

Estudio sobre la salud, estilos de vida
y condicionantes académicos
de los estudiantes de medicina de Cataluña

La salud del estudiante
de medicina

Fundación  GALATEA

ESTUDIO SOBRE LA SALUD, ESTILOS DE VIDA
Y CONDICIONANTES ACADÉMICOS
DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA DE CATALUÑA

Presentación

La Fundación Galatea fue creada en el año 2001 con la finalidad de gestionar la asistencia psiquiátrica y psicológica de los médicos y enfermeras enfermos, así como para promover la salud, el bienestar físico y mental del colectivo médico y, por extensión, de todos los profesionales de la salud.

Después de estos años de experiencia y con más de 1.700 casos atendidos, podemos decir que el PAIME se ha consolidado como un modelo de atención y de rehabilitación para el colectivo médico, tanto en Cataluña como en el ámbito estatal, donde es un referente. Además, desde 2007 se dispone de la Clínica Galatea, unidad clínica específica ubicada en Barcelona, con equipamientos asistenciales de primer orden.

En cuanto a los programas preventivos, paulatinamente vamos profundizando en el análisis de las poblaciones de riesgo, ampliamos el público objetivo de las intervenciones, así como la variedad de estas.

En el año 2009 la Fundación Galatea puso en funcionamiento el programa sobre la salud del estudiante de medicina. Como se ha hecho en otros países como Canadá, EE.UU., Australia o Noruega, líderes en investigación sobre la salud de los profesionales sanitarios, con este programa queremos anticiparnos y sensibilizar a los estudiantes respecto a la importancia de cuidar de la propia salud para un ejercicio profesional más saludable en el futuro.

Es conocido que el inicio de la práctica clínica en la carrera supone una fuente de estrés por el contacto directo con la enfermedad y los pacientes, con unas organizaciones sanitarias complejas, la presión asistencial... pero los estudiantes se encuentran también en el momento óptimo para adquirir habilidades y conocimientos para afrontar estas situaciones con éxito.

Sus resultados, que ahora presentamos, nos permitirán conocer mejor a este colectivo y diseñar intervenciones orientadas a la adquisición de hábitos saludables, ya que pensamos que un futuro profesional con un buen equilibrio psicoemocional ayudará mejor a sus pacientes. Pero también nos permitirá profundizar sobre los factores relacionados.

El estudio, que tiene por objetivo conocer el estado de salud, estilos de vida, hábitos sanitarios y condicionantes académicos de los estudiantes de medicina de Cataluña, ha sido impulsado por un grupo de trabajo específico, liderado por el Dr. Manel Salamero, al que agradecemos su implicación y calidad del trabajo realizado.

Este proyecto ha contado también con la implicación de los decanos, profesores universitarios y representantes de las asociaciones de estudiantes, gracias a los cuales ha sido posible. También ha tenido el apoyo de MSD y de la Fundación Patronato de Huérfanos de la Organización Médica Colegial, a quien agradecemos su colaboración.

Dr. Jaume Padrós i Selma

Presidente del Patronato de la Fundación Galatea

Edita: Fundación Galatea

Grupo de trabajo: Manel Salamero (dirección)
Lucía Baranda
Anna Mitjans
Eva Baillés
Marina Càmara
Gemma Parramon
Eduard Gómez
Antoni Arteman
Jaume Padrós

Estudio editado en mayo de 2012

Índice

1. Introducción	7
2. Objetivos	9
3.1. Objetivo general.....	9
3.2. Objetivos específicos	9
3. Metodología	10
3.1. Población y muestreo	10
3.2. Cuestionario.....	11
3.3. Procedimiento	14
4. Resultados: datos descriptivos	16
4.1. Datos sociodemográficos	16
4.2. Salud.....	19
4.3. Tabaco.....	22
4.4. Consumo de alcohol y otras drogas	23
4.5. Salud mental	26
4.6. Acontecimientos vitales	28
4.7. Entorno académico	29
5. Resultados: relación con malestar psicológico	33
5.1. Riesgo de trastornos psicopatológicos	33
5.2. Agotamiento emocional frente a los estudios	35
5.3. Desinterés por los estudios	36
6. Discusión	37
7. Conclusiones	41
8. Bibliografía	42
9. Agradecimientos	47
10. Anexo: tablas de resultados	48

1. Introducción

Los estudiantes de medicina se caracterizan por tener un currículum académico brillante previo a la entrada a la universidad, lo cual les permite superar los elevados requerimientos del proceso de selección. A lo largo de los estudios están sometidos a altos requerimientos de rendimiento y cuando inician la formación clínica en contacto con pacientes se enfrentan a conflictos emocionales considerables. Todos estos factores suponen importantes fuentes de estrés que inciden sobre su salud mental y se añaden a su propia vulnerabilidad psicobiológica y a otros conflictos generales propios de su edad. Numerosos estudios han señalado la alta prevalencia de trastornos depresivos y ansiosos¹, ideación suicida^{2,3}, estrés⁴ y agotamiento emocional⁵. Las tasas de estudiantes que sufren trastornos de intensidad clínicamente significativa son muy variables dependiendo de la metodología y los instrumentos empleados para evaluarla. En general, se estima que en algún periodo de los estudios de medicina el 50% de los estudiantes sufren agotamiento emocional y alrededor del 15% depresión mayor. Con respecto a nuestro entorno, en un estudio anterior⁶ se estimó una prevalencia del 30% entre los estudiantes de primero y segundo curso.

Mientras que no parece que previo al inicio de la licenciatura existan diferencias entre estudiantes de medicina y otras carreras⁷, las dificultades emocionales aparecen pronto. Así, por ejemplo, en un estudio longitudinal de estudiantes de primer curso de medicina de Glasgow⁸ se detectó un incremento significativo de alumnos con puntuaciones elevadas en el GHQ, indicativas de probable padecimiento de trastorno mental. Los datos del estudio sugieren que este incremento estaba más relacionado con el estrés académico que con problemas personales. Las consecuencias de los trastornos emocionales se proyectan a futuro, como muestra el estudio de Guthrie et. al.⁹. Estos autores evaluaron una cohorte de estudiantes en primero, cuarto y quinto año y encontraron que el mejor predictor del estado de salud mental al final de los estudios era la presencia de probable patología al final del primer año. En el estudio de Dahlin y Runeson¹⁰ se observó también que la presencia de depresión en el primer año, tras controlar por otras variables, era un factor predictivo de psicopatología al iniciar la formación clínica, hecho que resalta la influencia de la vulnerabilidad personal.

Para algunos autores el inicio de la enseñanza clínica supone un periodo de incremento del estrés. Lomis et. al.¹¹ señalan que muchos factores derivados del contacto clínico son identificados por los estudiantes como estresores. Estos incluyen la gravedad de las enfermedades que sufren los pacientes, las características del sistema asistencial, los modelos formativos transmitidos por el personal sanitario y, sobre todo, las dificultades de comunicación con los pacientes.

Además de las manifestaciones ansiosas y depresivas, varias investigaciones señalan la elevada prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en esta población. En un estudio comparativo en estudiantes irlandeses, Boland et. al.¹² constatan que mientras que el consumo de tabaco disminuyó entre 1977 y 2002, el consumo de alcohol y otras drogas se incrementó. Estudios en otros países como los EE.UU.¹³, Brasil¹⁴ o el Reino Unido¹⁵ también alertan de la alta prevalencia de consumo de tóxicos.

Las condiciones en que se hace el aprendizaje de la medicina pueden tener efectos directos en el bienestar de los estudiantes. Así, el estudio de Haglund et. al.¹⁶ pone en evidencia la frecuencia con que los estudiantes se sienten maltratados por sus tutores. Diferentes estudios^{17,18} también alertan de la discriminación y del acoso sexual de que son objeto tanto los estudiantes como las estudiantes, aunque ellas con más frecuencia. Dyrbye et. al.¹⁹ señalan la importancia que tiene el entorno docente, incluyendo el interés que percibe el estudiante del compromiso institucional y de los docentes en su formación.

Evidentemente, son muchas las circunstancias vitales que pueden incidir en el estado de ánimo de los estudiantes sin relación con la vida académica o con una relación muy indirecta. Igual que se observa en la población general, las mujeres estudiantes de medicina presentan niveles más elevados de síntomas depresivos que los hombres y también de sus correlatos de malestar físico²⁰, así como de agotamiento emocional²¹. Las dificultades económicas, en especial la percepción subjetiva de estas dificultades, se han demostrado como una fuente de estrés en los estudiantes²².

Es importante considerar las consecuencias del malestar emocional sobre los aprendizajes^{23,24}. Pero estos no se limitan a interferir en la adquisición de conocimientos. Así, por ejemplo, tanto el estudio de Thomas et. al.²⁵ como el de Laidlaw²⁶ observaron una asociación significativa entre los niveles de agotamiento emocional y la disminución de la empatía al relacionarse con los pacientes.

La complejidad de los factores que inciden en el bienestar emocional de los estudiantes ha llevado Dunn et. al.²⁷ a formular un modelo integrador. Consideran que cada estudiante tiene una “reserva” de capacidades de afrontamiento ante los retos que supone la formación médica que, en parte, dependen de factores de personalidad individuales. Sobre esta capacidad inciden negativamente sus conflictos personales, el estrés académico y las demandas de tiempo y energía que implican los estudios de medicina. A la vez, estas capacidades de afrontamiento se ven incrementadas por factores protectores tales como el apoyo social, los hábitos saludables de vida, la estimulación intelectual y la ayuda que le pueden proporcionar sus tutores y docentes. Consideramos que este modelo permite evitar atribuciones de causalidad simplistas, por lo cual lo adoptaremos como marco de referencia en este estudio.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Estimar la prevalencia de malestar psicológico, de estrés académico y estudiar las conductas relacionadas con la salud en los estudiantes de cuarto curso de medicina de Cataluña (ME).

2.2. Objetivos específicos

- » Determinar la salud autopercebida y los hábitos de salud relacionados.
- » Determinar la prevalencia de los hábitos tóxicos y el malestar psicológico general.
- » Conocer los niveles de estrés académico y agotamiento emocional en los ME.
- » Estudiar la asociación entre malestar psíquico y las fuentes de estrés académico, controlando otras variables externas a la enseñanza de la medicina.

3. Metodología

3.1. Población y muestreo

El universo estadístico de la encuesta que presentamos en este informe está formado por los alumnos matriculados en cuarto curso de medicina en las universidades de Cataluña durante el año académico 2009/10. En Cataluña se puede cursar la licenciatura de medicina en siete facultades, pero en las de reciente fundación todavía no se impartía cuarto curso en el momento de llevar a cabo el trabajo de campo. En la tabla 1 se presenta el número de estudiantes matriculados en cuarto curso en los centros de Cataluña, así como el número de encuestas realizadas.

La muestra final se cifra en 420 personas, que constituye el 52% del total de alumnos matriculados. El margen de error logrado es de $\pm 3,38\%$ para un nivel de confianza del 95,5% y un supuesto de $p=q=50$.

TABLA 1: Estudiantes de medicina matriculados en cuarto curso en las facultades de Cataluña

	Alumnos matriculados en 4º curso		Alumnos encuestados		Tasa de participación
	Nº	%	Nº	%	%
Universitat de Barcelona	240	29,8%	146	34,8%	60,8%
Universitat Autònoma de Barcelona	350	43,5%	162	38,6%	46,3%
Universitat Rovira i Virgili	100	12,4%	55	13,1%	55,0%
Universitat de Lleida	115	14,3%	57	13,6%	49,6%
Total	805	100,0%	420	100,0%	52,2%

3.2. Cuestionario

Para conocer la salud, estilos de vida y condicionantes académicos de los estudiantes se confeccionó un cuestionario con diferentes módulos que se describen a continuación. Se han escogido las variables y los instrumentos más adecuados para evaluar las dimensiones principales del estudio, procurando que estuvieran validados, bien en población general, bien en el colectivo objeto de estudio. En este sentido, se han priorizado algunos de los usados a la Encuesta de Salud de Cataluña²⁸, para poder hacer análisis comparativos.

Variables sociodemográficas: Se recogió la edad, sexo, estado civil, lugar de procedencia y facultad donde estudian los alumnos. También se les preguntó sobre su lugar de residencia, si disfrutaban de alguna beca y si realizaban algún trabajo complementario.

Variables académicas: Se obtuvo información sobre el año de inicio de los estudios y si estaban matriculados en asignaturas de cursos anteriores o posteriores.

Parámetros de salud: Para acercarnos al estado de salud de los estudiantes de 4º de medicina se les pidió su talla y peso para calcular el índice de masa corporal (IMC), su percepción sobre su estado de salud y el número de horas diarias dedicadas a dormir. El IMC se ha calculado a partir del peso y la altura ($IMC = kg/m^2$) autodeclarados y, siguiendo las pautas de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) 2006²⁸, se categoriza como: 1. Infrapeso ($IMC < 18,5$); 2. Normopeso ($IMC 18,5$ a < 25); 3. Sobrepeso ($IMC 25$ a < 30); y 4. Obesidad ($IMC \geq 30$). La salud autopercebida no correlaciona bien con una valoración clínica, pero es un indicador de calidad de vida importante. Al responder este tipo de preguntas, las personas tienden a evaluar tanto la presencia de enfermedades médicamente diagnosticadas como la percepción de fatiga o malestares difusos. Esta información se recogió con la misma variable empleada en la ESCA 2006²⁸ que clasifica el estado de salud como excelente, muy bueno, bueno, regular y malo.

Consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias: En cuanto al consumo de tabaco se pidió tanto el hábito de consumo autodeclarado como la edad en la que se iniciaron. La ingesta de alcohol también se basa en el consumo autodeclarado y se ha computado mediante la misma batería de preguntas utilizada por la ESCA 2006 y por la Encuesta de Salud de Barcelona (ESB)²⁹, ambas del 2006 y siguiendo las recomendaciones del Plan Nacional de Drogas³⁰. Se recoge el tipo de bebida consumida y la frecuencia de consumo diferenciando los días laborables y los fines de semana. A partir de estos datos se estima el número de unidades estandarizadas de bebida (UBEs) equivalentes cada una de ellas a una ingesta de 10 gramos de alcohol³¹. La población se clasifica (según las UBEs consumidas y el número de veces que han tomado 5 o más consumiciones de alcohol en una ocasión de consumo) en no bebedores (no han consumido alcohol en los últimos 12 meses), bebedores moderados (han consumido < 28 UBEs semanales los hombres o < 17 las mujeres) y bebedores de riesgo (han consumido ≥ 28 UBEs los hombres o ≥ 17 UBEs las mujeres; o han hecho 5 consumiciones seguidas al menos una vez al mes).

Se preguntó también por el consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir y las drogas ilegales más frecuentes, marihuana y derivados del cannabis, anfetaminas y opiáceos, tanto a lo largo de la vida como en los últimos 30 días. En todas estas preguntas sobre consumo autoinformado se empleó el mismo procedimiento que en la ESCA²⁸ y en la ESB²⁹.

Cuestionario internacional de actividad física (IPAQ): Para medir el nivel de actividad física realizada por los estudiantes analizados, se empleó el IPAQ³², que es el instrumento utilizado en la mayoría de las encuestas de salud a población general de nuestro entorno. La forma corta de 9 ítems autoadministrada evalúa el tiempo empleado en andar y en realizar actividades físicas o deportivas de intensidad vigorosa y moderada. De acuerdo con esta información y de la energía requerida medida en METS (equivalentes metabólicos/minuto) se obtiene un índice energético global que permite clasificar los individuos como sedentarios, con actividad física ligera, moderada o intensa. Este instrumento ha sido desarrollado en varias lenguas por el grupo EUROHIST y validado en doce países. Está incluido en la ESB²⁹ y en la ESCA²⁸ del 2006 que sirven de referencia.

General Health Questionnaire (GHQ-12): Se trata de un cuestionario de doce ítems que permite evaluar la prevalencia de personas con trastornos mentales y la posible presencia de síntomas ansiosos y depresivos en el momento de la entrevista³³. La versión española tiene una sensibilidad y especificidad superior al 80% para la detección de trastorno mental³⁴. Se ha empleado en varios estudios en estudiantes de medicina^{9, 8, 22} y forma parte tanto de la ESB²⁹ como de la ESCA²⁸. También disponemos de esta información en los residentes³⁵ y médicos de Cataluña³⁶.

Big Five Inventory (BFI-10): La evaluación de la personalidad en encuestas poblacionales es difícil debido a la longitud de los cuestionarios estándares. Aunque hay poca experiencia en la literatura, se escogió el BFI-10³⁷. Se trata de una forma abreviada de 10 ítems para medir las cinco dimensiones básicas de personalidad: neuroticismo (N), extraversión (E), apertura hacia nuevas experiencias (O), cooperación (A) y responsabilidad (C). Sobre todo a partir de 1980, estos cinco factores se han considerado las dimensiones de personalidad más estables y replicadas. Se ha demostrado que estos cinco factores tienen una elevada capacidad predictiva sobre numerosos comportamientos³⁸ y están relacionados con los trastornos de personalidad^{39, 40}.

Esta forma abreviada fue desarrollada para ser usada en estudios epidemiológicos y asegurar estabilidad de los índices psicométricos en dos lenguas (inglés y alemán). No nos consta que esté adaptado ni validado en muestras españolas, por lo cual se procedió a la traducción y retrotraducción de los ítems y a analizar sus propiedades psicométricas en nuestra muestra. En la muestra de nuestro estudio el coeficiente de fiabilidad α de Cronbach de las escalas fue $\alpha_N = 0,80$, $\alpha_E = 0,68$, $\alpha_O = 0,50$, $\alpha_A = 0,08$ i $\alpha_C = 0,45$. Se efectuó un análisis factorial con extracción de cinco factores y rotación varimax y se obtuvieron únicamente unas saturaciones factoriales congruentes para los factores N, E y O. En un estudio posterior de los autores del test⁴¹ también se obtuvieron estructuras factoriales poco nítidas. Por esta razón, en nuestro estudio se han conservado los factores de neuroticismo y extraversión que logran una fiabilidad y validez factorial suficientes.

Acontecimientos vitales en el último año: En los últimos veinte años numerosos estudios han demostrado la relación entre acontecimientos vitales recientes y trastornos tanto de la salud mental como física y, a la vez, las dificultades para evaluarlos adecuadamente⁴². Brevemente, los listados de situaciones sobrestiman el número de acontecimientos significativos de estrés en relación con las entrevistas y no recogen la percepción y evaluación subjetiva que está más estrechamente relacionada con la posibilidad de enfermar. Pese a esto, la percepción subjetiva se confunde en las encuestas con sus efectos (los síntomas de ansiedad y depresión) y, por otra parte, el impacto en la salud del acontecimiento y su percepción se producen por mecanismos diferentes⁴³. Teniendo en cuenta estas consideraciones y la necesidad de mantener la extensión de la encuesta dentro unos límites razonables, escogimos el listado de Mitgaard⁴⁴ que prevé 14 situaciones y que en su estudio con estudiantes de medicina fue predictor de problemas en salud mental.

Oldenburg Burnout Inventory (OLBI): Uno de los primeros autores en estudiar el agotamiento emocional y su repercusión laboral ha sido Maslach⁴⁵. Su cuestionario es quizás el más empleado, pero es difícil de adaptar a estudiantes puesto que las preguntas hacen referencia a situaciones laborales contractuales. Para este estudio usamos el OLBI de Demerouti et. al.⁴⁶ diseñado para evaluar el agotamiento en cualquier ocupación. Evalúa las dos dimensiones más importantes del *burnout*, agotamiento emocional y falta de compromiso con el trabajo, mediante dos escalas de siete ítems respondidos en escalas tipo likert de cuatro puntos. Ha sido empleado en estudiantes de medicina por Dahlin et. al.²¹ y por Pompili et. al.⁴⁷ en médicos. No conocemos la existencia de adaptación de este cuestionario en nuestro entorno. Consecuentemente, tras hacer la traducción y retrotraducción, se calculó la fiabilidad en nuestra muestra. Se obtuvo un coeficiente α de Cronbach de 0,80 en la escala de agotamiento y de 0,67 en la escala de falta de compromiso.

Learning Environment Questions: Estas cuestiones fueron desarrolladas por Dyrbye et. al.¹⁹. Partiendo de estudios previos se identificaron las fuentes académicas potenciadoras o amortiguadoras del agotamiento emocional más frecuentes en los estudiantes de medicina. Consiste en 14 preguntas respondidas con escalas likert de cinco opciones que recogen la satisfacción con el apoyo, supervisión e implicación en la enseñanza de la institución, de los tutores y de los profesores.

Acoso sexual: No existen cuestionarios estandarizados para la evaluación de este constructo¹⁷ y las preguntas que se formulan varían de estudio a estudio. Tras revisarlos se seleccionaron cuatro preguntas directas que abarcan las conductas referidas más a menudo en la bibliografía.

3.3. Procedimiento

La encuesta a estudiantes de medicina se planteó como autoadministrada en clase, para asegurar el acceso a un mayor número de estudiantes y un nivel de representatividad similar a la de los alumnos que asisten a clase de manera habitual.

En primer lugar, se presentó el estudio a los rectores de las universidades implicadas y a los decanos de las respectivas facultades de medicina, quienes dieron su autorización para efectuarlo. A continuación, el proyecto se expuso a los representantes de los estudiantes y se les pidió su colaboración activa como facilitadores y motivadores de la participación de los estudiantes.

De acuerdo con los responsables académicos y los representantes de los estudiantes se escogió el lugar y el momento más apropiado para administrar la encuesta en clase. Se tuvieron en cuenta las ocasiones de máxima asistencia de los alumnos de acuerdo con las dinámicas propias de cada centro. En ningún caso se avisó previamente de la realización de la encuesta para asegurar una asistencia de alumnos similar a una clase cualquiera.

Una vez en clase, técnicos del equipo investigador de la Fundación Galatea explicaban a los estudiantes el objetivo del estudio y se les pedía su participación voluntaria, garantizándoles la confidencialidad de los datos que proporcionaban. Seguidamente se distribuía el cuestionario y, para garantizar el anonimato, los mismos alumnos lo introducían, una vez rellenado, en una urna sellada. La devolución del cuestionario rellenado fue considerado como indicador tácito de la voluntad de participar en el estudio. También se recogió una hoja de consentimiento con los datos personales de los alumnos interesados en participar en posteriores estudios longitudinales o de seguimiento. Esta hoja se recogía de forma separada del cuestionario sin que hubiera ninguna posibilidad de vincular los datos de ambos documentos. Para intentar recuperar la participación de los alumnos que no estaban en clase el día de la realización de la encuesta, se distribuyeron cuestionarios a través de los representantes de los estudiantes con la posibilidad de depositar el cuestionario rellenado en una urna cerrada.

En conjunto, han participado en la encuesta un 52,2% de los estudiantes de 4º de medicina de Cataluña, porcentaje que ha oscilado entre un 46,3 y un 60,8% según las universidades. Estas cifras corresponden al porcentaje de alumnos presentes en clase sobre el total de matriculados y miden, por tanto, más la tasa de absentismo que no la tasa de respuesta. Esta tasa de respuesta ha sido prácticamente del 100%, ya que todos los alumnos han rellenado y depositado en la urna el cuestionario. Sólo algunos alumnos Erasmus (aproximadamente uno o dos por curso) han sido eximidos de rellenar el cuestionario.

Por lo que se refiere a la hoja de consentimiento, se han recogido un poco más de la mitad (el 59% de los alumnos presentes), también con diferencias significativas entre facultades: entre un 17% y un 84%.

Las respuestas del cuestionario fueron grabadas en una base de datos en formato Excel y SPSS compatible con otros programas de tratamiento estadístico. Para minimizar los errores derivados de la grabación, se ha duplicado en un 10% de los casos. Por otro lado, se ha hecho una depuración profunda del fichero de resultados, detectando y depurando inconsistencias internas y valores fuera de rango de todos los registros.

Para las variables cuantitativas se calculó la media y la desviación estándar del total, de los hombres y de las mujeres. Las comparaciones entre ambos sexos se han efectuado intermediando pruebas *t* de Welsh, que es una modificación de la prueba de Student con corrección para la desigualdad de las variancias. Las variables cualitativas se han tabulado para el total, y por sexos, efectuándose en este caso las comparaciones con pruebas χ^2 cuadrado. En caso de comparación de porcentajes se aplicó la prueba *z* para grupos independientes.

Como hemos indicado anteriormente, algunas de las variables de nuestro estudio son coincidentes con las de la edición 2006 de la ESCA²⁸. Esta encuesta se dirige al conjunto de la población censada en Cataluña sin límite de edad y cuenta con una muestra de unos 18.000 efectivos. La idea era extraer una submuestra de estudiantes con características lo más semejante posible a nuestra muestra y un número de efectivos suficiente para hacer un análisis comparativo. En la ESCA no se pide qué tipo de estudios realizan en el momento de la entrevista las personas que se declaran estudiantes, pero sí que se dispone de información sobre su situación de actividad y el nivel de estudios finalizados. Con estos datos, se han seleccionado personas de 21 años y más que se han declarado estudiantes y que tienen superado el bachillerato, ciclos formativos de grado superior o estudios universitarios. Finalmente, esta submuestra está formada por 236 efectivos, un 55% de los cuales son hombres (130) y un 45% mujeres (106).

Teniendo en cuenta, sin embargo, que las características internas de ambos colectivos no son exactamente las mismas, los análisis comparativos, que se han hecho empleando las mismas pruebas descritas anteriormente, se deben considerar como orientativos y centrarlos en la orientación de las tendencias.

Además de estos análisis descriptivos se han efectuado otras pruebas que se detallarán en el apartado correspondiente. Los análisis estadísticos se realizaron mediante el programa R versión 2.12.2⁴⁸.

4. Resultados: datos descriptivos

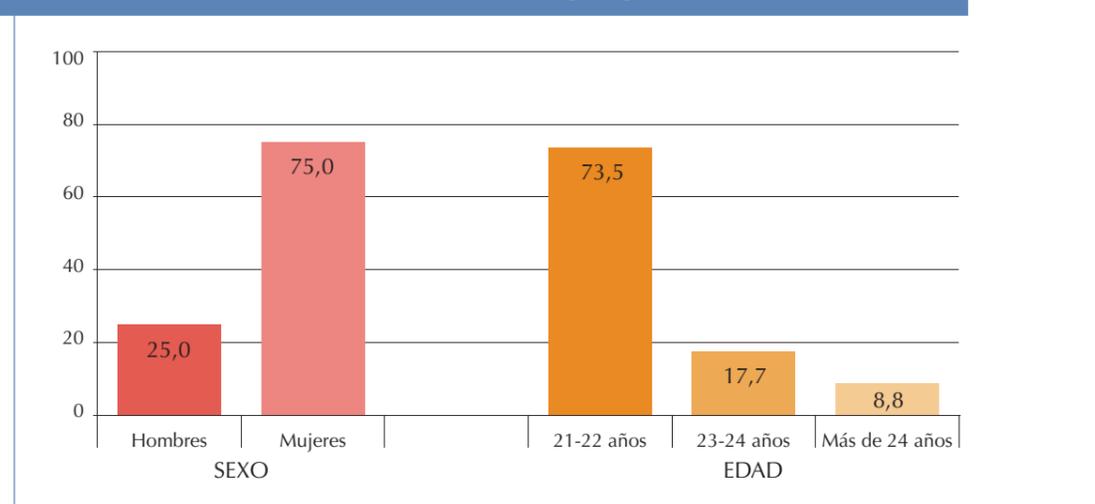
En este apartado comentaremos brevemente las principales características y opiniones de los estudiantes de medicina y la comparación con jóvenes estudiantes de la misma edad pertenecientes a población general, en la medida de lo posible.

En anexo se presentan las tablas con los resultados de todas las variables incluidas en el cuestionario segmentadas por sexo.

4.1. Datos sociodemográficos

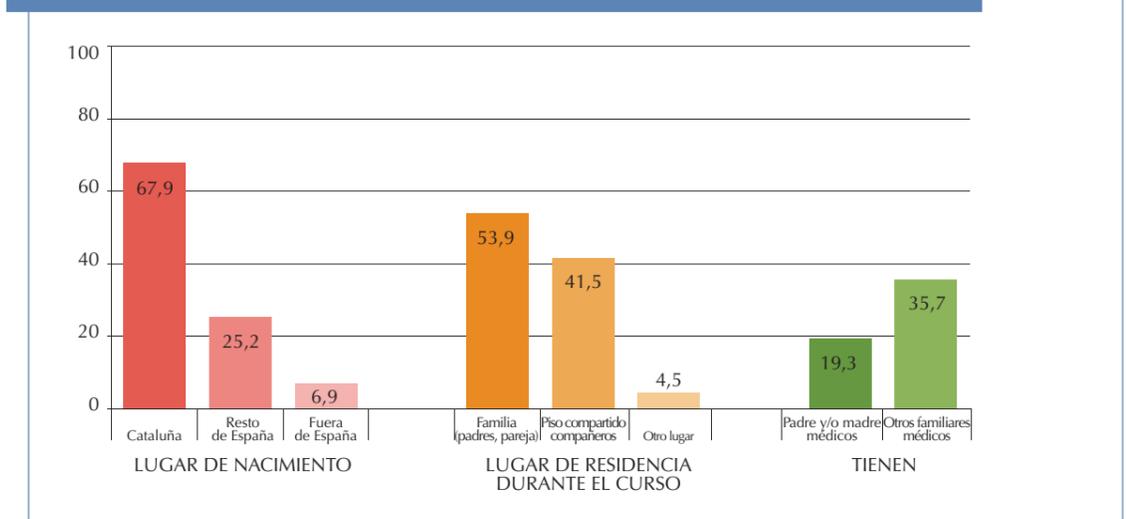
Entre los estudiantes de 4º curso de medicina predominan las mujeres, las cuales representan el 75% del alumnado. Igualmente hay un predominio de jóvenes con 22 años, que es la edad que corresponde a este curso en alumnos que no han interrumpido de manera significativa su escolarización. De hecho, la media de edad de este colectivo se sitúa alrededor de los 22,8 años sin que haya diferencias significativas entre hombres y mujeres.

GRÁFICO 1: Sexo y edad de los estudiantes de 4º de medicina participantes en la encuesta. Cataluña 2010



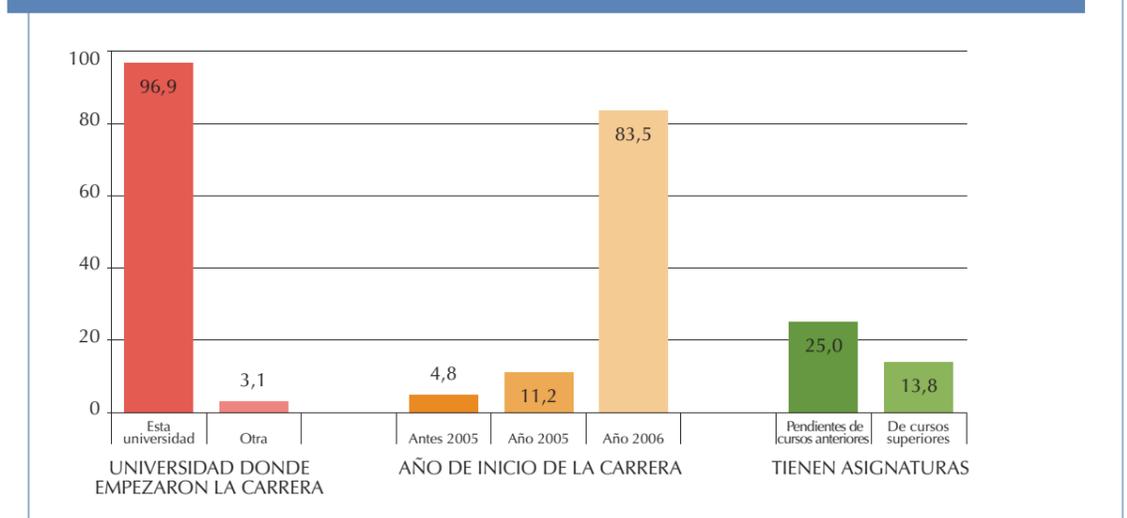
El 67,9% de los estudiantes de la muestra son nacidos en Cataluña y un 25,2% en el resto del Estado español. Más de la mitad (53,9%) reside en el hogar familiar y un 41,5% en pisos compartidos con otros estudiantes. El 19,3% tiene un progenitor médico y un 35,7% tiene algún familiar próximo de esta profesión. En ninguna de estas características hay diferencias significativas entre hombres y mujeres.

GRÁFICO 2: Datos sociodemográficos de los estudiantes de 4º de medicina: lugar de nacimiento, lugar de residencia y familiares médicos. Cataluña 2010



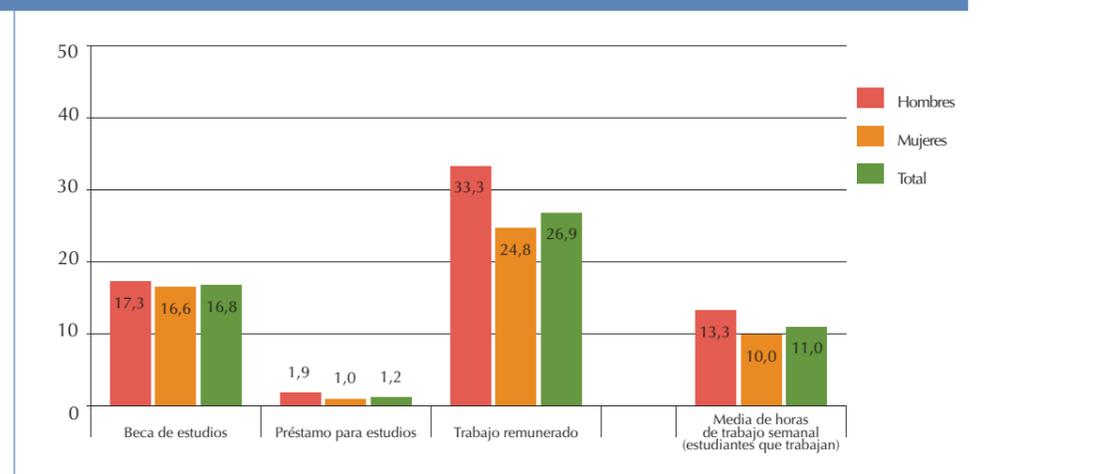
Los estudiantes cursan sus estudios en todas las unidades docentes de las cuatro universidades catalanas que impartían cuarto curso. Casi todos los estudiantes (96,9%) han empezado los estudios en la misma universidad, siendo muy esporádicos los que se han trasladado de otras universidades. La gran mayoría han iniciado la licenciatura el año 2006. Una cuarta parte (25,0%) tiene asignaturas pendientes de otros cursos y un 13,8% hace alguna asignatura de cursos superiores. En estas características tampoco existen diferencias significativas entre sexos.

GRÁFICO 3: Situación académica: universidad en la que empezaron la carrera, año de inicio y asignaturas cursadas. Cataluña 2010



Un 16,8% de los estudiantes disfruta de becas y el número que financia los estudios con préstamos bancarios es casi insignificante (1,2%). Algo más de la cuarta parte realiza algún tipo de trabajo remunerado, con una jornada laboral semanal de unas 10 horas por término medio. En cuanto a estas variables económicas, tampoco difieren los hombres de las mujeres.

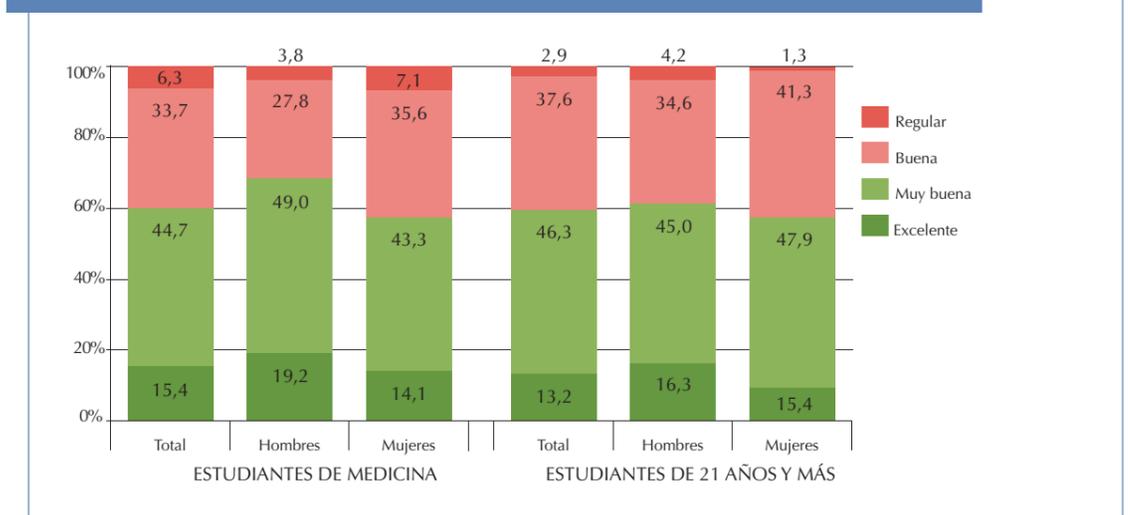
GRÁFICO 4: Financiación de los estudios por parte de los estudiantes de 4º de medicina. Cataluña 2010



4.2. Salud

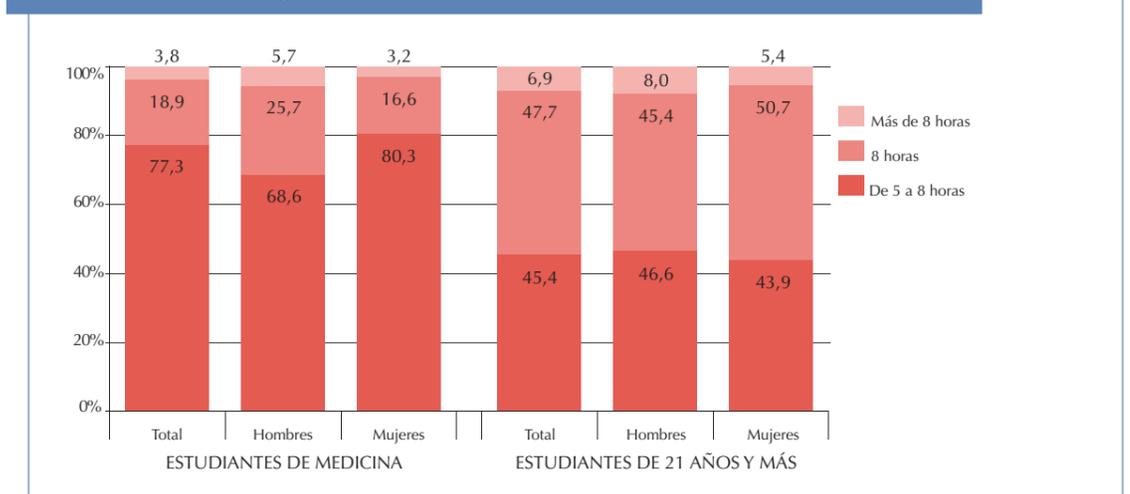
La autovaloración del estado de salud es un juicio subjetivo que hace la persona que responde a la encuesta considerando tanto la percepción subjetiva de enfermedades como también de síntomas difundidos como el agotamiento o el malestar general. Tiene poca relación con valoraciones médicas⁴⁹, pero está muy relacionado con el consumo de servicios sanitarios y medicamentos y con la calidad de vida.

GRÁFICO 5: Estado de salud autopercebido según sexo. Datos comparativos con estudiantes en población general ≥21 años (ESCA 2006)



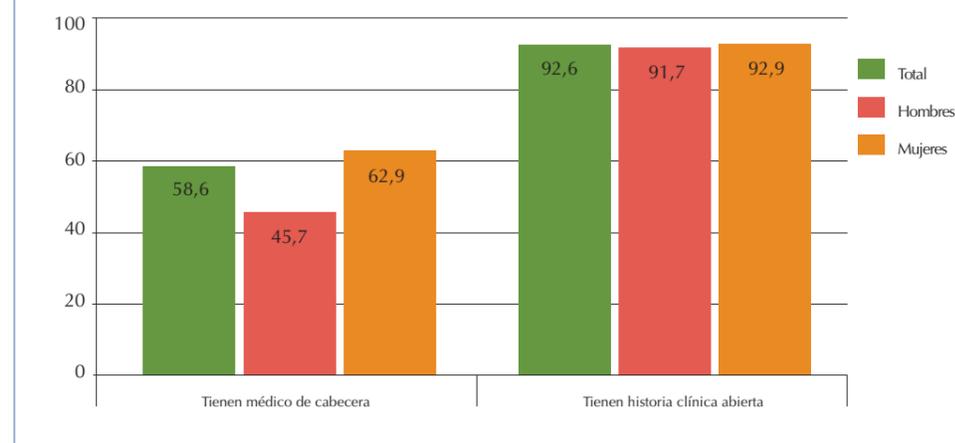
Tal como es de prever en una población de edades jóvenes, las autoevaluaciones de la salud son positivas y ninguno de los estudiantes considera que tiene una mala salud. Tampoco se encuentran diferencias en las puntuaciones entre hombres y mujeres. Pese a esto, la distribución de las puntuaciones de las mujeres difiere significativamente ($\chi^2 = 19,33$, $P < 0,001$) de la de otros estudiantes. En el GRÁFICO 5 podemos observar una mayor polarización en las evaluaciones de las estudiantes de medicina.

GRÁFICO 6: Horas habituales de sueño según sexo. Datos comparativos con estudiantes en población general ≥21 años (ESCA 2006)



Los estudiantes de cuarto de medicina duermen poco más de siete horas en el caso de los hombres (7,1) y por debajo de esta cifra en el caso de las mujeres (6,9). La diferencia es estadísticamente significativa ($P=0,012$). Ambos grupos duermen menos que otros estudiantes de su misma edad ($P<0,001$ tanto en hombres como en mujeres).

GRÁFICO 7: Estudiantes de 4º de medicina que tienen médico de cabecera y/o historia clínica. Cataluña 2010

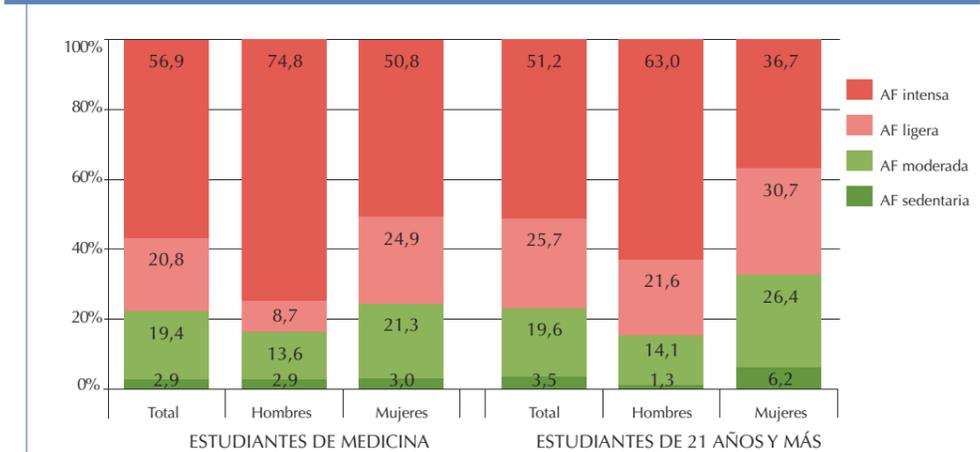


Tanto los hombres como las mujeres estudiantes de medicina tienen historia clínica abierta (91,7% y 92,9% respectivamente). Pero, comparativamente, pocos identifican que tienen un médico de cabecera (45,7 y 62,9%). Esto puede indicar una baja utilización de los servicios sanitarios por parte de una población joven, pero también puede influir el hecho de tener el padre o la madre médicos: un 70% de los estudiantes con progenitores médicos no tienen médico de cabecera.

La actividad física es uno de los componentes de los estilos de vida saludables. El estudio implica una marcada tendencia al sedentarismo que se debe contrarrestar con la práctica regular de ejercicio físico. Para evaluarlo hemos empleado el IPAQ que evalúa en unidades metabólicas de acuerdo con la duración de la actividad (METS). A partir de este índice se definen las personas como inactivas o con actividad física ligera, moderada o intensa.

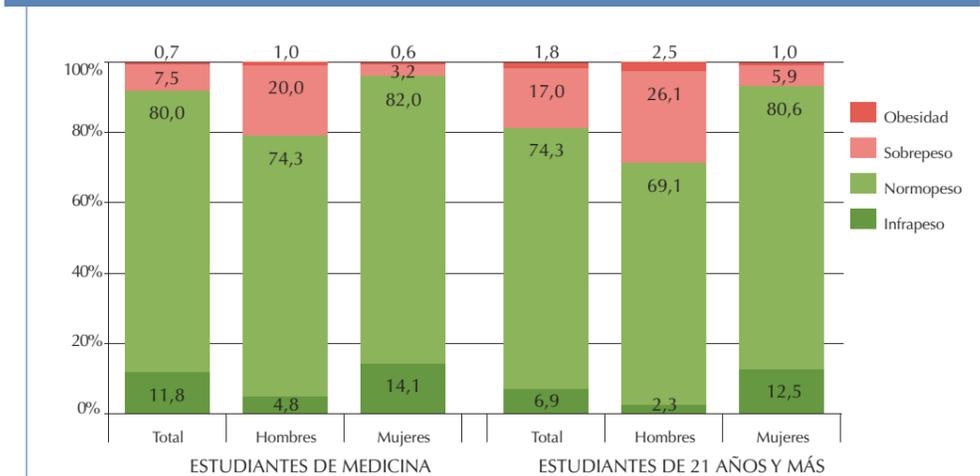
En el **GRÁFICO 8** vemos que los estudiantes hombres tienen un grado de actividad física notablemente superior a las mujeres. En ambos grupos el porcentaje de personas inactivas es muy bajo (2,9% y 3,0% respectivamente). Realizar una actividad física intensa es significativamente superior en los estudiantes de medicina hombres (74,8%) que en las mujeres (50,8%).

GRÁFICO 8: Índice de actividad física por sexo. Datos comparativos con estudiantes en población general ≥ 21 años (ESCA 2006)



Cuando lo comparamos con otros estudiantes de la misma edad, vemos que el patrón de los estudiantes de medicina hombres es similar y sin diferencias significativas ($P=0,550$). Contrariamente, las mujeres estudiantes de medicina tienden a realizar menos actividad física, aunque la diferencia no logra la significación estadística ($P=0,088$).

GRÁFICO 9: Índice de Masa Corporal (IMC declarada) por sexo. Datos comparativos con estudiantes en población general ≥ 21 años (ESCA 2006)



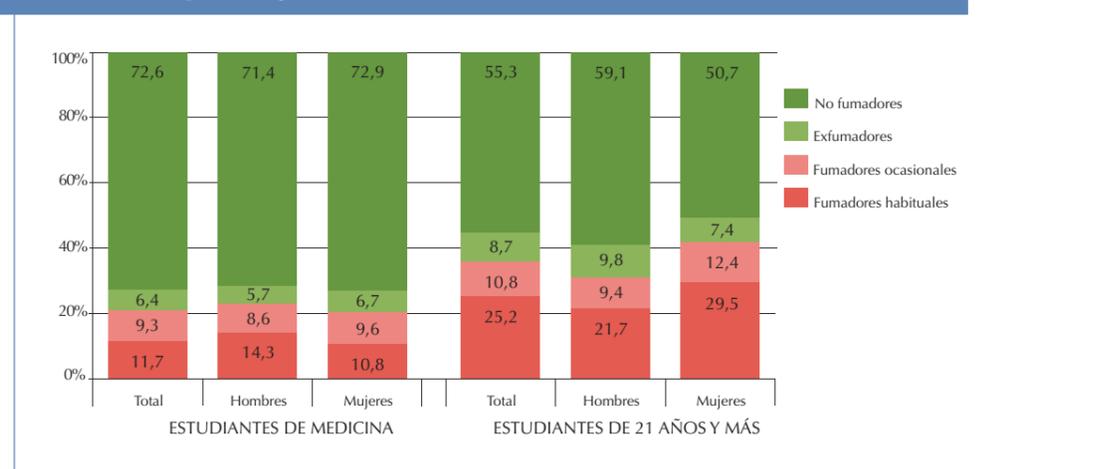
El índice de masa corporal (IMC) es el indicador más empleado para valorar la adecuación del peso a la altura en la población. En el caso de los estudiantes de medicina predominan los que tienen un IMC dentro de los parámetros considerados normales o saludables. Sin embargo, como queda reflejado en el gráfico 9, hay diferencias significativas entre hombres y mujeres: el porcentaje de mujeres con un peso por debajo del considerado normal (IMC $<18,5$) es bastante más elevado que el de los hombres: el 14,1% frente al 4,8%. Igualmente, hay un mayor porcentaje de hombres con sobrepeso (un 20%) que entre las mujeres (un 3,2%). Al compararlo con otros estudiantes de la misma edad, las diferencias son poco significativas aunque en este colectivo hay más personas con sobrepeso tanto en hombres como en mujeres.

4.3. Tabaco

El consumo de tabaco es causa de numerosas enfermedades en la edad adulta, pero este hábito se adquiere en general en la adolescencia y primeros años de la vida adulta. Habitualmente se clasifica a las personas como fumadores habituales o ocasionales, exfumadores y no fumadores. Entre los estudiantes de cuarto de medicina predominan, alrededor del 70%, los que no han fumado nunca, sin que haya diferencias entre sexos.

El porcentaje de fumadores habituales en los estudiantes de cuarto de medicina es del 14,3% en los hombres y del 10,8% en las mujeres. Cabe destacar que estos porcentajes son notablemente más bajos en ambos sexos en relación con otros estudiantes de la misma edad ($P = 0,087$ y $\chi^2 = 27,29$, $P < 0,001$), especialmente entre las mujeres.

GRÁFICO IO: Consumo de alcohol por sexo. Datos comparativos con estudiantes en población general ≥ 21 años (ESCA 2006)

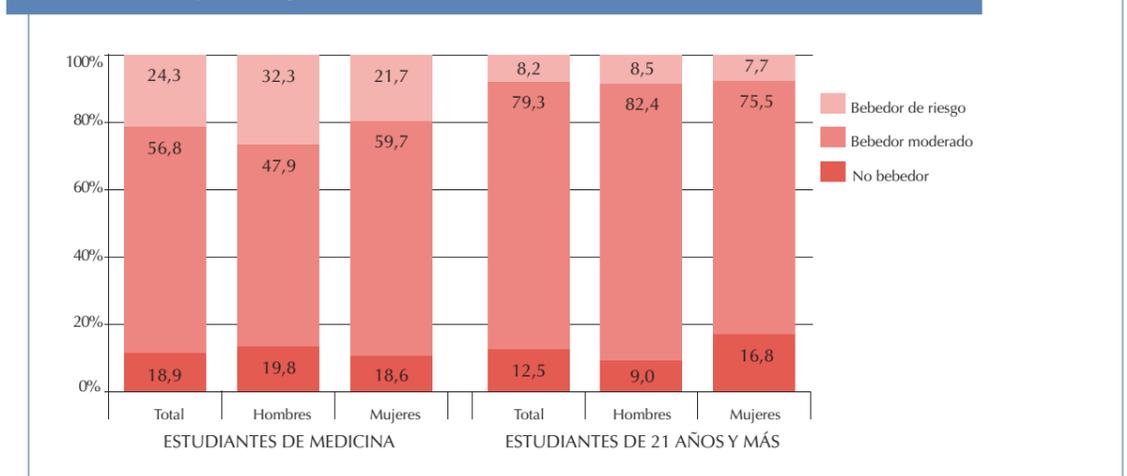


El número de fumadores, habituales u ocasionales, que han intentado dejar de fumar en el último año es considerable y se sitúa alrededor de un 30%.

4.4. Consumo de alcohol y otras drogas

En el **GRÁFICO II** se presentan los datos sobre consumo de alcohol. Se solicitaron las frecuencias de consumo semanal de varios tipos de bebidas (vino o cava, cerveza, licores y bebidas alcohólicas de alta graduación) durante los días laborables y los fines de semana por separado. A partir de estos datos se calculó la cantidad ingerida en unidades de consumo estandarizadas (UBEs) que corresponde cada una a 10 gramos de alcohol. Se considera que un bebedor moderado tiene un consumo inferior a 17 UBEs entre las mujeres y de 28 entre los hombres. Consumos semanales superiores o consumo habitual de cinco o más bebidas seguidas son considerados comportamientos de riesgo.

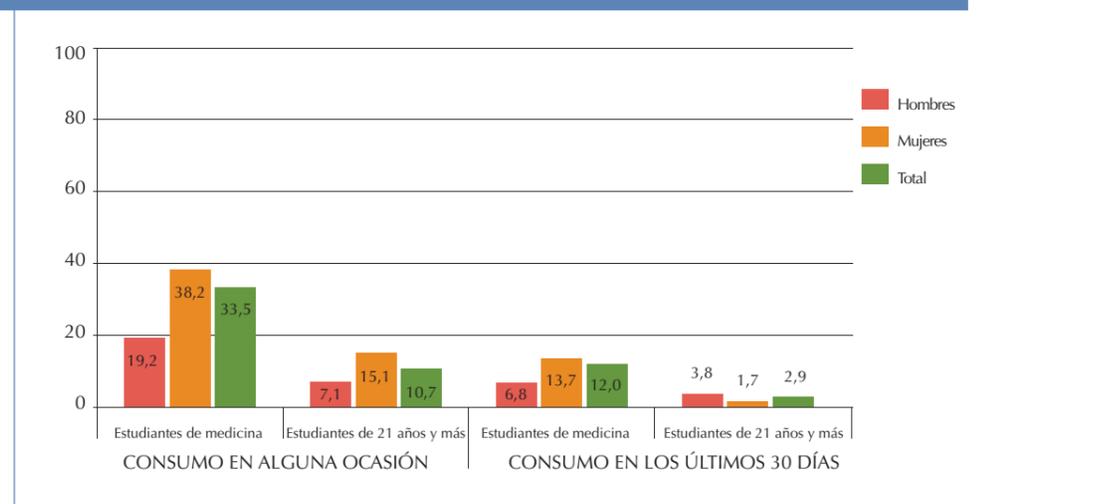
GRÁFICO II: Consumo de alcohol por sexo. Datos comparativos con estudiantes en población general ≥ 21 años (ESCA 2006)



La cifra de bebedores de riesgo es alta entre los estudiantes de medicina, un 26,7% de los hombres y 19,8% de las mujeres. En la mayoría de casos los bebedores de riesgo son a causa del consumo de cinco o más consumiciones seguidas, que reflejan la importancia de las borracheras de fin de semana. Es importante destacar que este patrón de consumo es notablemente más elevado que en otros estudiantes tanto en hombres ($P < 0,001$) como en mujeres ($P = 0,002$).

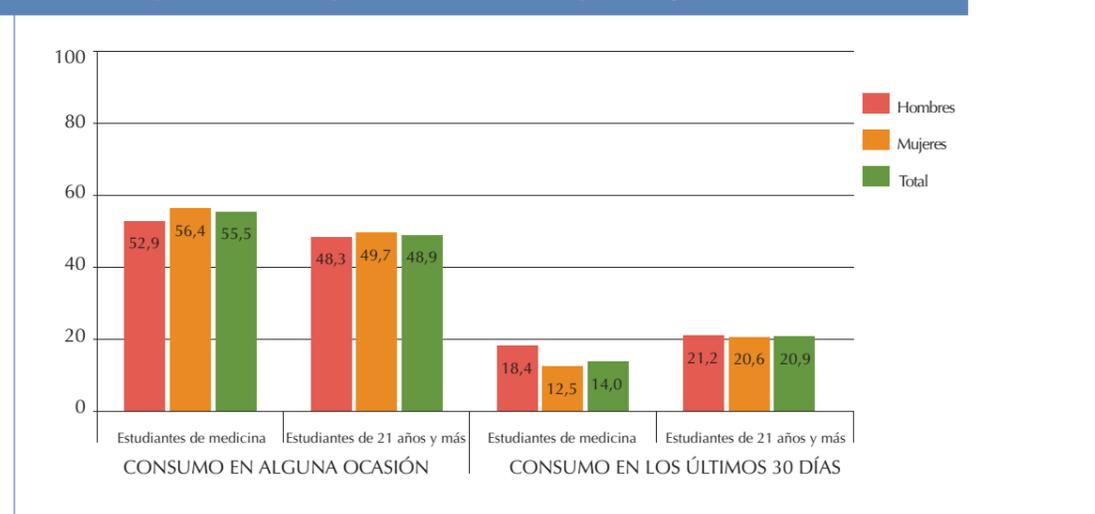
Se preguntó a los estudiantes si habían consumido en alguna ocasión otras sustancias adictivas, incluyendo tranquilizantes, derivados del cannabis, cocaína y heroína.

GRÁFICO 12: Consumo de TRANQUILIZANTES en alguna ocasión o en los últimos 30 días por sexo. Datos comparativos con estudiantes en población general ≥21 años (ESCA 2006)



La pregunta sobre el consumo de tranquilizantes no hacía distinción entre medicación recetada por un facultativo y la autoprescripción. El consumo de tranquilizantes es muy elevado entre los estudiantes de medicina, sobre todo por parte de las mujeres (un 38% los ha tomado en alguna ocasión y un 13,7% en los últimos 30 días). Este nivel de consumo es significativamente superior al de los otros estudiantes tanto en hombres como en mujeres ($P=0,040$ y $P<0,001$ respectivamente).

GRÁFICO 13: Consumo de DERIVADOS DEL CANNABIS en alguna ocasión o en los últimos 30 días por sexo. Datos comparativos con estudiantes en población general ≥21 años (ESCA 2006)

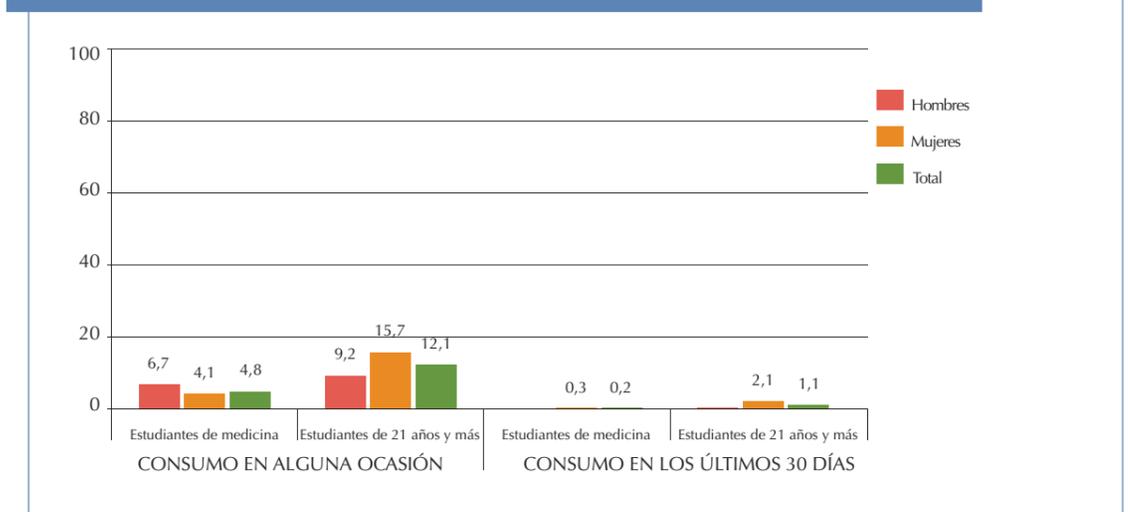


Más de la mitad de los estudiantes habían consumido marihuana en alguna ocasión, cifra que es muy elevada pero que es parecida a la que encontramos en otros estudiantes. El consumo de cocaína entre los

estudiantes de medicina se sitúa sobre el 5% (6,7% en hombres y 4,1% en mujeres), y es inferior al que se da en otros jóvenes de su edad sobre todo en el caso de las mujeres ($P<0,001$).

Ninguno de los alumnos había consumido heroína, droga infrecuente en la actualidad entre los jóvenes.

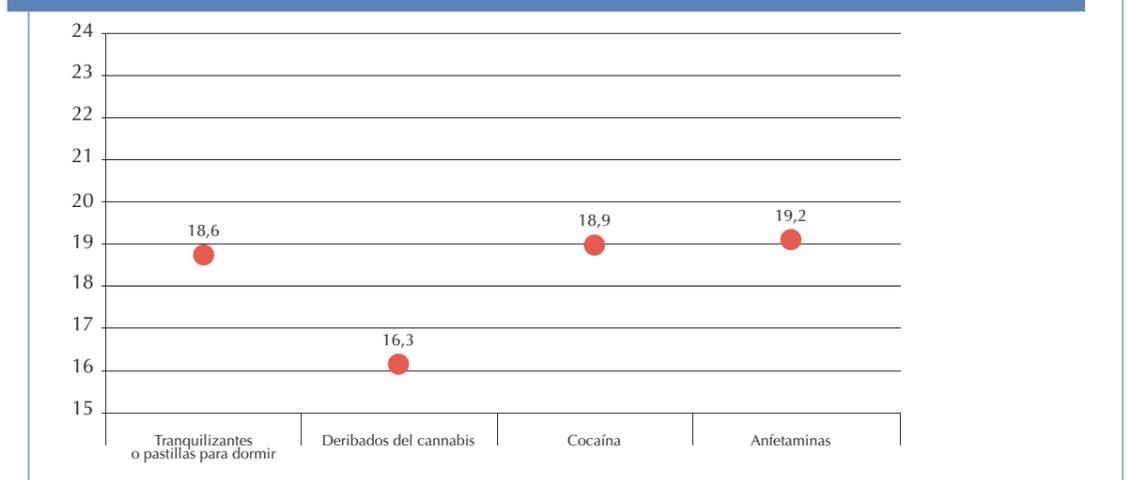
GRÁFICO 14: Consumo de COCAINA en alguna ocasión o en los últimos 30 días por sexo. Datos comparativos con estudiantes en población general ≥21 años (ESCA 2006)



Como se puede ver en los GRÁFICOS 12 A 14, el consumo autoinformado en lo referente a los últimos 30 días sigue un patrón similar.

La edad de inicio del consumo de estas sustancias no difiere significativamente entre hombres y mujeres. Los estudiantes empiezan a consumir cannabis como media antes de iniciar los estudios de medicina, mientras que el consumo de tranquilizantes, cocaína y anfetaminas coincide como media con el inicio de la carrera.

GRÁFICO 15: Edad en que los estudiantes (que lo han hecho) se han iniciado en el consumo de diversas sustancias. Cataluña 2010



4.5. Salud mental

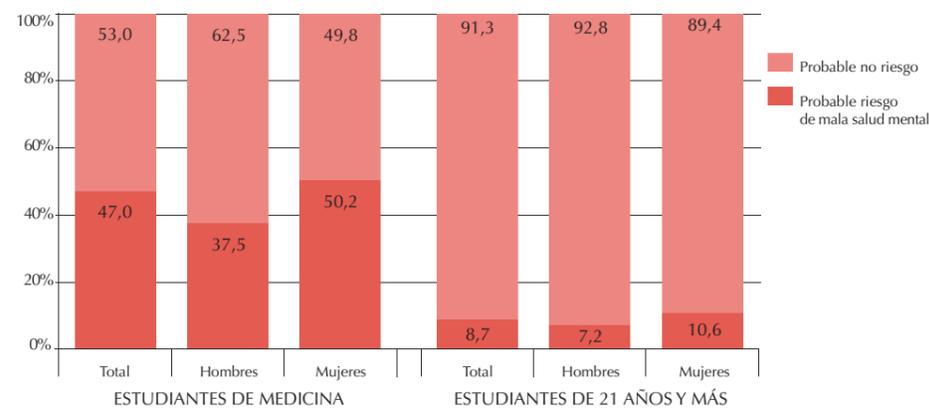
El estado de salud mental fue evaluado mediante el General Health Questionnaire (GHQ). Este instrumento valora la presencia en el último mes de síntomas de ansiedad y depresión y de dificultades o falta de interés para realizar las actividades productivas o sociales de la vida diaria. Como instrumento de cribado se acepta que la presencia de tres o más síntomas es indicador de riesgo de sufrir algún trastorno mental.

TABLA 2: General Health Questionnaire (GHQ) y personalidad

	Total		Hombres		Mujeres		p	n
Puntuación GHQ	3,1	3,04	2,43	2,85	3,32	3,08	0,008	417
GHQ 2/3							0,038	417
Probable salud mental normal	222	53,2%	65	62,5%	157	50,2%		
Probable riesgo de mala salud mental	195	46,8%	39	37,5%	156	49,8%		
BFI								
BFI Neuroticismo	5,73	2,1	6,92	1,71	5,33	2,07	<0,001	420
BFI Extraversión	5,88	1,8	5,98	1,75	5,85	1,82	0,523	417

En nuestra muestra, las mujeres presentan puntuaciones significativamente superiores a los hombres (3,3 y 2,4 respectivamente, $P=0,008$). Cuando se considera el riesgo probable de sufrir un trastorno mental, principalmente de tipo ansioso o depresivo, las cifras son muy elevadas y significativamente muy superiores ($P<0,001$ en ambos sexos) a las que se encuentran en otros estudiantes de la misma edad.

GRÁFICO 16: Índice de salud mental GHQ por sexo. Datos comparativos con estudiantes en población general ≥ 21 años (ESCA 2006)



Se analizan también dos dimensiones de personalidad, el neuroticismo y la extraversión, reflejadas en la **TABLA 18** y de las cuales no disponemos de datos comparativos con otros estudiantes. Cabe señalar que las mujeres obtienen puntuaciones más altas en neuroticismo ($P<0,001$) de forma congruente con la mayor presencia de síntomas detectada en el cuestionario GHQ. Estos datos se emplearán en el estudio de las relaciones entre malestar psicológico del apartado 5.

4.6. Acontecimientos vitales

En el bienestar psicológico influyen muchas variables, entre las cuales debemos destacar los acontecimientos adversos sucedidos en los últimos meses. En la encuesta se pidió a los estudiantes si en el último año habían sufrido alguna pérdida de familiares y amigos, dificultades económicas, legales y otras circunstancias negativas. El 66% de los estudiantes han dicho haber sufrido uno o más acontecimientos vitales adversos, a los cuales atribuían un elevado efecto estresante en una escala Likert del 1 al 10.

GRÁFICO 17: Número de acontecimientos vitales ocurridos a los estudiantes de 4º de medicina en el último año. Cataluña 2010

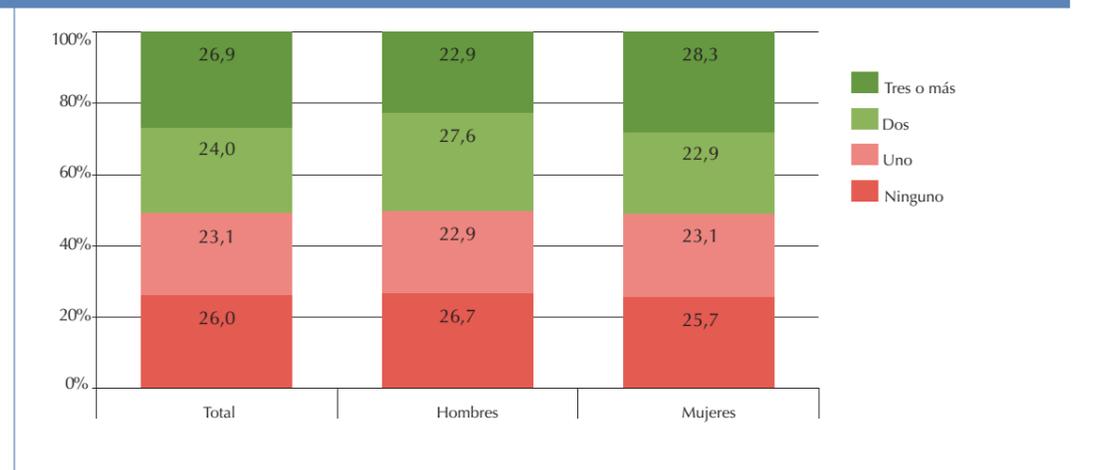
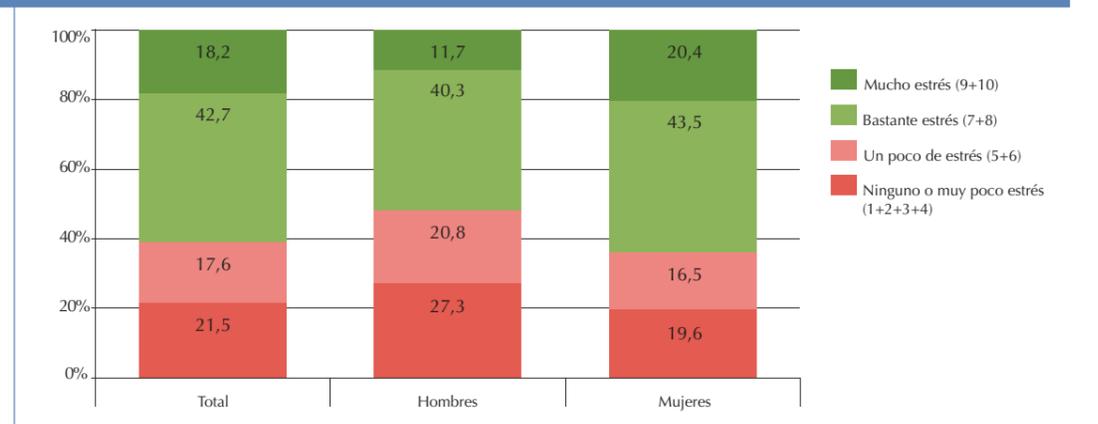


GRÁFICO 18: Nivel de estrés declarado por los estudiantes de medicina que han sufrido algún acontecimiento vital. Cataluña 2010



4.7. Entorno académico

En muchos estudios se ha descrito que el esfuerzo y el estrés que suponen los estudios de medicina producen en los estudiantes el síndrome de agotamiento emocional o *burnout*. En este estudio se ha empleado el Oldenburg Burnout Inventory que evalúa dos dimensiones del síndrome de agotamiento: el propio agotamiento y la pérdida de implicación en la actividad. Cada dimensión se mide con la media de siete ítems puntuados de 1 a 4.

TABLA 3: Puntuaciones en el Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)

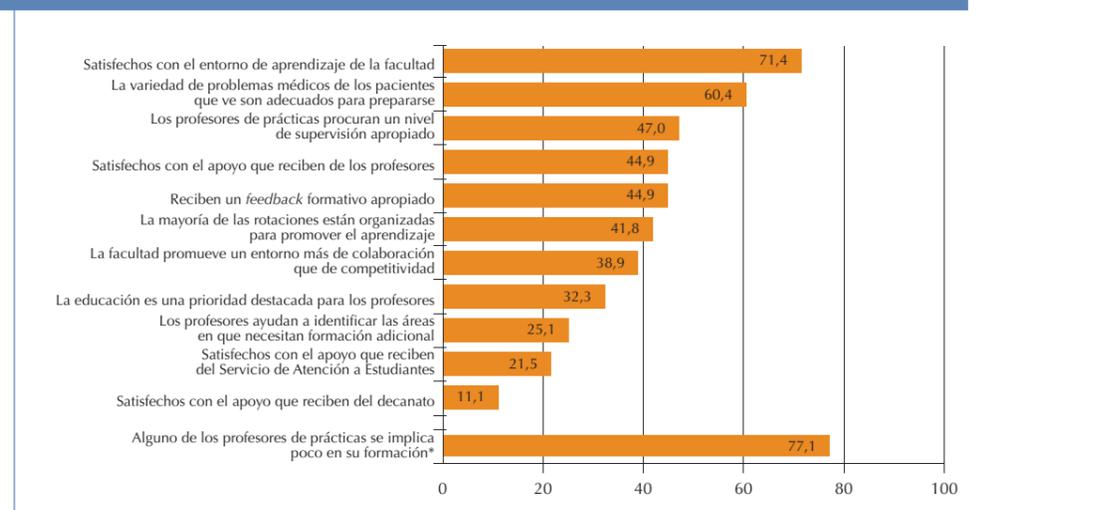
	Total	Hombres	Mujeres	p	N
Agotamiento	2,26 (0,51)	2,49 (0,49)	2,18 (0,49)	<0,001	420
Falta de implicación	2,02 (0,42)	2,04 (0,44)	2,01 (0,42)	0,590	420

La escala de agotamiento emocional está formada por los siguientes ítems: Siempre encuentro aspectos nuevos e interesantes en mis estudios; Cada vez me pasa más que hablo negativamente de mis estudios; Últimamente tiendo a implicarme menos en los estudios y lo hago rutinariamente; Considero los estudios como un reto positivo; Puedo desconectar de los estudios; No me veo a mí mismo/a haciendo otra carrera que esta; Cada vez me siento más implicado/da en mis estudios.

La escala de falta de implicación está formada por los siguientes ítems: Tiendo a necesitar más tiempo que en el pasado para relajarme y sentirme mejor; A menudo me siento mentalmente agotado; Cuando acabo la jornada, me queda la suficiente energía para el ocio; Cuando acabo la jornada, acostumbro a sentirme cansado/da; Hay días en que me siento cansado/da antes de empezar las clases; Aguanto muy bien la presión de mis estudios; En mis estudios acostumbro a sentirme con las pilas cargadas.

No se dispone de valores normativos, pero los resultados en nuestra muestra son similares a los obtenidos al estudio de Dahlin et. al.¹⁰ en muestras de estudiantes de medicina suecos. Estas escalas se emplearán en el estudio de las variables relacionadas con el malestar psicológico.

En la TABLA 22 se presenta un conjunto de preguntas referidas a la satisfacción con el entorno de aprendizaje del estudiante y hacen referencia tanto a las instituciones como a los profesionales que intervienen. Los ítems, con ciertas modificaciones para adaptarlos a nuestro entorno, proceden del estudio de Dyrbye et. al.⁵⁰ y se tenían que responder en escalas de cinco puntos desde muy satisfecho a muy insatisfecho.

GRÁFICO 19: Estudiantes de 4^{to} de medicina que están de acuerdo o satisfechos con diversos aspectos de la facultad (respuestas muy satisfechos + satisfechos). Catalunya 2010

En ninguna de las trece preguntas se obtuvieron diferencias significativas entre los estudiantes hombres y mujeres, por lo cual comentaremos los resultados globales. El 71,1% de los estudiantes están satisfechos con el entorno global de aprendizaje de la facultad, aunque es baja (32,3%) la proporción que considera que la educación es la prioridad de los profesores y que las facultades promueven un entorno que fomenta la colaboración (38,9%). La satisfacción con el apoyo recibido por parte de los tutores, en las facultades donde esta figura existe, es alta (62,7%), mientras que no se sienten demasiado apoyados por los servicios de atención a los estudiantes (21,5%) y el decanato (11,1%).

En cuanto a las prácticas, menos de la mitad de los estudiantes (47,0%) creen que la supervisión es adecuada y una gran mayoría (77,1%) considera que alguno de los profesores se implica poco. Respecto al contenido de las prácticas, el 41,8% considera que están organizadas para facilitar el aprendizaje y el 60,4% cree que la variedad de problemas médicos que observan es adecuado. Sólo un 44,9% de los estudiantes creen recibir un *feedback* apropiado y sólo un 25,1% perciben que los profesores los ayudan a identificar los puntos débiles de su formación.

Para conocer la estructura de las opiniones de los estudiantes respecto a su entorno educativo se procedió a efectuar un análisis factorial. Esta técnica permite inferir la estructura subyacente a las relaciones de las respuestas a las diferentes preguntas. En el análisis se prescindió de la pregunta referida a los tutores de la facultad puesto que muchos estudiantes respondieron que no tenían tutor. De forma exploratoria se extrajeron dos y tres factores seguidos de rotación varimax y se escogió la solución de dos factores por ser más interpretable.

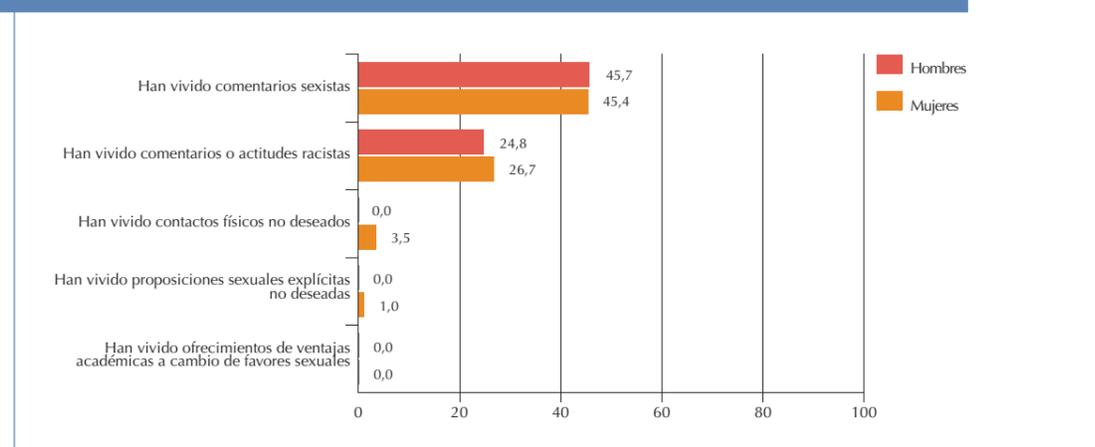
TABLA 4: Análisis factorial de opiniones referidas a los estudios

	Factor 1	Factor 2
Satisfacción global con el entorno de aprendizaje	0,607	0,263
La educación es una prioridad destacada para los profesores	0,715	0,288
La facultad promueve un entorno más de colaboración que de competitividad	0,411	0,253
Satisfacción con el apoyo que reciben del Servicio de Atención a los Estudiantes	0,310	0,299
Satisfacción con el apoyo que reciben del decanato	0,211	0,172
Satisfacción con el apoyo que reciben de los profesores	0,667	0,352
Los profesores de prácticas procuran un nivel de supervisión apropiado	0,367	0,591
Poca implicación de algún profesor de prácticas	-0,193	-0,334
La mayoría de las rotaciones están organizadas para promover el aprendizaje	0,242	0,597
La variedad de problemas médicos de los pacientes que ven es adecuado para prepararse	0,218	0,542
Reciben un <i>feedback</i> formativo apropiado	0,482	0,639
Los profesores ayudan a identificar las áreas en que hace falta formación adicional	0,347	0,519
Varianza explicada	18,9%	18,7%

Las saturaciones superiores a 0,3 se han destacado en negrita.

Los dos factores explican el 37,6% de la varianza. El primer factor está saturado tanto por preguntas referidas al apoyo institucional como de los profesores, mientras que el segundo está más saturado por las cuestiones relacionadas con la formación práctica. Estas dos dimensiones serán empleadas en el análisis de las variables relacionadas con el malestar de los estudiantes y, de acuerdo con la dirección de las puntuaciones, las denominaremos "Insatisfacción general" y "Insatisfacción con las prácticas".

En todas las comunidades se pueden producir situaciones de vulneración de los derechos de las personas, por lo cual pedimos a los estudiantes si habían vivido situaciones de vejación sexual o racial.

GRÁFICO 20: Percepción de acoso sexual y actitudes racistas en el marco académico por parte de los estudiantes de 4º de medicina por sexo. Cataluña 2010

Cómo podemos ver una alta proporción de alumnos han percibido comentarios sexistas y actitudes racistas por parte de profesores u otros profesionales de los centros. En ambas preguntas no hay diferencias entre hombres y mujeres ($P=0,955$ y $P=0,798$ respectivamente). Del modo en que se formuló la pregunta no se puede determinar si la respuesta hace referencia a situaciones en que la persona ha sido objeto del comentario o si ha sido testigo. Las proposiciones sexuales explícitas y los contactos físicos no deseados son muy infrecuentes. También vale la pena señalar que no hay ninguna respuesta afirmativa en cuanto al ofrecimiento de ventajas académicas a cambio de favores sexuales.

5. Resultados: relación con malestar psicológico

En la encuesta disponemos de tres indicadores de malestar psicológico: el General Health Questionnaire (GHQ) y las dos subescalas del Oldenburg Burnout Inventory (OLBI). Mientras que la primera mide el riesgo de sufrir un trastorno mental, especialmente de tipo ansioso o depresivo, el OLBI evalúa las dimensiones de agotamiento y desinterés por las actividades académicas.

Los factores que influyen en cualquiera de estas variables son múltiples y, por tanto, no nos plantearemos la búsqueda de “la causa”, sino de las variables que pueden estar relacionadas. De forma general, debemos reconocer que los estudios transversales no son concluyentes en cuanto a posibles relaciones de causalidad, puesto que las interacciones entre las variables pueden ser inversas a las que se plantean o bidireccionales. Pese a estas limitaciones, uno de los objetivos propuestos es analizar la repercusión de las insatisfacciones y la carga de trabajo en el estado emocional de los alumnos de medicina.

5.1. Riesgo de trastornos psicopatológicos

Como hemos indicado anteriormente, el GHQ da una puntuación cuantitativa respecto a la percepción durante el último mes de síntomas relacionados con padecimiento emocional que comprenden ansiedad, depresión y pérdida de intereses sociales. Como instrumento de cribado, una puntuación de tres o más es indicativa de riesgo de sufrir algún trastorno mental. La versión del GHQ que hemos empleado en este estudio es el habitual en investigación epidemiológica y tiene una sensibilidad y especificidad de alrededor del 80%.

La probabilidad de sufrir un trastorno mental depende de numerosos factores que debemos considerar antes de atribuirlo a la insatisfacción con el apoyo percibido en los estudios. El desarrollo de los trastornos mentales está relacionado tanto con aspectos genéticos como ambientales que conforman la predisposición de cada individuo a sufrirlos. Los factores adversos y estresantes inciden sobre esta predisposición activándola, mientras que un buen apoyo del entorno lo atenúa.

En nuestro análisis hemos optado por un modelo de regresión logística jerárquico para explicar la presencia o ausencia de riesgo de sufrir trastorno mental. En primer lugar, hemos introducido como predictores las variables de personalidad como indicadores de vulnerabilidad. El neuroticismo, tendencia a presentar respuestas extremas y duraderas de ansiedad y depresión frente a situaciones de estrés, es el factor predisponente que más frecuentemente se encuentra en los estudios. La extraversión, que implica interés y capacidad para las relaciones interpersonales, favorece que el sujeto establezca una red relacional y de apoyo, actúa como amortiguador de los efectos del estrés y tiene efecto protector ante los trastornos de la serie ansiosa y depresiva. Pero, a la vez, en cuanto que supone tendencia a la desinhibición y a la búsqueda de entornos estimulantes, se asocia a alteraciones del control de los impulsos y al consumo de sustancias estimulantes.

Seguidamente hemos introducido en el modelo la presencia de acontecimientos vitales adversos. Como hemos señalado en la parte descriptiva del estudio, el 66% de los estudiantes refirieron haber sufrido como mínimo un acontecimiento vital importante en el último año causante de importantes niveles de estrés. En este análisis se ha empleado esta variable dicotomizada, puesto que cuantitativamente presenta una distribución muy sesgada.

Finalmente, se han introducido los dos factores relacionados con la satisfacción con las condiciones y el apoyo docente que reciben los alumnos. El primero, es un factor general saturado por casi todas las preguntas, mientras que el segundo tiene una mayor relación con las prácticas.

En la tabla siguiente se presentan los resultados de la regresión logística jerárquica. Globalmente el modelo es significativo ($P < 0,001$) con un coeficiente R^2 de Nagelkerke de 0,12.

TABLA 5: Regresión logística modeladora del GHQ

Variable	β	z	P
Neuroticismo	0,13	2,50	0,012
Extraversión	-0,13	-2,12	0,034
Acontecimientos vitales	0,98	3,77	<0,001
Insatisfacción general con la docencia	0,40	2,86	0,004
Insatisfacción con las prácticas	-0,18	-1,30	0,195

Tal como era de prever el neuroticismo y la presencia de acontecimientos vitales adversos en los últimos años contribuyen de forma muy significativa ($P=0,012$ y $P < 0,001$) a la predicción de la existencia de sufrir un trastorno mental. La extraversión que, como hemos dicho antes, tanto puede tener un efecto protector como facilitador, también logra significación estadística ($P=0,034$). Incluso teniendo en cuenta la influencia de estas variables, una opinión desfavorable con la docencia recibida también está asociada a una mayor probabilidad de presentar un trastorno mental ($P = 0,004$).

5.2. Agotamiento emocional frente a los estudios

La principal dimensión del síndrome de *burnout* es el agotamiento emocional frente a las actividades. En este caso, hemos procedido a hacer una regresión lineal jerárquica, puesto que esta variable es continua y tiene una distribución aproximadamente normal. En primer lugar hemos introducido en el modelo las variables de personalidad, seguidas de los acontecimientos vitales adversos y finalmente los dos factores con que resumimos la satisfacción del estudiante con el entorno docente y las condiciones de aprendizaje. Los resultados se presentan en la siguiente tabla.

TABLA 6: Regresión logística modeladora del agotamiento emocional

Variable	β	z	P
Neuroticismo	0,09	8,15	<0,001
Extraversión	-0,04	-3,19	<0,001
Acontecimientos vitales	0,21	4,01	<0,001
Insatisfacción general con la docencia	0,11	3,91	<0,001
Insatisfacción con las prácticas	-0,02	-0,81	0,421

ambién en este modelo se obtienen valores altamente significativos en los predictores de personalidad ($P < 0,001$ tanto en neuroticismo como en extraversión) y en presencia de acontecimientos vitales en el último año ($P < 0,001$). Tras controlar el efecto de estas variables también la insatisfacción general con la docencia es predictora de agotamiento emocional ($P < 0,001$).

5.3. Desinterés por los estudios

El *burnout* además de manifestarse en síntomas emocionales está estrechamente relacionado con la desmotivación y pérdida de interés por las actividades. Hemos modelado esta variable como en el caso anterior mediante regresión lineal múltiple jerárquica y con los mismos predictores. En la tabla siguiente se presentan los resultados.

TABLA 7: Regresión logística modeladora del desinterés por los estudios

Variable	β	z	P
Neuroticismo	0,02	2,55	0,011
Extraversión	-0,03	-2,92	0,004
Acontecimientos vitales	0,02	0,50	0,620
Insatisfacción general con la docencia	0,17	6,84	<0,001
Insatisfacción con las prácticas	0,04	1,60	0,111

La desmotivación y desinterés por los estudios está, tal como era de esperar, relacionada con los factores de personalidad ($P=0,011$ con el neuroticismo y $P=0,004$ con la extraversión). No tiene relación con haber sufrido situaciones adversas en el último año ($P=0,620$) y está especialmente asociada con la insatisfacción general con la docencia y el apoyo académico.

6. Discusión

La muestra estudiada representa el 52% de todos los estudiantes matriculados en cuarto curso de las diferentes facultades de medicina de Cataluña. La tasa de respuesta es similar en los cuatro centros que impartían este curso el año académico 2009-2010. Como se ha indicado se procuró administrar los cuestionarios en las clases más concurridas de acuerdo con las indicaciones de los delegados de curso de cada centro. En total, sólo dos alumnos abandonaron el aula tras explicar el proyecto y solicitar su colaboración. Por lo tanto, se consiguieron las respuestas de la práctica totalidad de los estudiantes que asistían a la clase escogida. Siempre es difícil aventurar qué diferencias puede haber entre los alumnos que asisten regularmente a clase y los que tienden al absentismo. Pero no hay motivos para suponer que los alumnos no asistentes se diferencian de los asistentes en cuanto a su rendimiento académico, puesto que la tasa de abandonos a partir de cuarto curso es baja. Atendiendo a los datos de los estudiantes encuestados, el 25% tiene pendiente asignaturas de cursos inferiores y el 14% cursa asignaturas de cursos superiores. Es, pues, bastante frecuente estar matriculado a asignaturas de diferentes cursos y debemos suponer que en estos casos la asistencia se reparte entre los diferentes cursos. Consideramos, por tanto, que la muestra obtenida es representativa de los estudiantes de medicina que inician el contacto con la clínica, que es la población diana de nuestro estudio.

El 75% de la muestra son mujeres, coincidiendo con todos los indicadores de feminización de la población universitaria. El 68% de la muestra nació en Cataluña y sólo un 7% procede de fuera del Estado español. En el 19% de los casos alguno de los progenitores es médico y en un 36% tiene algún familiar próximo de esta profesión. Pese a no disponer de datos comparativos en otras profesiones, se puede inferir una notable influencia en la elección de los estudios de medicina de las experiencias vividas en el núcleo familiar. Más de la mitad de los estudiantes continúa viviendo con la familia, lo cual supone una fuente de apoyo próxima. Casi tres cuartas partes de los estudiantes no realizan ninguna actividad remunerada y los que trabajan hacen una jornada de 10 horas semanales de media. Sólo un 17% disfruta de becas de estudios. Mayoritariamente se trata, pues, de estudiantes económicamente dependientes de los padres y con disponibilidad horaria para los estudios.

La salud autopercebida es buena, no se detectan diferencias entre sexos ni con la que refieren otros estudiantes de Cataluña de esta edad. Aunque la salud autopercebida no tiene excesiva relación con la valoración clínica es un indicador de calidad de vida y, cuando es negativa, se encuentra asociada al

absentismo laboral⁵¹. Aunque el 93% dice tener historia clínica abierta, el 54% de los hombres y el 37% de las mujeres de la muestra dicen no tener médico de cabecera, lo cual es indicador de la baja utilización de servicios sanitarios, y es concordante con una elevada autopercepción de su salud.

La media de horas de sueño es de siete horas y es significativamente inferior en las mujeres en relación con los hombres. La diferencia entre ambos grupos es de media hora, lo cual es clínicamente significativo. El tiempo de sueño es inferior al habitual en adultos jóvenes de la población general, pero coincide con los resultados obtenidos por Frank et. al.⁵² en estudiantes de medicina de los EE.UU. West et al.⁵³, en un estudio longitudinal señalan la asociación indirecta, mediatizada por síntomas depresivos y agotamiento emocional, entre un bajo número de horas de sueño y la posterior percepción de errores en residentes.

El nivel de actividad física de los estudiantes de medicina es notablemente superior en los hombres. En ambos sexos está más polarizado que en los estudiantes de la población general de Cataluña, de forma que hay un mayor porcentaje de estudiantes de medicina inactivos y también que realizan actividad física intensa. En nuestra muestra el número de sujetos cualificados como físicamente inactivos no llega al 3%. Frank et. al.⁵⁴ señalan que un estilo de vida activo en los estudiantes de medicina suele mantenerse estable a lo largo de toda la carrera y se asocia con una mayor tendencia a aconsejar y promocionar la actividad física a los pacientes.

El índice de masa corporal (IMC) autoinformado sitúa en la categoría de infrapeso (IMC < 18,5) al 5% de los hombres y al 14% de las mujeres estudiantes de medicina. Estos valores son similares a los encontrados en el conjunto de la población de estudiantes de Cataluña. En la revisión de la literatura internacional son pocos los estudios que consideran esta variable en estudiantes de medicina. En un estudio realizado en estudiantes de medicina chinos el IMC correlacionaba tanto con preocupaciones sobre la imagen corporal como con las conductas alimentarias⁵⁵. Por tanto, pese a que un IMC no implica necesariamente la presencia de un trastorno de la conducta alimentaria, es una de sus posibles manifestaciones y debemos considerarlo como un dato preocupante. En el caso de los estudiantes hombres la presencia de un 19% de sobrepeso, aunque coincidente con el resto de estudiantes de Cataluña, también se debe considerar.

La prevalencia de fumadores habituales entre los estudiantes de medicina se sitúa en un 14% en los hombres y un 11% en las mujeres. Esta prevalencia es sensiblemente menor a la del conjunto de estudiantes de la misma edad en Cataluña que, en ambos sexos, es superior al 25%. En la población general, el consumo de tabaco en nuestro entorno en los últimos treinta años tiende a reducirse en los hombres de todos los grupos de edad, mientras que en las mujeres sólo en los grupos de más edad⁵⁶. También hay una relación con la clase social, siendo mayor la prevalencia de fumadores en las más desfavorecidas. La marcada diferencia entre los estudiantes de medicina encuestados y el estrato de estudiantes de la misma edad de la ESCA puede estar influenciada por diferentes factores. Sobre esto, debemos considerar la temporalidad de la recogida de datos, los datos de la ESCA corresponden al 2006. Pero los cambios en el patrón de consumo de sustancias adictivas son lentos y no parecen justificar las diferencias encontradas. También debemos considerar la posible diferencia de clase social entre los estudiantes de medicina y el conjunto de estudiantes de Cataluña, que incluye tanto universitarios como otros estudios de segundo grado. Con

relación a las prevalencias de tabaquismo de otros países de nuestro entorno, los niveles de consumo se sitúan también en la zona baja, por ejemplo, en Irlanda¹².

En cuanto al consumo de alcohol, los estudiantes de medicina que cumplen criterios de bebedores de riesgo son un número notablemente elevado, más del 26% en el caso de los hombres y del 19% en el caso de las mujeres. Estas cifras son muy superiores a las prevalencias de los otros estudiantes de Cataluña. En ambas encuestas se han empleado los mismos criterios que incluyen en esta categoría tanto los consumidores diarios excesivos como los bebedores de fin de semana. En cambio, las elevadas prevalencias obtenidas en estudiantes de medicina son similares a las obtenidas en otros países europeos^{15, 57}. También en estos países son frecuentes las grandes ingestas de fin de semana. Es preocupante que más del 21% de los estudiantes de medicina afirmen beber cinco o más consumiciones alcohólicas en una sola ocasión más de una vez al mes.

El consumo de sustancias ilegales más frecuente por parte de los estudiantes de medicina es el de cannabis. En algún momento de su vida el 53% de los hombres y el 56% de las mujeres dicen haber consumido esta sustancia. El consumo en el último mes fue de 13% en los hombres y 14% en las mujeres. El porcentaje de contacto con otras drogas ilegales fue mucho más bajo. Así, el 5% del total de la muestra admite haber consumido cocaína y el 3% derivados anfetamínicos, mientras que ninguno dice haber probado nunca heroína. Tanto en el caso de los hombres como de las mujeres, el consumo de marihuana es similar al referido por el conjunto de estudiantes de Cataluña, mientras que el uso de la cocaína es sensiblemente menor. El consumo de tranquilizantes es notablemente elevado y muy superior en las mujeres (38% en algún momento de su vida y 14% en el último mes) que en los hombres (19% y 7% respectivamente). En nuestra encuesta no distinguimos si el consumo de tranquilizantes fue por prescripción médica. Pero, en cualquier caso, estas cifras son más del doble de las encontradas en el conjunto de estudiantes de Cataluña de estas edades.

El elevado consumo de alcohol y de marihuana, así como de fármacos tranquilizantes en los estudiantes de medicina es un serio problema, puesto que los hábitos adquiridos en esta fase de la vida tienen muchas probabilidades de persistir. Como indica Boland et. al.¹², una mala utilización de las sustancias adictivas por parte de los médicos puede hacer que se tomen a la ligera las conductas adictivas de sus pacientes y, por otra parte, ser poco eficientes en la promoción de estilos de vida saludables.

La salud mental de los estudiantes de medicina se ha valorado mediante el cuestionario GHQ, versión epidemiológica de 12 ítems, y se ha usado como punto de corte el valor 2/3 tal como se ha hecho en la ESCA²⁸. Con estas condiciones la prevalencia de sujetos en riesgo psicopatológico es del 47%, con diferencias significativas entre sexos (38% en los hombres y 50% en las mujeres). Estos valores son notablemente más elevados que los encontrados en el conjunto de estudiantes de Cataluña (7% en hombres y 11% en mujeres). En estudios realizados en estudiantes de medicina en otros países las prevalencias detectadas con este mismo instrumento son muy variables, oscilando entre un 19% en estudiantes húngaros⁵⁸ y un 57% en estudiantes de Singapur⁵⁹. En los estudios realizados en el Reino Unido con estudiantes en el comienzo del periodo clínico Moffat et. al.⁸ refieren una prevalencia del 52% mientras que Guthrie et.

al. obtienen un 31%⁹. Como se puede ver, las diferencias entre los diversos estudios son notables incluso en los realizados en el mismo país. En las investigaciones comparativas con otros estudiantes o con la población general suelen encontrarse siempre valores más elevados en los estudiantes de medicina^{60,61}, como hemos obtenido en el presente estudio.

En la interpretación de estas altas prevalencias de riesgo psicopatológico detectadas mediante cuestionarios, debemos considerar un posible efecto de sugestión motivado porque el estudio de enfermedades produzca una mala interpretación o excesiva detección de síntomas en el mismo sujeto. Azuri et. al.⁶² muestran como los estudiantes incrementan su preocupación y temor a las enfermedades y a la muerte al iniciar el periodo clínico, y disminuye en los siguientes años. En este estudio también se señala que esta fluctuación de las cogniciones ansiosas no interfiere en las actividades de la vida diaria, por lo cual se puede considerar como una reacción normal. Pese a esta posible sobreestimación del malestar emocional, especialmente cuando se evalúa mediante cuestionarios, hay indicadores más objetivos que confirman los niveles elevados de psicopatología. Así, la ideación suicida, y también el suicidio consumado, son más frecuentes en estudiantes de medicina que en la población general^{2,59}.

De forma general, el 71% de los estudiantes se muestran satisfechos con el entorno educativo, pero cuando se analizan los diferentes aspectos evaluados los resultados señalan muchos aspectos a mejorar. Así, observamos muchos indicadores de falta de implicación activa de los profesores. Pocos alumnos (33%) consideran que su formación sea una prioridad para los profesores. Esto se hace más patente en los aspectos que suponen una enseñanza personalizada. La falta de *feedback* y la poca información sobre los aspectos a mejorar indican una escasa interacción. Las prácticas se perciben como poco orientadas a su aprendizaje, con algunos profesores poco implicados y con escasa supervisión. Estas percepciones reflejan un tipo de enseñanza poca activa y con baja interacción. Los niveles de satisfacción más bajos hacen referencia a los órganos institucionales, tales como los servicios de atención al estudiante en que el porcentaje de estudiantes satisfechos baja hasta un 22%.

Se ha analizado el posible impacto de la insatisfacción del entorno educativo en el estado de los alumnos considerando tres indicadores: el riesgo psicopatológico, el agotamiento emocional y el desinterés por los estudios. Entendiendo que el estado emocional es función de muchas variables, se ha controlado estadísticamente a partir de variables de personalidad (neuroticismo y extraversión) y de la presencia de acontecimientos vitales adversos en el último año. Las variables de insatisfacción con el entorno académico se han resumido en dos factores, uno de general y el otro más relacionado con las prácticas.

Todas las variables extraacadémicas influyen en los tres indicadores considerados tal como era de prever. Pero, tras controlarlos, sigue siendo significativa la asociación con la insatisfacción general con la docencia, pero no la específica con las prácticas. En un estudio transversal es difícil establecer relaciones de causa-efecto y debemos considerar la posibilidad de una relación inversa: el estrés emocional puede dar lugar a una percepción generalizada más negativa del entorno. Pero en este caso también la insatisfacción con las prácticas se hubiera asociado con los indicadores de afectación emocional. Incluso teniendo presente esta limitación, nuestros datos confirman el estudio de Dyrbye et. al.¹⁹ y ponen de manifiesto las repercusiones de las insatisfacciones emocionales en el estado anímico de los estudiantes de medicina.

7. Conclusiones

Los resultados del estudio de las respuestas de los estudiantes de cuarto curso de medicina de Cataluña han permitido conocer las características más significativas de su salud, estilos de vida y condicionantes académicos.

En cuanto a los hábitos de salud cabe destacar un buen nivel de salud autopercebida y de actividad física. El número de horas de sueño está ligeramente por debajo del que es recomendable y la frecuencia de infrapeso, especialmente en las mujeres, es elevada.

El número de consumidores de alcohol de riesgo es elevado, con un número significativo de estudiantes con ingestas compulsivas de fin de semana. La prevalencia de tabaquismo es significativamente inferior a la de otros estudiantes de su edad, mientras que el consumo de marihuana es similar y frecuente. Se ha detectado un consumo de fármacos tranquilizantes muy superior al de grupos de su misma edad.

Los niveles de distrés emocional y posible riesgo de sufrir trastornos psicopatológicos es muy elevado y superior en las mujeres.

Los niveles de satisfacción con el entorno académico son, globalmente, elevados, pero expresan descontento con muchos aspectos relacionados con la personalización de la enseñanza y una falta de apoyo por parte de las instancias institucionales.

El nivel de insatisfacción con el entorno académico se asocia con mayores niveles de riesgo psicopatológico y agotamiento emocional.

Estos datos, coincidentes con estudios hechos en otros países, justifican la necesidad de poner en marcha programas para promover estilos de vida sanos, la autodetección de alteraciones emocionales y la disminución del estrés académico. Como se afirma en un estudio reciente⁶⁴ “aunque no sea realista embarcarse en una campaña para eliminar el estrés completamente, es razonable esforzarse por encontrar vías para reducirlo y ayudar a los estudiantes a afrontarlo”.

8. Bibliografía

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

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

- 28 Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, Els catalans parlen de la seva salut. Barcelona: Direcció General de Planificació i Avaluació, 2009. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/plasalut/catparsesalut2006.pdf>.
- 29 Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Catedra J. Manual de l'Enquesta de Salut de Barcelona 2006. Barcelona, Agència de Salut Pública de Barcelona, 2008. Disponible en: <http://www.aspb.es/quefem/docs/Manual%20Enquesta%20de%20Salut%202006.pdf>.
- 30 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Informe 2007. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2007.pdf>.
- 31 Rodríguez-Martos A, Gual a, Llopis JJ. La unidad de bebida estándar: un registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas. *Med Clin (Barc)* 1999; vol.112, núm 12.
- 32 Craig CL, Marshall AL, Sjoström M et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003, 35, 1381-1395.
- 33 Goldberg, D. The General Health Questionnaire. Windsor, UK: NFER-Nelson, 1978.
- 34 Muñoz P, Vázquez J, Rodríguez F. Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de Goldberg. *Arch Neurobiol* 1979, 42, 139-158.
- 35 Blancafort, X, Masachs, E, Valero, S. et al. Estudi sobre la salut dels residents de Catalunya. Fundació Galatea, 2008.
- 36 Rohlfs, I, Arrizabalaga, P, Artazcoz, L. et al. Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya. Fundació Galatea, 2007.
- 37 Rammstedt B, John, O. Measuring personality in one minute or less: A 10-items short version of the Big Five Inventory in English and German. *J Pers Res* 2007, 41, 203-212.
- 38 Ozer DJ, Benet-Martinez V. (2006). Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annu Rev Psychol* 2006, 57, 401-421.
- 39 Morey LC, Gunderson J, Quigley BD et al. Dimensions and categories: the "big five" factors and the DSM personality disorders. *Assessment* 2000, 7, 203-216.
- 40 Watson D, Clark LA, Chmielewski M. Structures of personality and their relevance to psychopathology: II. Further articulation of a comprehensive unified trait structure. *J Pers* 2008, 76, 1545-1586.
- 41 Rammstedt B, Goldberg LR, Borg I. The measurement equivalence of Big Five factor markers for persons with different levels of education. *J Res Pers* 2010, 44, 53-61.
- 42 Monroe SM. Modern approaches to conceptualizing and measuring human life stress. *Annu Rev Clin Psychol* 2008, 4, 33-52.

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

- 59 Ko, SM, Kua, EH, Fones CS. Stress and the undergraduates. Singapore Medical Journal, 1999, 40, 627-630.
- 60 Ghodasara SL, Davidson MA, Reich MS, et al. Assessing student mental health at the Vanderbilt University School of Medicine. Acad Med. 2011 86,116-21.
- 61 Firth-Cozens J. Medical student stress. Med Educ. 2001, 35, 6 –7.
- 62 Azuri J, Ackshota N, Vinker S. Reassuring the medical students' disease-health related anxiety among medical students. Med Teach. 2010, 32, 270-5.
- 63 Compton MT, Carrera J, Frank E. Stress and Depressive Symptoms/Dysphoria Among US Medical Students Results From a Large, Nationally Representative Survey. J Nerv Ment Dis. 2008, 196, 891–897.
- 64 Ghodasara SL, Davidson MA, Reich MS et al. Assessing student mental health at the Vanderbilt University School of Medicine. Acad Med. 2011 86, 116-21.

9. Agradecimientos

Este estudio ha sido posible gracias a la colaboración de muchas personas e instituciones. Los autores quieren hacer constar su agradecimiento a los 420 estudiantes de cuarto de medicina de las facultades de Cataluña que han respondido a la encuesta. Los rectores y decanos de los centros ofrecieron en todo momento su colaboración facilitando las condiciones para administrar la encuesta en horas lectivas. Los representantes de los estudiantes han colaborado en la difusión de la encuesta y la motivación de sus compañeros. Los responsables de la Encuesta de Salud de Cataluña del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña nos facilitaron la base de datos de la encuesta, a partir de la cual hemos extraído los datos de los estudiantes de Cataluña que han servido de punto de comparación.

El diseño del estudio y la interpretación de los resultados fueron dirigidos por Manel Salamero, con la colaboración de Lucía Baranda, Anna Mitjans, Eva Baillés, Marina Càmara, Gemma Parramon, Eduard Gómez, Antoni Arteman y Jaume Padrós. Finalmente, la Fundación Galatea, además de promover el estudio, proporcionó el apoyo logístico para realizar este trabajo, que ha contado con el apoyo económico de MSD y de la Fundación Patronato de Huérfanos de Médicos Príncipe de Asturias.

Anexo. Tablas de resultados

TABLA 1: Estudiantes de medicina matriculados en cuarto curso en las facultades de Cataluña

	Alumnos matriculados en 4º curso		Alumnos encuestados		Tasa de participación
Universitat de Barcelona	240	29,8%	146	34,8%	60,8%
Universitat Autònoma de Barcelona	350	43,5%	162	38,6%	46,3%
Universitat Rovira i Virgili	100	12,4%	55	13,1%	55,0%
Universitat de Lleida	115	14,3%	57	13,6%	49,6%
Total	805	100,0%	420	100,0%	52,2%

TABLA 2: Características sociodemográficas de la muestra

	Total	Hombres	Mujeres	p	n
Edad media de los estudiantes	22,8 (2,12)	22,7 (1,69)	22,8 (2,25)	0,694	419
Lugar de nacimiento de los estudiantes				0,789	420
Cataluña	285 67,9%	73 69,5%	212 67,3%		
Resto de España	106 25,2%	24 22,9%	82 26,0%		
Fuera de España	29 6,9%	8 7,6%	21 6,7%		
Lugar de residencia durante el curso				0,365	419
En el hogar familiar (con padres, pareja u otros familiares)	226 53,9%	62 59,0%	164 52,2%		
En un piso compartido con compañeros/as	174 41,5%	38 36,2%	136 43,3%		
En una residencia	6 1,4%	1 1,0%	5 1,6%		
En una habitación alquilada	3 0,7%	2 1,9%	1 0,3%		
Solo/a en un piso	6 1,4%	1 1,0%	5 1,6%		
Con familiares (abuelos, tíos, hermanos)	2 0,5%	0 0,0%	2 0,6%		
Otras respuestas	2 0,5%	1 1,0%	1 0,3%		
Tienen el padre y/o la madre médico/a	81 19,3%	23 21,9%	58 18,4%	0,520	420
Tienen otros familiares próximos médicos/as	150 35,7%	37 35,2%	113 35,9%	1,000	420

TABLA 3: Situación académica

	Total	Hombres	Mujeres	p	n
Centro universitario				0,078	420
Hospital Joan XXIII	25 6,0%	4 3,8%	21 6,7%		
Hospital Sant Joan de Reus	30 7,1%	7 6,7%	23 7,3%		
Hospital Arnau de Vilanova	57 13,6%	12 11,4%	45 14,3%		
Hospital de Bellvitge	51 12,1%	16 15,2%	35 11,1%		
Hospital Germans Trias - Can Ruti	41 9,8%	13 12,4%	28 8,9%		
Hospital de Sabadell - Parc Taulí	20 4,8%	2 1,9%	18 5,7%		
Hospital Clínic	95 22,6%	22 21,0%	73 23,2%		
Hospital del Mar	25 6,0%	12 11,4%	13 4,1%		
Hospital de Sant Pau	34 8,1%	5 4,8%	29 9,2%		
Hospital Vall d'Hebron	42 10,0%	12 11,4%	30 9,5%		
Universidad donde inició la carrera				0,260	419
En esta misma universidad	406 96,9%	100 95,2%	306 97,5%		
En otra universidad de Cataluña	10 2,4%	5 4,8%	5 1,6%		
En otra universidad del resto de España	1 0,2%	0 0,0%	1 0,3%		
En otra universidad fuera de España	2 0,5%	0 0,0%	2 0,6%		
Año de inicio de la carrera				0,837	418
Antes de 2005	20 4,8%	4 3,8%	16 5,1%		
Año 2005	47 11,2%	14 13,5%	33 10,5%		
Año 2006	349 83,5%	86 82,7%	263 83,8%		
Después de 2006	2 0,5%	0 0,0%	2 0,6%		
Tienen asignaturas pendientes de cursos anteriores	105 25,0%	27 25,7%	78 24,8%	0,948	420
Cursan asignaturas de cursos superiores	58 13,8%	15 14,3%	43 13,7%	1,000	420

TABLA 4: Financiación de los estudios

	Total	Hombres	Mujeres	p	n
Disponen de beca de estudios	70 16,8%	18 17,3%	52 16,6%	0,990	417
Se financian los estudios con un préstamo	5 1,2%	2 1,9%	3 1,0%	0,602	417
Realizan un trabajo remunerado	113 26,9%	35 33,3%	78 24,8%	0,112	420
Media horas trabajo semanal (estudiantes que trabajan)	10,9 (9,24)	13,3 (9,92)	9,9 (8,81)	0,102	110

TABLA 5: Salud autopercebida y cuidado de la salud

	Total		Hombres		Mujeres		p	n
Estado de salud autopercebido							0,206	416
Excelente	64	15,4%	20	19,2%	44	14,1%		
Muy bueno	186	44,7%	51	49,0%	135	43,3%		
Bueno	140	33,7%	29	27,8%	111	35,6%		
Regular	26	6,3%	4	3,8%	22	7,1%		
Número medio de horas de sueño habituales	6,92 (0,784)		7,11 (0,841)		6,86 (0,754)		0,012	419
Tienen médico/a de cabecera	246	58,6%	48	45,7%	198	62,9%	0,003	420
Tienen historia clínica abierta	226	92,6%	44	91,7%	182	92,9%	0,761	244

TABLA 6: Salud autopercebida y cuidado de la salud. Datos comparativos con estudiantes de 21 años y más en población general (ESCA 2006). Valores porcentuales

	Estudiantes de 4º de medicina			Estudiantes de 21 años y más						
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	X²/t	p	Mujeres	X²/t	p
Estado de salud autopercebido						1,29	0,73		19,33	0,49
Excelente	15,4	19,2	14,1	13,2	16,3			9,4		
Muy bueno	44,7	49,0	43,3	46,3	45,0			47,9		
Bueno	33,7	27,9	35,6	37,6	34,6			41,3		
Regular	6,3	3,8	7,1	2,9	4,2			1,3		
Malo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			0,0		
Número medio de horas de sueño	6,92	7,11	6,86	7,44	7,47	4,1	<0,001	7,40	3,33	<0,001
n	416	104	312	236	130	--	--	106	--	--

TABLA 7: Actividad física y peso

	Total	Hombres	Mujeres	p	n	
Índice energético	1.758 (2057)	2.359 (2274)	1.556 (1942)	p	n	
Grado de actividad				<0,001	408	
Actividad física intensa	232	56,9%	77	74,8%	155	50,8%
Actividad física ligera	85	20,8%	9	8,7%	76	24,9%
Actividad física moderada	79	19,4%	14	13,6%	65	21,3%
Sedentarios	12	2,9%	3	2,9%	9	3,0%
Índice Masa Corporal				<0,001	416	
Infrapeso (<18,5)	49	11,8%	5	4,8%	44	14,1%
Normopeso (>=18,5 <25)	333	80,0%	78	74,3%	255	82,0%
Sobrepeso (>=25 <30)	31	7,5%	21	20,0%	10	3,2%
Obesidad (>=30)	3	0,7%	1	1,0%	2	0,6%

TABLA 8: Actividad física y peso. Datos comparativos con estudiantes de 21 años y más en población general (ESCA 2006). Valores porcentuales

	Estudiantes de 4º de medicina			Estudiantes de 21 años y más						
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	X²/t	p	Mujeres	X²/t	p
Grado de actividad						2,11	0,55		6,54	0,09
Actividad física intensa	56,9	74,8	50,8	51,2	63,0			36,7		
Actividad física ligera	20,8	8,7	24,9	25,7	21,6			30,7		
Actividad física moderada	19,4	13,6	21,3	19,6	14,1			26,4		
Sedentarios	2,9	2,9	3,0	3,5	1,3			6,2		
Índice Masa Corporal						0,97	0,62		48,93	<0,001
Infrapeso (<18,5)	11,8	4,8	14,1	6,9	2,3			12,5		
Normopeso (>=18,5 <25)	80,0	74,3	82,0	74,3	69,1			80,6		
Sobrepeso (>=25 <30)	7,5	20,0	3,2	17,0	26,1			5,9		
Obesidad (>=30)	0,7	1,0	0,6	1,8	2,5			1,0		

TABLA 9: Consumo de tabaco

	Total	Hombres	Mujeres	p	n	
Consumo de tabaco				0,791	419	
Fumador/a habitual	49	11,7%	15	14,3%	34	10,8%
Fumador/a ocasional	39	9,3%	9	8,6%	30	9,6%
Ex-fumador	40	9,6%	6	8,6%	21	9,9%
No fumador (no ha fumado nunca)	291	69,5%	75	68,6%	229	69,7%
A que edad empezaron a fumar (fumadores)	16,7 (1,86)	17,8 (2,15)	16,3 (1,58)	0,005	87	
Núm. medio de cigarrillos diarios (fumadores actuales)	7,50 (6,06)	8,05 (5,56)	7,29 (6,27)	0,627	70	
Han intentado dejar de fumar en los últimos 12 meses (fumadores)	25	30,1%	7	29,2%	18	30,5%
Cuantos meses hace que dejaron de fumar (exfumadores)	39,4 (38,1)	54,1 (32,7)	35,1 (39,0)	0,189	36	
A que edad empezaron a fumar (exfumadores)	15,9 (2,39)	16,3 (2,66)	15,8 (2,38)	0,682	36	

TABLA 10: Consumo de tabaco. Datos comparativos con estudiantes de 21 años y más en población general (ESCA 2006). Valores porcentuales

	Estudiantes de 4º de medicina			Estudiantes de 21 años y más						
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	X²/t	p	Mujeres	X²/t	p
Consumo de tabaco						6,56	0,087		27,29	<0,001
Fumador/a habitual	11,7	14,3	10,8	25,2	21,7			29,5		
Fumador/a ocasional	9,3	8,6	9,6	10,8	9,4			12,4		
Ex-fumador	6,4	5,7	6,7	8,7	9,8			7,4		
No fumador (no ha fumado nunca)	72,6	71,4	72,9	55,3	59,1			50,7		

TABLA II: Consumo de alcohol

	Total		Hombres		Mujeres		p	n
Unidades de consumo estandarizadas	13,8 (50,3)		23,6 (63,3)		10,8 (45,2)		0,080	375
Consumo de alcohol							0,076	373
No bebedores	42	11,3%	12	13,3%	30	10,6%		
Bebedores moderados	251	67,3%	54	60,0%	197	69,6%		
Bebedores de riesgo	80	21,4%	24	26,7%	56	19,8%		
Frecuencia con la que han tomado 5 o más consumiciones en una ocasión de consumo							0,046	419
3 o 4 veces por semana	1	0,2%	1	1,0%	0	0,0%		
1 o 2 veces por semana	24	5,7%	10	9,5%	14	4,5%		
De 1 a 3 veces al mes	67	16,0%	18	17,1%	49	15,6%		
Menos de 1 vez al mes	151	36,0%	41	39,0%	110	35,0%		
Nunca	176	42,0%	35	33,3%	141	44,9%		

TABLA 12: Consumo de alcohol. Datos comparativos con estudiantes de 21 años y más en población general (ESCA 2006). Valores porcentuales

	Estudiantes de 4º de medicina			Estudiantes de 21 años y más						
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	X²/t	p	Mujeres	X²/t	p
Consumo de alcohol						16,24	<0,001		11,72	0,002
No bebedores	11,3	13,3	10,6	12,5	9,0			16,8		
Bebedores moderados	67,3	60,0	69,6	79,3	82,4			75,5		
Bebedores de riesgo	21,4	26,7	19,8	8,2	8,5			7,7		

TABLA 13: Consumo de otras drogas en alguna ocasión

	Total	Hombres	Mujeres	p	n			
Han consumido en alguna ocasión tranquilizantes o pastillas para dormir	140	33,5%	20	19,2%	120	38,2%	0,001	418
Han consumido en alguna ocasión derivados del cannabis	232	55,5%	55	52,9%	177	56,4%	0,613	418
Han consumido en alguna ocasión cocaína	20	4,8%	7	6,7%	13	4,1%	0,293	418
Han consumido en alguna ocasión anfetaminas	11	2,6%	4	3,8%	7	2,2%	0,478	418
Han consumido en alguna ocasión heroína	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	...	418

TABLA 14: Consumo de otras drogas en alguna ocasión. Datos comparativos con estudiantes de 21 años y más en población general (ESCA 2006). Valores porcentuales

	Estudiantes de 4º de medicina			Estudiantes de 21 años y más						
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	X²/t	p	Mujeres	X²/t	p
Tranquilizantes o pastillas para dormir en alguna ocasión	33,5	19,2	38,2	10,7	7,1	1,75	0,040	15,1	4,05	<0,001
Derivados del cannabis en alguna ocasión	55,5	52,9	56,4	48,9	48,3	0,09	0,930	49,7	0,45	0,656
Cocaína en alguna ocasión	4,8	6,7	4,1	12,1	9,2	0,389	0,535	15,7	4,63	<0,001
Anfetaminas en alguna ocasión	2,6	3,8	2,2	*	*			*		
Heroína en alguna ocasión	0,0	0,0	0,0	*	*			*		

*Esta información no se pedía en la ESCA 2006.

TABLA 15: Consumo de otras drogas en los últimos 30 días (sobre el total de estudiantes y sobre los estudiantes que han consumido en alguna ocasión)

		Total	Hombres	Mujeres	p	n			
							Consumo en los últimos 30 días de tranquilizantes o pastillas para dormir	s/total población	50
	s/población que ha consumido		36,0%		36,8%		35,8%		139
Consumo en los últimos 30 días de derivados del cannabis	s/total población	58	14,0%	19	18,4%	39	12,5%	0,084	418
	s/población que ha consumido		25,3%		35,2%		22,3%		229
Consumo en los últimos 30 días de cocaína	s/total población	1	0,2%	0	0,0%	1	0,3%	1,000	418
	s/población que ha consumido		5,0%		0,0%		7,7%		20
Consumo en los últimos 30 días de anfetaminas		0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	...	0
Consumo en los últimos 30 días de heroína		0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	...	0

TABLA 16: Consumo de otras drogas en los últimos 30 días (s/total población). Datos comparativos con estudiantes de 21 años y más en población general (ESCA 2006). Valores porcentuales

	Estudiantes de 4º de medicina			Estudiantes de 21 años y más						
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	X²/t	p	Mujeres	X²/t	p
Tranquilizantes o pastillas para dormir últimos 30 días	12,0	6,8	13,7	2,9	3,8	**	**	1,7	**	**
Derivados del cannabis últimos 30 días	14,0	18,4	12,5	20,9	21,2	**	**	20,6	**	**
Cocaína últimos 30 días	0,2	0,0	0,3	1,1	0,2	**	**	2,1	**	**
Anfetaminas últimos 30 días	0,0	0,0	0,0	*	*			*		
Heroína en alguna ocasión	0,0	0,0	0,0	*	*			*		

*Esta información no se pedía en la ESCA 2006

** No se hecho el análisis estadístico a causa del bajo número de efectivos

TABLA 17: Edad de inicio del consumo de otras drogas (media)

	Total	Hombres	Mujeres	p	n
Edad de inicio del consumo de tranquilizantes	18,6 (2,8)	19,3 (3,41)	18,4 (2,69)	0,336	136
Edad de inicio del consumo de derivados del cannabis	16,3 (1,78)	16,3 (1,89)	16,4 (1,75)	0,705	231
Edad de inicio del consumo de cocaína	18,9 (3,2)	19,4 (1,72)	18,7 (3,82)	0,561	20
Edad de inicio del consumo de anfetaminas	19,2 (2,71)	19,8 (1,26)	18,9 (3,34)	0,544	11

TABLA 18: General Health Questionnaire (GHQ) y personalidad

	Total		Hombres		Mujeres		p	n
Puntuación GHQ	3,1	3,04	2,43	2,85	3,32	3,08	0,008	417
Índice de salud mental GHQ							0,038	417
Probable salud mental normal	222	53,2%	65	62,5%	157	50,2%		
Probable riesgo de mala salud mental	195	46,8%	39	37,5%	156	49,8%		
BFI								
BFI Neuroticismo	5,73	2,1	6,92	1,71	5,33	2,07	<0,001	420
BFI Extraversión	5,88	1,8	5,98	1,75	5,85	1,82	0,523	417

TABLA 19: General Health Questionnaire (GHQ). Datos comparativos con estudiantes de 21 años y más en población general (ESCA 2006). Valores porcentuales

	Estudiantes de 4º de medicina			Estudiantes de 21 años y más						
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	X ² /t	p	Mujeres	X ² /t	p
Índice de salud mental GHQ						30,59	<0,001		53,78	<0,001
Probable salud mental normal	53,2	62,5	50,2	91,3	92,8			89,4		
Probable riesgo de mala salud mental	46,8	37,5	49,8	8,7	7,2			10,6		

TABLA 20: Acontecimientos vitales

	Total	Hombres	Mujeres	p	n		
Número de acontecimientos vitales último año				0,137			
No ha sufrido ninguno	109	26,0%	28	26,7%	81	25,7%	420
Un acontecimiento	97	23,1%	24	22,9%	73	23,2%	
Dos	101	24,0%	29	27,6%	72	22,9%	
Tres	52	12,4%	13	12,4%	39	12,4%	
Más de 3 acontecimientos	61	14,5%	11	10,5%	50	15,9%	
Número medio de acontecimientos vitales	1,75 (1,50)	1,69 (1,55)	1,77 (1,48)	0,662	415		
Nivel de estrés atribuido a los acontecimientos vitales				0,191	307		
Ningún o muy poco estrés (puntuación 1+2+3+4)	66	21,5%	21	27,3%	45	19,6%	
Un poco de estrés (5+6)	54	17,6%	16	20,8%	38	16,5%	
Bastante estrés (7+8)	131	42,7%	31	40,3%	100	43,5%	
Mucho estrés (9+10)	56	18,2%	9	11,7%	47	20,4%	
Estrés atribuido a los AV (puntuación media sobre 10)	9,11 (16,7)	7,05 (11,2)	9,85 (18,3)	0,130	274		

TABLA 21: Puntuaciones en el Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)

	Total	Hombres	Mujeres	p	N
Agotamiento	2,26 (0,51)	2,49 (0,49)	2,18 (0,49)	<0,001	420
Falta de implicación	2,02 (0,42)	2,04 (0,44)	2,01 (0,42)	0,590	420

La escala de agotamiento **emocional** está formada por los siguientes ítems: Siempre encuentro aspectos nuevos e interesantes en mis estudios; Cada vez me pasa más que hablo negativamente de mis estudios; Últimamente tiendo a implicarme menos en los estudios y lo hago rutinariamente; Considero los estudios como un reto positivo; Puedo desconectar de los estudios; No me veo a mí mismo/a haciendo otra carrera que esta; Cada vez me siento más implicado/da en mis estudios.

La escala de falta de implicación está formada por los siguientes ítems: Tiendo a necesitar más tiempo que en el pasado para relajarme y sentirme mejor; A menudo me siento mentalmente agotado; Cuando acabo la jornada, me queda la suficiente energía para el ocio; Cuando acabo la jornada, acostumbro a sentirme cansado/da; Hay días en que me siento cansado/da antes de empezar las clases; Aguanto muy bien la presión de mis estudios; En mis estudios acostumbro a sentirme con las pilas cargadas.

TABLA 22: Satisfacción con el entorno educativo I

	Total	Hombres	Mujeres	p	n
49.1. Satisfacción con el entorno de aprendizaje de la facultad				0,104	420
Muy satisfecho/a	135 32,1%	29 27,6%	106 33,7%		
Un poco satisfecho/a	165 39,3%	43 41,0%	122 38,7%		
Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a	57 13,6%	16 15,2%	41 13,0%		
Un poco insatisfecho/a	53 12,6%	11 10,5%	42 13,3%		
Muy insatisfecho/a	10 2,4%	6 5,7%	4 1,3%		
49.2. La educación es una prioridad destacada por los profesores				0,350	420
Muy de acuerdo	22 5,2%	6 5,7%	16 5,1%		
De acuerdo	114 27,1%	32 30,5%	82 26,0%		
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	160 38,1%	31 29,5%	129 41,0%		
En desacuerdo	101 24,0%	29 27,6%	72 22,9%		
Muy en desacuerdo	23 5,5%	7 6,7%	16 5,1%		
49.3. La facultad promueve un entorno más de colaboración que de competitividad				0,160	419
Muy de acuerdo	52 12,4%	11 10,5%	41 13,1%		
De acuerdo	111 26,5%	33 31,4%	78 24,8%		
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	87 20,8%	15 14,3%	72 22,9%		
En desacuerdo	122 29,1%	30 28,6%	92 29,3%		
Muy en desacuerdo	47 11,2%	16 15,2%	31 9,9%		
49.4. Está satisfecho/a con el apoyo que recibe del tutor o tutora				0,927	418
No tiene tutores	234 56,0%	63 60,0%	171 54,6%		
Muy satisfecho/a	28 6,7%	6 5,7%	22 7,0%		
Un poco satisfecho/a	32 7,7%	7 6,7%	25 8,0%		
Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a	81 19,4%	21 20,0%	60 19,2%		
Un poco insatisfecho/a	17 4,1%	3 2,9%	14 4,5%		
Muy insatisfecho/a	26 6,2%	5 4,8%	21 6,7%		
49.5. Está satisfecho/a con el apoyo que recibe del Servicio de Atención a los Estudiantes				0,197	410
Muy satisfecho/a	34 8,3%	7 6,7%	27 8,8%		
Un poco satisfecho/a	54 13,2%	12 11,5%	42 13,7%		
Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a	226 55,1%	54 51,9%	172 56,2%		
Un poco insatisfecho/a	54 13,2%	14 13,5%	40 13,1%		
Muy insatisfecho/a	42 10,2%	17 16,3%	25 8,2%		
49.6. Está satisfecho/a con el apoyo que recibe del decanato				0,775	415
Muy satisfecho/a	11 2,7%	3 2,9%	8 2,6%		
Un poco satisfecho/a	35 8,4%	9 8,7%	26 8,4%		
Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a	237 57,1%	55 52,9%	182 58,5%		
Un poco insatisfecho/a	74 17,8%	19 18,3%	55 17,7%		
Muy insatisfecho/a	58 14,0%	18 17,3%	40 12,9%		

TABLA 22: Satisfacción con el entorno educativo II

	Total	Hombres	Mujeres	p	n
49.7. Está satisfecho/a con el apoyo que recibe de los profesores				0,789	419
Muy satisfecho/a	62 14,8%	15 14,3%	47 15,0%		
Un poco satisfecho/a	126 30,1%	31 29,5%	95 30,3%		
Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a	152 36,3%	42 40,0%	110 35,0%		
Un poco insatisfecho/a	59 14,1%	14 13,3%	45 14,3%		
Muy insatisfecho/a	20 4,8%	3 2,9%	17 5,4%		
49.8. Los profesores de prácticas procuran un nivel de supervisión apropiado				0,270	415
Muy de acuerdo	48 11,6%	7 6,7%	41 13,2%		
De acuerdo	147 35,4%	35 33,7%	112 36,0%		
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	108 26,0%	31 29,8%	77 24,8%		
En desacuerdo	80 19,3%	20 19,2%	60 19,3%		
Muy en desacuerdo	32 7,7%	11 10,6%	21 6,8%		
49.9. Alguno de los profesores de prácticas se implica poco en su formación				0,167	419
Muy de acuerdo	149 35,6%	46 44,2%	103 32,7%		
De acuerdo	174 41,5%	41 39,4%	133 42,2%		
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	46 11,0%	9 8,7%	37 11,7%		
En desacuerdo	38 9,1%	5 4,8%	33 10,5%		
Muy en desacuerdo	12 2,9%	3 2,9%	9 2,9%		
49.10. La mayoría de las rotaciones están organizadas para promover el aprendizaje				0,225	419
Muy de acuerdo	23 5,5%	4 3,8%	19 6,0%		
De acuerdo	152 36,3%	30 28,8%	122 38,7%		
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	85 20,3%	27 26,0%	58 18,4%		
En desacuerdo	129 30,8%	36 34,6%	93 29,5%		
Muy en desacuerdo	30 7,2%	7 6,7%	23 7,3%		
49.11. La variedad de problemas médicos de los pacientes que ve es adecuado para prepararse				0,192	419
Muy de acuerdo	47 11,2%	15 14,4%	32 10,2%		
De acuerdo	206 49,2%	45 43,3%	161 51,1%		
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	87 20,8%	20 19,2%	67 21,3%		
En desacuerdo	69 16,5%	19 18,3%	50 15,9%		
Muy en desacuerdo	10 2,4%	5 4,8%	5 1,6%		
49.12. Recibe un feedback formativo apropiado				0,610	417
Muy de acuerdo	19 4,6%	3 2,9%	16 5,1%		
De acuerdo	168 40,3%	40 38,5%	128 40,9%		
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	155 37,2%	39 37,5%	116 37,1%		
En desacuerdo	59 14,1%	19 18,3%	40 12,8%		
Muy en desacuerdo	16 3,8%	3 2,9%	13 4,2%		

TABLA 22: Satisfacción con el entorno educativo III

	Total		Hombres		Mujeres		p	n
49.13. Los profesores ayudan a identificar las áreas en que necesita formación adicional							0,048	419
Muy de acuerdo	13	3,1%	2	1,9%	11	3,5%		
De acuerdo	92	22,0%	32	30,8%	60	19,0%		
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	154	36,8%	34	32,7%	120	38,1%		
En desacuerdo	113	27,0%	21	20,2%	92	29,2%		
Muy en desacuerdo	47	11,2%	15	14,4%	32	10,2%		

TABLA 23: Acoso sexual y actitudes racistas (respuestas afirmativas)

	Total		Hombres		Mujeres		p	n
Han sufrido comentarios sexistas	191	45,5%	48	45,7%	143	45,4%	0,955	420
Han recibido proposiciones sexuales explícitas no deseadas	3	0,7%	0	0,0%	3	1,0%	0,576	420
Han sufrido contactos físicos no deseados	11	2,6%	0	0,0%	11	3,5%	0,073	420
Han recibido algún ofrecimiento de ventajas académicas a cambio de favores sexuales	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	...	420
Han sufrido comentarios o actitudes racistas:	110	26,2%	26	24,8%	84	26,7%	0,798	420

FUNDACIÓN GALATEA

Presidencia:

Dr. Jaume Padrós i Selma

Gerencia:

Dr. Antoni Arteman Jané

Coordinación de programas:

Sra. Anna Mitjans Garcés

Soporte administrativo:

Sra. Marta Anglès Traserria

Estudio sobre la salud, estilos de vida y condicionantes académicos de los estudiantes de medicina de Cataluña

PATRONATO**Presidente:**

Dr. Jaume Padrós i Selma

Vicepresident del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Dra. Núria Nadal Braqué

Vicepresidenta del Col·legi Oficial de Metges de Lleida

Vocales:

Dra. Leonor Ancochea Serraïma

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

Dra. Pilar Arrizabalaga Clemente

Secretaria del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Dr. Ramon Balius Juli

Médecin jubilado del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Sr. Joan Conesa Garrido

Gerente del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona

Dr. Xavier Corbella Virós

Gerente Territorial Metropolitana Sud de l'Institut Català de la Salut, director de l'Hospital Universitari de Bellvitge y Hospital de Viladecans

Dra. Roser Garcia Guasch

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

Sr. Albert Granero Lázaro

Vocal del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona

Dr. Frederic Mallol Mirón

Secretario del Col·legi Oficial de Metges de Tarragona

Dr. Ignacio Orce Satrústegui

Consejero delegado d'Assistència Sanitària Col·legial

Dr. Pere Peya Fusellas

Vicesecretario del Col·legi Oficial de Metges de Girona

Sr. Xavier Prat Borrell

Tesorero del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona

Dr. Lluís Salleras Sanmarti

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

Dr. Marc Soler Fàbregas

Gerente del Àrea Professional del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona

Sra. Joana Sureda Guixà

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

Dra. M. Pilar Tornos Mas

Vicepresidenta de la Mutual Mèdica de Catalunya i Balears

Sr. Albert Tort Sisó

Presidente del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers 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

Con la colaboración de:



Con el soporte de:

