1	132	36,0	28	26,4	162	34,0
Estudiant de medicina	7	4,4	10	3,2	16	4,4	1	0,9	17	3,6
Resident	28	17,7	31	9,8	49	13,4	10	9,4	59	12,4
Metge/essa	13	8,2	17	5,4	9	2,5	20	18,9	30	6,3
No es dedica a la medicina	54	34,2	154	48,6	161	43,9	47	44,3	208	43,7
Tenen familiars metges										
Pare i/o mare	33	20,9	55	17,2	73	19,8	15	14,0	88	18,4
Germans	20	12,7	32	10,0	37	10,1	15	14,0	52	10,9
Altres familiars propers	55	34,8	99	31,0	112	30,4	40	37,4	155	32,4
Tenen algun familiar proper metge	86	54,4	155	48,6	182	49,5	57	53,3	242	50,6
Tenen familiars professionals de la salut (no metges)										
Pare i/o mare	21	13,5	41	12,9	51	13,9	11	10,6	62	13,1
Germans	11	7,1	28	8,8	27	7,4	11	10,6	39	8,2
Altres familiars propers	46	29,5	91	28,7	101	27,5	35	33,7	138	29,1
Tenen algun familiar proper professional de la salut (no mèdic)	68	43,6	140	44,2	156	42,5	50	48,1	209	44,1
Tenen algun familiar proper professional de la salut (no mèdic)	68	43,6	140	44,2	156	42,5	50	48,1	209	44,1

[illegible]

		Enquesta basal									
		Home		Dona		<30		30 i més		Total	
Satisfacció amb la relació de parella											
Molt satisfet/a	61	61,0	150	70,1	161	68,8	49	62,0	211	67,2	
Satisfet/a	39	39,0	57	26,6	68	29,1	28	35,4	96	30,6	
Insatisfet/a	0	0,0	7	3,3	5	2,1	2	2,5	7	2,2	
Satisfacció amb la relació de família											
Molt satisfet/a	91	57,6	208	65,2	227	61,7	70	65,4	300	62,8	
Satisfet/a	58	36,7	102	32,0	126	34,2	34	31,8	160	33,5	
Insatisfet/a	7	4,4	9	2,8	13	3,5	3	2,8	16	3,3	
Molt insatisfet/a	2	1,3	0	0,0	2	0,5	0	0,0	2	0,4	
Satisfacció amb el seu temps lliure											
Molt satisfet/a	23	14,6	39	12,3	39	10,7	23	21,5	62	13,0	
Satisfet/a	103	65,6	228	71,7	269	73,5	61	57,0	332	69,7	
Insatisfet/a	30	19,1	49	15,4	56	15,3	22	20,6	79	16,6	
Molt insatisfet/a	1	0,6	2	0,6	2	0,5	1	0,9	3	0,6	
Satisfacció amb el seu cercle d'amistats											
Molt satisfet/a	62	39,2	136	42,6	163	44,3	35	32,7	199	41,6	
Satisfet/a	80	50,6	163	51,1	177	48,1	65	60,7	243	50,8	
Insatisfet/a	15	9,5	18	5,6	26	7,1	6	5,6	33	6,9	
Molt insatisfet/a	1	0,6	2	0,6	2	0,5	1	0,9	3	0,6	

	Enquesta primer any									
	Home		Dona		<30		30 i més		Total	
Satisfacció amb la relació de parella										
Molt satisfet/a	41	61,2	94	63,5	103	64,8	27	56,3	135	62,8
Satisfet/a	22	32,8	44	29,7	46	28,9	17	35,4	66	30,7
Insatisfet/a	3	4,5	8	5,4	8	5,0	3	6,3	11	5,1
Satisfacció amb la relació de família										
Molt satisfet/a	43	45,7	104	53,1	100	46,9	39	60,0	147	50,7
Satisfet/a	39	41,5	83	42,3	95	44,6	23	35,4	122	42,1
Insatisfet/a	9	9,6	8	4,1	15	7,0	2	3,1	17	5,9
Molt insatisfet/a	3	3,2	1	0,5	3	1,4	1	1,5	4	1,4
Satisfacció amb el seu temps lliure										
Molt satisfet/a	5	5,3	7	3,6	8	3,8	4	6,2	12	4,1
Satisfet/a	45	47,9	82	41,8	89	41,8	31	47,7	127	43,8
Insatisfet/a	32	34,0	94	48,0	98	46,0	24	36,9	126	43,4
Molt insatisfet/a	12	12,8	13	6,6	18	8,5	6	9,2	25	8,6
Satisfacció amb el seu cercle d'amistats										
Molt satisfet/a	26	27,7	55	28,4	66	31,3	14	21,5	81	28,1
Satisfet/a	48	51,1	105	54,1	106	50,2	39	60,0	153	53,1
Insatisfet/a	15	16,0	30	15,5	34	16,1	9	13,8	45	15,6
Molt insatisfet/a	5	5,3	4	2,1	5	2,4	3	4,6	9	3,1

TAULA 8.3. Estils de vida

	Enquesta basal									
	Home		Dona		<30		30 i més		Total	
Activitat física										
Sedentària	2	1,3	2	0,6	2	0,6	2	1,9	4	0,9
Lleugera	17	11,0	70	22,2	63	17,4	24	22,9	87	18,5
Moderada	30	19,5	72	22,9	82	22,7	20	19,0	102	21,7
Intensa	105	68,2	171	54,3	215	59,4	59	56,2	277	58,9
Consum de tabac										
Fumadors diaris	17	10,8	23	7,3	29	7,9	11	10,3	40	8,4
Fumadors ocasionals	17	10,8	21	6,6	29	7,9	9	8,4	39	8,2
Exfumadors	28	17,7	39	12,3	41	11,2	26	24,3	67	14,1
No han fumat mai	96	60,8	234	73,8	267	73,0	61	57,0	330	69,3
Consum d'alcohol										
No bevedors	8	6,8	21	8,8	14	5,2	15	17,2	29	8,1
Bevedors de baix risc	76	64,4	191	79,6	206	76,3	60	69,0	268	74,7
Bevedors de risc	34	28,8	28	11,7	50	18,5	12	13,8	62	17,3
Consum de drogues alguna vegada a la vida										
Tranquil·litzants, pastilles per dormir	59	37,3	137	42,9	146	39,9	49	46,2	196	41,0
Porros	68	43,0	116	36,4	155	42,3	29	27,4	184	38,5
Cocaïna	4	2,5	8	2,5	11	3,0	1	0,9	12	2,5
Amfetamines, pastis	11	7,0	7	2,2	12	3,3	6	5,7	18	3,8
Heroïna, altres opiacis	1	0,6	1	0,3	1	0,3	1	0,9	2	0,4
Consum de drogues últims 30 dies										
Tranquil·litzants, pastilles per dormir	12	7,6	23	7,2	22	15,2	12	24,5	35	7,3
Porros	16	10,1	13	4,1	28	18,1	1	3,4	29	6,1
Cocaïna	0	0,0	0	0,0	11	84,6	1	50,0	0	0,0
Amfetamines, pastis	0	0,0	1	0,3	1	8,3	0	0,0	1	0,2
Heroïna, altres opiacis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hores de son habituals										
6 hores o menys	28	17,8	30	9,4	46	12,5	12	11,2	58	12,2
De 6 a 8	91	58,0	188	58,9	215	58,6	63	58,9	280	58,7
Més de 8 hores	38	24,2	101	31,7	106	28,9	32	29,9	139	29,1
Mitjanes	7,10		7,27		7,21		7,21		7,21	

	Enquesta primer any									
	Home		Dona		<30		30 i més		Total	
Activitat física										
Sedentària	3	3,2	8	4,1	8	3,8	3	4,7	11	3,8
Lleugera	25	26,6	56	29,0	58	27,5	20	31,3	81	28,2
Moderada	14	14,9	34	17,6	40	19,0	5	7,8	48	16,7
Intensa	52	55,3	95	49,2	105	49,8	36	56,3	147	51,2
Consum de tabac										
Fumadors diaris	14	14,9	17	8,7	23	10,8	6	9,2	31	10,7
Fumadors ocasionals	11	11,7	12	6,1	17	8,0	6	9,2	23	7,9
Exfumadors	17	18,1	25	12,8	20	9,4	19	29,2	42	14,5
No han fumat mai	52	55,3	142	72,4	153	71,8	34	52,3	194	66,9
Consum d'alcohol										
No bevedors	5	5,5	25	13,2	16	7,9	10	15,4	30	10,7
Bevedors de baix risc	56	61,5	146	77,2	148	72,9	49	75,4	202	72,1
Bevedors de risc	30	33,0	18	9,5	39	19,2	6	9,2	48	17,1
Consum de drogues alguna vegada a la vida										
Tranquil·litzants, pastilles per dormir	32	34,0	73	37,2	76	35,7	27	41,5	105	36,2
Porros	54	57,4	91	46,4	115	54,0	25	38,5	145	50,0
Cocaïna	5	5,3	5	2,6	9	4,2	1	1,5	10	3,4
Amfetamines, pastis	8	8,5	10	5,1	12	5,6	4	6,2	18	6,2
Heroïna, altres opiacis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Consum de drogues últims 30 dies										
Tranquil·litzants, pastilles per dormir	9	9,6	19	9,7	18	8,5	9	13,8	28	9,7
Porros	11	11,7	10	5,1	19	8,9	2	3,1	21	7,2
Cocaïna	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Amfetamines, pastis	2	2,1	0	0,0	1	0,5	1	1,5	2	0,7
Heroïna, altres opiacis	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Hores de son habituals										
6 hores o menys	51	54,3	72	36,9	80	37,6	39	60,9	123	42,6
De 6 a 8	42	44,7	122	62,6	132	62,0	24	37,5	164	56,7
Més de 8 hores	1	1,1	1	0,5	1	0,5	1	1,6	2	0,7
Mitjanes	6,38		6,68		6,64		6,38		6,58	

TAULA 8.4. Estat de salut

	Enquesta basal									
	Home		Dona		<30		30 i més		Total	
Estat de salut autopercebut										
Excel·lent	35	22,6	66	20,7	74	20,3	27	25,2	101	21,3
Molt bona	73	47,1	164	51,4	201	55,1	35	32,7	238	50,1
Bona	42	27,1	86	27,0	87	23,8	40	37,4	128	26,9
Regular	3	1,9	3	0,9	1	0,3	5	4,7	6	1,3
Dolenta	2	1,3	0	0,0	2	0,5	0	0,0	2	0,4
Índex de massa corporal										
Infrapès	3	2,0	35	11,1	34	9,3	4	3,9	38	8,1
Pes normal	99	64,7	244	77,2	273	75,0	68	66,0	344	73,2
Sobrepès	38	24,8	34	10,8	51	14,0	21	20,4	72	15,3
Obesitat	13	8,5	3	0,9	6	1,6	10	9,7	16	3,4
Trastorns crònics										
Pateix algun trastorn crònic	47	29,7	83	26,0	90	24,5	39	36,4	130	27,2
Malalties respiratòries	11	7,0	18	5,6	24	6,5	4	3,7	29	6,1
Trastorns afectius i/o d'ansietat	11	7,0	25	7,8	24	6,5	12	11,2	36	7,5
Malalties digestives	7	4,4	12	3,8	14	3,8	5	4,7	19	4,0
Altres trastorns crònics	19	12,0	45	14,1	42	11,4	22	20,6	64	13,4
Índex de salut mental (GHQ)										
Risc de mala salut mental	14	8,9	58	18,2	57	15,5	15	14,0	72	15,1
Salut mental normal	143	91,1	261	81,8	310	84,5	92	86,0	405	84,9

	Enquesta primer any									
	Home		Dona		<30		30 i més		Total	
Estat de salut autopercebut										
Excel·lent	5	5,3	19	9,7	15	7,0	9	13,8	24	8,3
Molt bona	43	45,7	95	48,5	108	50,7	27	41,5	138	47,6
Bona	40	42,6	71	36,2	79	37,1	24	36,9	111	38,3
Regular	6	6,4	10	5,1	10	4,7	5	7,7	16	5,5
Dolenta	0	0,0	1	0,5	1	0,5	0	0,0	1	0,3
Índex de massa corporal										
Infrapès	3	3,2	18	9,2	19	9,0	2	3,1	21	7,3
Pes normal	62	66,7	151	77,4	161	75,9	44	68,8	213	74,0
Sobrepès	19	20,4	23	11,8	26	12,3	14	21,9	42	14,6
Obesitat	9	9,7	3	1,5	6	2,8	4	6,3	12	4,2
Trastorns crònics										
Pateix algun trastorn crònic	26	27,7	61	31,1	60	28,2	26	40,0	87	30,0
Malalties respiratòries	9	9,6	14	7,1	18	8,5	5	7,7	23	7,9
Trastorns afectius i/o d'ansietat	7	7,4	23	11,7	22	10,3	8	12,3	30	10,3
Malalties digestives	5	5,3	11	5,6	10	4,7	5	7,7	16	5,5
Altres trastorns crònics	14	14,9	27	13,8	24	11,3	17	26,2	41	14,1
Índex de salut mental (GHQ)										
Risc de mala salut mental	23	24,5	60	30,6	65	30,5	15	23,1	83	28,6
Salut mental normal	71	75,5	136	69,4	148	69,5	50	76,9	207	71,4

TAULA 8.5. Ús de serveis sanitaris i consum de medicaments

	Enquesta basal									
		Home		Dona		<30		30 i més		Total
Tenen metge de capçalera i/o història clínica										
Tenen metge de capçalera	50	31,6	185	58,2	189	51,5	46	43,0	235	49,3
Tenen història clínica oberta	44	28,2	166	52,7	173	47,9	37	35,9	210	44,5
Consum de medicaments en els últims 15 dies										
Han pres medicaments prescrits	23	14,6	89	27,9	91	23,3	21	25,0	112	23,4
Han pres medicaments per iniciativa pròpia	72	45,6	181	56,7	213	54,5	39	46,4	253	52,9
Han pres algun medicament	87	55,1	224	70,2	250	67,9	60	56,1	311	65,1
Per a l'al·lèrgia	26	16,5	31	9,7	44	12,0	13	12,1	57	11,9
Hipnòtics	4	2,5	12	3,8	10	2,7	5	4,7	16	3,3
Analgèsics	65	41,1	190	59,6	210	57,1	44	41,1	255	53,3
Antibiòtics	5	3,2	24	7,5	23	6,3	6	5,6	29	6,1
Tranquil·litzants	6	3,8	12	3,8	13	3,5	5	4,7	18	3,8
Vitamines o minerals	13	8,2	26	8,2	27	7,3	12	11,2	39	8,2
Antidepressius	2	1,3	10	3,1	8	2,2	4	3,7	12	2,5
Un altre medicament	14	8,9	41	12,9	47	12,8	7	6,5	55	11,5
Consum de medicaments en els últims 15 dies segons hagin estat o no prescrits per un altre metge										
Medicaments per a l'al·lèrgia										
Prescrit per un altre metge	8	5,1	15	4,7	19	5,2	4	3,7	23	4,8
Per iniciativa pròpia	18	11,4	16	5,0	25	6,8	9	8,4	34	7,1
No	132	83,5	288	90,3	324	88,0	94	87,9	421	88,1
Hipnòtics										
Prescrit per un altre metge	0	0,0	4	1,3	3	0,8	1	0,9	4	0,8
Per iniciativa pròpia	4	2,5	8	2,5	7	1,9	4	3,7	12	2,5
No	154	97,5	307	96,2	358	97,3	102	95,3	462	96,7
Antiinflamatoris i analgèsics										
Prescrit per un altre metge	7	4,4	25	7,8	24	6,5	8	7,5	32	6,7
Per iniciativa pròpia	58	36,7	165	51,7	186	50,5	36	33,6	223	46,7
No	93	58,9	129	40,4	158	42,9	63	58,9	223	46,7
Antibiòtics										
Prescrit per un altre metge	2	1,3	15	4,7	15	4,1	2	1,9	17	3,6
Per iniciativa pròpia	3	1,9	9	2,8	8	2,2	4	3,7	12	2,5
No	153	96,8	295	92,5	345	93,8	101	94,4	449	93,9

	Enquesta primer any									
	Home		Dona		<30		30 i més		Total	
Tenen metge de capçalera i/o història clínica										
Tenen metge de capçalera	35	37,2	101	51,5	98	46,0	31	47,7	136	46,9
Tenen història clínica oberta	43	45,7	123	62,8	120	56,3	37	56,9	166	57,2
Consum de medicaments en els últims 15 dies										
Han pres medicaments prescrits	21	22,3	35	17,9	36	16,9	15	23,1	56	19,3
Han pres medicaments per iniciativa pròpia	53	56,4	139	70,9	146	68,5	39	60,0	192	66,2
Han pres algun medicament	63	67,0	150	76,5	160	75,1	44	67,7	213	73,4
Per a l'al·lèrgia	20	21,3	28	14,3	32	15,0	14	21,5	48	16,6
Hipnòtics	6	6,4	12	6,1	12	5,6	6	9,2	18	6,2
Analgèsics	53	56,4	123	62,8	131	61,5	36	55,4	176	60,7
Antibiòtics	7	7,4	12	6,1	12	5,6	4	6,2	19	6,6
Tranquil·litzants	8	8,5	16	8,2	14	6,6	9	13,8	24	8,3
Vitamines o minerals	9	9,6	27	13,8	23	10,8	10	15,4	36	12,4
Antidepressius	6	6,4	18	9,2	19	8,9	4	6,2	24	8,3
Un altre medicament	11	11,7	16	8,2	17	8,0	9	13,8	27	9,3
Consum de medicaments en els últims 15 dies segons hagin estat o no prescrits per un altre metge										
Medicaments per a l'al·lèrgia										
Prescrit per un altre metge	6	6,4	5	2,6	8	3,8	2	3,1	11	3,8
Per iniciativa pròpia	14	14,9	23	11,7	24	11,3	12	18,5	37	12,8
No	74	78,7	168	85,7	181	85,0	51	78,5	242	83,4
Hipnòtics										
Prescrit per un altre metge	3	3,2	8	4,1	8	3,8	3	4,6	11	3,8
Per iniciativa pròpia	3	3,2	4	2,0	4	1,9	3	4,6	7	2,4
No	88	93,6	184	93,9	201	94,4	59	90,8	272	93,8
Antiinflamatoris i analgèsics										
Prescrit per un altre metge	6	6,4	6	3,1	8	3,8	1	1,5	12	4,1
Per iniciativa pròpia	47	50,0	117	59,7	123	57,7	35	53,8	164	56,6
No	41	43,6	73	37,2	82	38,5	29	44,6	114	39,3
Antibiòtics										
Prescrit per un altre metge	6	6,4	6	3,1	8	3,8	2	3,1	12	4,1
Per iniciativa pròpia	1	1,1	6	3,1	4	1,9	2	3,1	7	2,4
No	87	92,6	184	93,9	201	94,4	61	93,8	271	93,4

		Enquesta basal								
		Home		Dona		<30		30 i més		Total
Consum de medicaments en els últims 15 dies segons hagin estat o no prescrits per un altre metge										
Tranquil·litzants										
Prescrit per un altre metge	2	1,3	6	1,9	5	1,4	3	2,8	8	1,7
Per iniciativa pròpia	4	2,5	6	1,9	8	2,2	2	1,9	10	2,1
No	152	96,2	307	96,2	355	96,5	102	95,3	460	96,2
Vitamines o minerals										
Prescrit per un altre metge	1	0,6	7	2,2	6	1,6	2	1,9	8	1,7
Per iniciativa pròpia	12	7,6	19	6,0	21	5,7	10	9,3	31	6,5
No	145	91,8	293	91,8	341	92,7	95	88,8	439	91,8
Antidepressius										
Prescrit per un altre metge	1	0,6	9	2,8	7	1,9	3	2,8	10	2,1
Per iniciativa pròpia	1	0,6	1	0,3	1	0,3	1	0,9	2	0,4
No	156	98,7	309	96,9	360	97,8	103	96,3	466	97,5
Un altre medicament										
Prescrit per un altre metge	7	4,4	40	12,5	41	11,1	6	5,6	47	9,8
Per iniciativa pròpia	7	4,4	1	0,3	6	1,6	1	0,9	8	1,7
No	144	91,1	278	87,1	321	87,2	100	93,5	423	88,5

	Enquesta primer any									
	Home		Dona		<30		30 i més		Total	
Consum de medicaments en els últims 15 dies segons hagin estat o no prescrits per un altre metge										
Tranquil·litzants										
Prescrit per un altre metge	4	4,3	8	4,1	7	3,3	4	6,2	12	4,1
Per iniciativa pròpia	4	4,3	8	4,1	7	3,3	5	7,7	12	4,1
No	86	91,5	180	91,8	199	93,4	56	86,2	266	91,7
Vitamines o minerals										
Prescrit per un altre metge	2	2,1	7	3,6	5	2,3	3	4,6	9	3,1
Per iniciativa pròpia	7	7,4	20	10,2	18	8,5	7	10,8	27	9,3
No	85	90,4	169	86,2	190	89,2	55	84,6	254	87,6
Antidepressius										
Prescrit per un altre metge	5	5,3	16	8,2	17	8,0	3	4,6	21	7,2
Per iniciativa pròpia	1	1,1	2	1,0	2	0,9	1	1,5	3	1,0
No	88	93,6	178	90,8	194	91,1	61	93,8	266	91,7
Un altre medicament										
Prescrit per un altre metge	7	7,4	7	3,6	8	3,8	6	9,2	14	4,8
Per iniciativa pròpia	4	4,3	9	4,6	9	4,2	3	4,6	13	4,5
No	83	88,3	180	91,8	196	92,0	56	86,2	263	90,7

TAULA 8.6. Entorn formatiu i laboral

[illegible]

	Enquesta primer any									
	Home		Dona		<30		30 i més		Total	
Especialitats cursades										
Especialitats clíniques	53	58,2	138	72,6	133	64,9	49	76,6	191	68,0
Quirúrgiques	12	13,2	10	5,3	17	8,3	2	3,1	22	7,8
Medicoquirúrgiques	17	18,7	23	12,1	36	17,6	4	6,3	40	14,2
De laboratori	9	9,9	17	8,9	18	8,8	8	12,5	26	9,3
Esp. no mèdiques	0	0,0	2	1,1	1	0,5	1	1,6	2	0,7
Satisfacció amb l'especialitat seleccionada										
Molt satisfet/a	51	54,8	127	64,8	145	68,1	27	42,2	178	61,6
Satisfet/a	35	37,6	62	31,6	63	29,6	28	43,8	97	33,6
Insatisfet/a	6	6,5	6	3,1	3	1,4	9	14,1	12	4,2
Molt insatisfet/a	1	1,1	1	0,5	2	0,9	0	0,0	2	0,7
Satisfacció amb el nivell formatiu assolit										
Molt satisfet/a	22	23,4	35	17,9	36	16,9	18	27,7	57	19,7
Satisfet/a	61	64,9	146	74,5	156	73,2	44	67,7	207	71,4
Insatisfet/a	10	10,6	13	6,6	18	8,5	3	4,6	23	7,9
Centre de treball										
Hospital general bàsic	16	17,0	65	33,2	53	24,9	23	35,4	81	27,9
Hospital de referència	62	66,0	110	56,1	130	61,0	36	55,4	172	59,3
Hospital d'alta tecnologia	11	11,7	13	6,6	20	9,4	4	6,2	24	8,3
Centre d'atenció primària	3	3,2	5	2,6	5	2,3	2	3,1	8	2,8
Centre de salut mental	2	2,1	3	1,5	5	2,3	0	0,0	5	1,7
Nombre d'equips o unitats per les quals han passat aquest any										
Menys de 5	40	43,0	93	47,7	98	46,4	31	47,7	133	46,2
De 5 a 7	45	48,4	87	44,6	93	44,1	31	47,7	132	45,8
Més de 7	8	8,6	15	7,7	20	9,5	3	4,6	23	8,0
Mitjana	5,1		4,8		4,8		4,9		4,9	
Nombre d'hores de guàrdies realitzades durant últim mes										
Cap	5	5,4	7	3,6	6	2,8	5	7,7	12	4,2
48 hores o menys	4	4,3	12	6,2	10	4,7	6	9,2	16	5,6
De 49 a 72 hores	27	29,0	52	26,7	49	23,2	24	36,9	79	27,4
De 73 a 96 hores	35	37,6	66	33,8	80	37,9	21	32,3	101	35,1
De 97 a 120 hores	18	19,4	47	24,1	53	25,1	8	12,3	65	22,6
De 121 a 144 hores	2	2,2	8	4,1	8	3,8	1	1,5	10	3,5
Més de 144 hores	3	3,2	3	1,5	6	2,8	0	0,0	6	2,1
Nombre mitjà d'hores de guàrdies al mes	81,14		82,45		86,14		69,09		82,02	

[illegible]

	Enquesta primer any									
	Home		Dona		<30		30 i més		Total	
Nombre d'hores treballades última setmana										
Menys de 35 hores	6	6,5	18	9,2	19	9,0	5	7,7	24	8,3
De 35 a 40	34	36,6	75	38,5	75	35,5	31	47,7	109	37,8
De 41 a 60	50	53,8	96	49,2	111	52,6	26	40,0	146	50,7
Més de 60 hores	3	3,2	6	3,1	6	2,8	3	4,6	9	3,1
Nombre mitjà d'hores de treball a la setmana	43,39		42,42		42,44		42,62		42,73	
Satisfacció amb el salari										
Molt satisfet/a	1	1,1	5	2,6	6	2,8	0	0,0	6	2,1
Satisfet/a	38	40,4	100	51,0	106	49,8	28	43,1	138	47,6
Insatisfet/a	37	39,4	79	40,3	88	41,3	24	36,9	116	40,0
Molt insatisfet/a	18	19,1	12	6,1	13	6,1	13	20,0	30	10,3
Satisfacció amb les condicions de treball										
Molt satisfet/a	4	4,3	14	7,2	13	6,1	4	6,3	18	6,2
Satisfet/a	59	62,8	122	62,6	135	63,4	41	64,1	181	62,6
Insatisfet/a	26	27,7	46	23,6	54	25,4	14	21,9	72	24,9
Molt insatisfet/a	5	5,3	13	6,7	11	5,2	5	7,8	18	6,2
Opinió sobre el temps dedicat a diversos aspectes formatius i laborals										
El temps dedicat a veure malalts o a la pràctica mèdica										
Excessiu	6	6,6	9	4,7	9	4,3	6	9,4	15	5,3
Suficient	76	83,5	161	83,9	181	87,4	47	73,4	237	83,7
Insuficient	9	9,9	22	11,5	17	8,2	11	17,2	31	11,0
El temps dedicat a sessions clíniques en el centre										
Excessiu	5	5,4	8	4,1	12	5,6	1	1,6	13	4,5
Suficient	54	58,7	116	59,2	126	59,2	38	60,3	170	59,0
Insuficient	33	35,9	72	36,7	75	35,2	24	38,1	105	36,5
El temps dedicat a fer guàrdies										
Excessiu	19	20,4	41	21,0	44	20,9	13	20,0	60	20,8
Suficient	60	64,5	134	68,7	146	69,2	39	60,0	194	67,4
Insuficient	14	15,1	20	10,3	21	10,0	13	20,0	34	11,8
El temps rotant a l'especialitat										
Excessiu	2	2,2	3	1,6	1	0,5	3	4,7	5	1,8
Suficient	58	64,4	143	76,1	153	75,0	41	64,1	201	72,3
Insuficient	30	33,3	42	22,3	50	24,5	20	31,3	72	25,9
El temps dedicat pel tutor/a a la supervisió										
Suficient	58	62,4	118	60,2	125	59,0	44	67,7	176	60,9
Insuficient	35	37,6	78	39,8	87	41,0	21	32,3	113	39,1

[illegible]

	Enquesta primer any									
	Home		Dona		<30		30 i més		Total	
El temps total de treball al centre (sense comptar guàrdies)										
Excessiu	28	29,8	58	29,6	70	32,9	9	13,8	86	29,7
Suficient	62	66,0	138	70,4	143	67,1	52	80,0	200	69,0
Insuficient	4	4,3	0	0,0	0	0,0	4	6,2	4	1,4
El temps disponible per estudiar per compte propi										
Excessiu	1	1,1	1	0,5	0	0,0	2	3,1	2	0,7
Suficient	27	28,7	38	19,6	40	19,0	22	33,8	65	22,6
Insuficient	66	70,2	155	79,9	171	81,0	41	63,1	221	76,7
El nombre de rotacions realitzades per diversos equips										
Excessiu	11	11,8	14	7,2	19	9,0	4	6,2	25	8,7
Suficient	76	81,7	155	79,5	172	81,5	50	76,9	231	80,2
Insuficient	6	6,5	26	13,3	20	9,5	11	16,9	32	11,1
Estan d'acord o molt d'acord amb diverses fonts formatives										
Han assolit els objectius docents d'aquest any	80	85,1	172	88,2	189	89,2	52	80,0	252	87,2
Han après molt del tutor/a	49	52,1	116	59,5	120	56,6	37	56,9	165	57,1
Han après molt dels adjunts	72	76,6	157	80,5	172	81,1	49	75,4	229	79,2
Han après molt d'altres residents	81	87,1	175	90,2	197	93,4	49	76,6	256	89,2
Han après molt de les sessions clíniques i d'actualització	60	63,8	113	57,9	119	56,1	46	70,8	173	59,9
Han après molt llegint llibres o articles pel seu compte	64	68,1	130	67,0	134	63,5	50	76,9	194	67,4

TAULA 8.7. Esdeveniments vitals

	Enquesta basal									
	Home		Dona		<30		30 i més		Total	
Esdeveniments vitals										
Malaltia o accident greu	3	1,9	5	1,6	8	2,2	0	0,0	8	1,7
Divorci, separació o ruptura d'una relació afectiva	15	9,5	38	11,9	38	10,4	15	14,0	53	11,1
Casament o inici d'una convivència en parella	34	21,7	51	16,0	66	18,0	19	17,9	85	17,9
Naixement d'un fill/a	5	3,2	3	0,9	2	0,5	6	5,6	8	1,7
Mort d'un familiar o amic íntim	17	10,8	41	12,9	44	12,0	14	13,1	58	12,2
Malaltia greu d'un familiar proper	32	20,3	65	20,5	78	21,3	17	15,9	97	20,4
Problemes econòmics greus	10	6,3	15	4,7	19	5,2	6	5,6	25	5,2
Problemes greus a la residència o pis compartit	3	1,9	9	2,8	7	1,9	5	4,7	12	2,5
Pèrdua de feina o beca per part de la parella	4	2,5	12	3,8	13	3,5	3	2,8	16	3,4
Problemes legals greus, propis o d'un familiar	3	1,9	8	2,5	5	1,4	6	5,6	11	2,3
Problemes amb la parella	25	16,1	43	13,5	49	13,4	19	17,9	68	14,3
Allunyament geogràfic dels pares	68	43,3	127	39,9	144	39,2	51	48,1	195	41,0
Resultats escolars per sota de l'esperat	22	13,9	51	16,0	54	14,7	19	17,8	73	15,3
Un altre	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Valoració del nivell d'estrès generat pels esdeveniments										
Baix nivell d'estrès (1+2+3+4)	48	41,0	63	28,3	75	29,0	35	44,3	111	32,6
Una mica d'estrès (5+6)	25	21,4	52	23,3	62	23,9	14	17,7	77	22,6
Força estrès (7+8)	35	29,9	85	38,1	97	37,5	23	29,1	120	35,3
Molt estrès (9+10)	9	7,7	23	10,3	25	9,7	7	8,9	32	9,4
Valoració mitjana (s/10)	3,84		4,17		4,12		3,88		4,06	

	Enquesta primer any									
	Home		Dona		<30		30 i més		Total	
Esdeveniments vitals										
Malaltia o accident greu	11	11,7	17	8,7	18	8,5	7	10,8	28	9,7
Divorci, separació o ruptura d'una relació afectiva	13	13,8	38	19,4	36	16,9	14	21,5	51	17,6
Casament o inici d'una convivència en parella	21	22,3	58	29,6	68	31,9	10	15,4	79	27,2
Naixement d'un fill/a	0	0,0	6	3,1	1	0,5	5	7,7	6	2,1
Mort d'un familiar o amic íntim	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Malaltia greu d'un familiar proper	14	14,9	37	18,9	35	16,4	14	21,5	51	17,6
Problemes econòmics greus	5	5,3	7	3,6	7	3,3	4	6,2	12	4,1
Problemes greus a la residència o pis compartit	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Pèrdua de feina o beca per part de la parella	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Problemes legals greus, propis o d'un familiar	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Problemes amb la parella	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Allunyament geogràfic dels pares	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Resultats escolars per sota de l'esperat	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Un altre	6	6,4	9	4,6	10	4,7	4	6,2	15	5,2
Valoració del nivell d'estrès generat pels esdeveniments										
Baix nivell d'estrès (1+2+3+4)	9	20,0	28	22,6	31	24,2	5	13,9	37	21,9
Una mica d'estrès (5+6)	16	35,6	23	18,5	30	23,4	8	22,2	39	23,1
Força estrès (7+8)	17	37,8	51	41,1	53	41,4	14	38,9	68	40,2
Molt estrès (9+10)	3	6,7	22	17,7	14	10,9	9	25,0	25	14,8
Valoració mitjana (s/10)	5,93		6,43		6,13		6,83		6,30	

TAULA 8.8. Correlacions bivariades entre les variables criteri i els predictors

	GHQ, final	Esgotament emocional	Implicació laboral
Sexe	0,07	0,08	0,11
	,378	,308	,128
Grups d'edat	-0,04	0,13	-0,11
	,573	,088	,151
Procedència	0,06	-0,16	0,11
	,433	,036	,152
Número d'esdeveniments vitals	0,04	0,09	0,00
	,634	,222	,961
GHQ,basal	0,17	0,52	-0,13
	,025	<,001	,075
Neuroticisme	0,29	0,16	0,03
	<,001	0,034	0,696
Extraversió	0,03	-0,17	0,07
	,715	,021	,342
Demanda	0,23	0,35	-0,05
	,002	<,001	,495
Control sobre el treball	0,06	-0,34	0,51
	,450	<,001	<,001
Recolzament companys	-0,09	-0,36	0,38
	0,243	<,001	<,001
Recolzament superiors	0,08	-0,36	0,51
	,284	<,001	<,001

Sexe: 0 = Home, GHQ: 0 = No risc psicopatològic, Procedència: 0 = Estat espanyol. Correlació de Pearson: ρ

TAULA 8.9. Intercorrelacions entre les variables predictores

	Sexe	Grup d'edat	Procedència	Número esdeveniments	GHQ basal	Neuroticisme	Extraversió	Demanda	Control	Recolzament companys	Recolzament superiors
Sexe	---	-0,08	0,20	0,09	0,10	0,34	0,02	-0,03	-0,10	-0,05	0,02
		,300	,006	,244	,179	<,001	,757	,687	,199	,541	,836
Grup d'edat	-0,08	---	-0,38	0,02	-0,03	-0,15	-0,03	-0,01	-0,02	-0,26	-0,20
	,300		<,001	,742	,703	,042	,706	,923	,765	<,001	,008
Procedència	0,20	-0,38	---	-0,04	-0,01	0,20	0,07	-0,03	-0,03	0,21	0,19
	,006	<,001		,595	,855	,005	,367	,649	,679	,004	,010
Número esdeveniments	0,09	0,02	-0,04	---	0,10	0,00	0,00	0,05	-0,11	-0,03	0,03
	,244	,742	,595		,167	,960	,958	,486	,124	,707	,694
GHQ basal	0,10	-0,03	-0,01	0,10	---	0,29	-0,18	0,16	-0,19	-0,22	-0,14
	,179	,703	,855	,167		<,001	,014	,031	,010	,003	,065
Neuroticisme	0,34	-0,15	0,20	0,00	0,29	---	-0,12	0,03	-0,02	-0,14	0,02
	<,001	0,042	0,005	0,960	<,001		0,120	0,661	0,804	0,068	0,749
Extraversió	0,02	-0,03	0,07	0,00	-0,18	-0,12	---	0,04	0,04	-0,06	-0,06
	,757	,706	,367	,958	,014	,120		,630	,552	,435	,445
Demanda	-0,03	-0,01	-0,03	0,05	0,16	0,03	0,04	---	-0,03	-0,10	-0,14
	,687	,923	,649	,486	,031	,661	,630		,673	,177	,070
Control	-0,10	-0,02	-0,03	-0,11	-0,19	-0,02	0,04	-0,03	---	0,22	0,34
	,199	,765	,679	,124	,010	,804	,552	,673		,002	<,001
Recolzament companys	0,05	-0,26	0,21	-0,03	-0,22	-0,14	-0,06	-0,10	0,22	---	0,49
	0,541	<,001	0,004	0,707	0,003	0,068	0,435	0,177	0,002		<,001
Recolzament superiors	0,02	-0,20	0,19	0,03	-0,14	0,02	-0,06	-0,14	0,34	0,49	---
	,836	,008	,010	,694	,065	,749	,445	,070	<,001	<,001	

Sexe: 0 = Home, GHQ: 0 = No risc psicopatològic, Procedència: 0 = Estat espanyol. Correlació de Pearson: p

TAULA 8.10. Models de regressió del GHQ al final del primer any de residència

	Model 1	Model 2
Sexe	-0.090	-0.001
	(0.225)	(0.234)
Grup d'edat	-0.047	0.127
	(0.295)	(0.313)
Procedència	0.050	-0.079
	(0.248)	(0.268)
GHQ basal	-0.244	-0.227
	(0.243)	(0.273)
Esdeveniments vitals	0.418	0.425
	(0.231)	(0.245)
Neuroticisme	0.362**	0.360**
	(0.118)	(0.125)
Extraversió	0.203	-0.268*
	(0.110)	(0.119)
Demanda	---	0.084
	---	(0.067)
Control	---	-0.114
	---	(0.069)
Recolzament companys	---	-0.193
	---	(0.117)
Recolzament superiors	---	-0.058
	---	(0.110)
Constant	-2.106*	0.211
	(1.070)	(1.984)
Observations	172	172
Log Likelihood	-88.208	-81.451
Akaike Inf. Crit.	192.417	186.901

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Coefficients beta i error estàndard entre parèntesis

Sexe: 0 = Home, GHQ: 0 = No risc psicopatològic, Procedència: 0 = Estat espanyol

TAULA 8.11. Models de regressió de l'esgotament emocional al final del primer any de residència

	Model 1	Model 2
Sexe	-0.130	-0.060
	(0.254)	(0.215)
Grup d'edat	-0.331	-0.026
	(0.349)	(0.304)
Procedència	0.495	0.341
	(0.290)	(0.250)
GHQ basal	-0.454	-0.356
	(0.328)	(0.285)
Esdeveniments vitals	0.351	0.223
	(0.272)	(0.233)
Neuroticisme	0.201	0.130
	(0.138)	(0.118)
Extraversió	-0.221	-0.261*
	(0.128)	(0.109)
Demanda	---	0.299**
	---	(0.066)
Control	---	-0.214**
	---	(0.064)
Recolzament companys	---	-0.241*
	---	(0.113)
Recolzament superiors	---	-0.207
	---	(0.106)
Constant	19.286**	21.240**
	(1.292)	(1.991)
Observations	169	169
R2	0.100	0.376
Adjusted R2	0.061	0.332
F Statistic	2.561* (df = 7; 161)	8.586** (df = 11; 157)

* p<0.05; ** p<0.01

Coeficients beta i error estàndard entre parèntesis

Sexe: 0 = Home, GHQ: 0 = No risc psicopatològic, Procedència: 0 = Estat espanyol

TAULA 8.12. Models de regressió de la implicació laboral al final del primer any de residència

	Model 1	Model 2
Sexe	-0.351	-0.482*
	(0.248)	(0.188)
Grup d'edat	0.281	-0.083
	(0.349)	(0.270)
Procedència	-0.231	-0.087
	(0.287)	(0.220)
GHQ basal	-0.414	-0.196
	(0.306)	(0.239)
Esdeveniments vitals	0.007	0.080
	(0.265)	(0.201)
Neuroticisme	-0.060	0.025
	(0.132)	(0.101)
Extraversió	0.123	0.149
	(0.124)	(0.094)
Demanda	---	0.008
	---	(0.057)
Control	---	0.365**
	---	(0.056)
Recolzament companys	---	0.171
	---	(0.098)
Recolzament superiors	---	0.406**
	---	(0.092)
Constant	19.803**	9.781**
	(1.236)	(1.727)
Observations	168	168
R ²	0.050	0.476
Adjusted R ²	0.009	0.439
F Statistic	1.205 (df =7; 160)	12.858** (df = 11; 156)

* p<0.05; ** p<0.01

Coeficients beta i error estàndard entre parèntesis

Sexe: 0 = Home, GHQ: 0 = No risc psicopatològic, Procedència: 0 = Estat espanyol

FUNDACIÓ GALATEA

Presidència:

Dr. Miquel Vilardell Tarrés

Gerència:

Dr. Antoni Arteman Jané

Coordinació de programes:

Sra. Anna Mitjans Garcés

Suport administratiu:

Sra. Marta Anglès Traserra

Estudi longitudinal sobre la salut, estils de vida
i condicions de treball dels MIR de Catalunya

PATRONAT

President:

Dr. Miquel Vilardell Tarrés
Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Vicepresident:

Dr. Carlos Ignacio Querol Vela
Col·legi Oficial de Metges de Lleida

Secretari:

Sr. Ignasi Pidevall Borrell
Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Vocals:

Dra. Leonor Ancochea Serraïma
Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Dr. Josep Maria Benet Martí
Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Sr. Joan Conesa Garrido
Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona

Dra. Gracia Ferrer Codinachs
Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Sr. Albert Granero Làzaro
Col·legi d'Infermeres i Infermers de Barcelona

Dr. Frederic Mallol Mirón
Col·legi Oficial de Metges de Tarragona

Dr. Ignacio Orce Satrustegui
Assistència Sanitària Col·legial

Dr. Pere Peya Fusellas
Col·legi Oficial de Metges de Girona

Sr. Xavier Prat Borrell
Col·legi de Farmacèutics de Barcelona

Dr. Marc Soler Fàbregas
Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Sra. Joana Sureda Guixà
Col·legi Oficial de Veterinaris de Barcelona

Dr. Gustavo Tolchinsky Wiesen
Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Dra. M.Pilar Tornos Mas
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
Teléfono 93 567 88 56
Fax 93 567 88 54

fgalatea@fgalatea.org
www.fgalatea.org

Amb la col·laboració de:

