
CARGA ACTUAL DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA; ¿UNA NECESIDAD DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA?

Carles Barcons Comellas

Clinical Psychologist, Hospital sagrat cor, Serveis de Salut Mental Martorell (Barcelona), Spain.
Department of Psychiatry and Forensic Medicine, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra (Barcelona), Spain.
barcons@hotmail.com

Belén García Alarcón

Psychiatry Medical Residency Training Program, CASM Benito Menni, Sant Boi de Llobregat (Barcelona), Spain.
bgarciaalarcon@gmail.com

Carme Sarri Closa

Psychiatrist, CASM Benito Menni, Sant Boi de Llobregat (Barcelona), Spain.
csarri.hbmenni@hospitalarias.es

Elena Rodríguez Cano

Psychiatrist, CASM Benito Menni, Sant Boi de Llobregat (Barcelona), Spain.
erodriguez.hbmenni@hospitalarias.es

Oriol Cunillera Puertolas

MSc Statistician, Unitat de Suport a la Recerca Costa de Ponent, Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol), Cornellà de Llobregat (Barcelona), Spain.
ocunillera.idiap@gmail.com

Neus Parellada Esquius

Quality, Assessment and Technology Responsible DAP Costa de Ponent. GT Metropolitana Sud, Hospitalet de Llobregat (Barcelona), Spain.
nparellada.cp.ics@gencat.cat

Bárbara Fernández Fernández

General Practitioner and director of Vinyets Primary Care Medical Center, Sant Boi de Llobregat (Barcelona), Spain.
bfernandez.cp.ics@gencat.cat

Carlos Enrique Alvarado Montesdeoca

General Practitioner and director of Molí Nou Primary Care Medical Center, Sant Boi de Llobregat (Barcelona), Spain.
calvarado.cp.ics@gencat.cat

Carmen Barrio Ruiz

General Practitioner and Director of Camps Blancs Primary Care Medical Center, Sant Boi de Llobregat (Barcelona), Spain.
cbarrio.cp.ics@gencat.cat

Juan Carlos Fleta Portero

General practitioner of Montclar Primary Care Medical Center, Sant Boi de Llobregat (Barcelona), Spain.
jcfleta38@gmail.com

Dulze Ruiz Jimenez

Social worker, Vinyets Primary Care Medical Center, Sant Boi de Llobregat (Barcelona), Spain.
druizj.cp.ics@gencat.cat

Rafael Torrubia Beltri

Psychologist, Department of Psychiatry and Forensic Medicine, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra (Barcelona), Spain.
rafael.torrubia@uab.cat

Resumen

Este estudio estaba dirigido a determinar en una muestra de Médicos de Atención Primaria (MAP) (a) su actual nivel de *burnout*, satisfacción profesional, bienestar psicológico y actitudes hacia la salud mental; (b) la influencia del *burnout*, satisfacción profesional y algunas variables socio-demográficas sobre el bienestar psicológico. Se desarrolló un estudio observacional-transversal con 38 MAPs. Se administraron cuestionarios para evaluar el *burnout*, satisfacción profesional, actitudes hacia la salud mental y una entrevista psiquiátrica para evaluar el bienestar psicológico. Algunos indicadores administrativos y de gestión sanitaria fueron también considerados. Los niveles de *burnout* (median= 38, IQR= 29, 54) y satisfacción laboral (median= 75.5, IQR= 73, 79) fueron moderados. Sólo el 5.26% de los MAPs informó de un alto *burnout*. La *ansiedad*, la *depresión* y las *preocupaciones somáticas* fueron los síntomas psiquiátricos predominantes. El 55.26% presentaron síntomas de *moderados a extremadamente severos* en al menos un síntoma psiquiátrico. Los modelos regresión logística reflejaron como el *burnout* desarrollaba un papel clave sobre los síntomas psiquiátricos. Los MAPs presentaron unos resultados heterogéneos en los diferentes parámetros de salud laboral analizados y altos niveles de síntomas psiquiátricos. Concluimos que existes una necesidad de proteger y mejorar la salud laboral y el bienestar psicológico de los MAPs.

Palabras clave: médicos de atención primaria; *burnout*; satisfacción laboral; bienestar psicológico.

Abstract

This study was aimed at determining in a sample of in a sample of General practitioners (GPs) (a) their current level of burnout, professional satisfaction, psychological well-being and the attitudes towards mental health; (b) the influence of burnout, professional satisfaction and some socio-demographic variables on the level of psychological well-being. A transversal observational study with 38 GPs was carried out. Self-report measures were administered to assess burnout, professional satisfaction, attitudes toward mental health and a psychiatric interview to evaluate psychological well-being. Some administrative and health care management indicators were also considered. Burnout (median= 38, IQR = 29, 54), and job satisfaction levels were moderate (median = 75.5, IQR = 73, 79). Only 5.26% of GPs reported a high burnout. Anxiety, depression and somatic concerns were the predominant psychiatric symptoms. Focusing only on these worrying cases, a 55.26% of GPs presented from moderate to extremely severe symptoms in at least one psychiatric symptom. Regression models reflected like burnout played a key role work on psychiatric symptoms. GPs presented heterogeneous (generally moderate) levels across the different work-related health parameters analyzed and high levels of psychiatric symptoms. We conclude that there's a need to protect and improve GPs' work-related health and psychological well-being.

Key words: general practitioners; burnout; job satisfaction; psychological well-being.

Introducción

El *burnout*, la satisfacción laboral y el bienestar psicológico son tres factores relacionados de salud laboral primordiales que requieren ser valorados y controlados en cualquier ambiente laboral, y por lo tanto en los servicios de atención primaria. En primer lugar, la satisfacción laboral es considerada como un elemento a tener en cuenta a la hora de valorar la calidad de gestión asistencial en atención primaria, contribuyendo su estudio a la identificación de posibles oportunidades de mejora que aumenten la calidad de los servicios ofrecidos.²³ Cuando la satisfacción de las necesidades y motivaciones personales es desatendida, puede fácilmente acontecer el síndrome de *burnout*, caracterizado por la sensación de desapego, la despersonalización y la inadecuación profesional, con la consiguiente pérdida de calidad asistencial.²⁴ Apoyar a los médicos en la reducción de su estrés laboral y en el aumento de su motivación y productividad conduce a mejores resultados en áreas tales como una mayor satisfacción de los pacientes, un mejor cumplimiento del tratamiento, mejoras en la morbilidad y la mortalidad y un descenso tanto en la probabilidad de hospitalización como del periodo de ingreso, que a su vez afecta a los costes de asistencia.²¹ Por lo tanto, intervenir sobre el nivel de *burnout*, satisfacción laboral y bienestar psicológico de los MAPs puede mejorar la calidad del servicio que están ofreciendo.

Comparado con otros países europeos, en España existe poca literatura científica sobre la extensión y evolución del *burnout*, satisfacción laboral y bienestar psicológico de los MAPs. Se sugirió que el grado de satisfacción laboral de los MAP era intermedio antes de la crisis económica²⁴, pero en consecuencia, ésta puede haber alterado no sólo el nivel

de satisfacción laboral, sino también el de factores relacionados como el *burnout*. En un estudio prospectivo realizado entre 2005 y 2007, se observó un aumento significativo de la prevalencia de *burnout*, estimándose una incidencia de *burnout* de 1 / 113.5 MAPs anual.¹⁴ Finalmente, en relación al bienestar psicológico, usando cuestionarios auto-administrados, en 2006 se estimó una prevalencia de morbilidad psiquiátrica del 25,7% entre los MAPs y pediatras⁷, mientras que en población general, en el año 2014 se estimó que el 8,5% de la población de 15 años o más tenía riesgo de sufrir algún trastorno mental, el 6,5% de los hombres y el 10,5% de las mujeres.⁹

Los datos epidemiológicos previamente expuestos podrían ser obsoletos dada la influencia que nuevos factores podrían haber ejercido. En primer lugar, la cartera de servicios de los MAP ha aumentado²⁵, incrementándose la presión para atender un mayor número de pacientes con más complejas y variadas patologías, entre ellas de salud mental. Hemos que tener en cuenta que la atención primaria de salud es la vía de acceso al sistema de salud mental para el 70% de la población.¹⁹ En España, al compararse con el periodo previo a la crisis económica de 2006, una investigación de 2010 reveló aumentos sustanciales y significativos de la proporción de pacientes con alteraciones del ánimo (19.4% en depresión mayor), ansiedad (8.4% en trastorno de ansiedad generalizada), somatomorfias (7.3%) y trastornos relacionados con el consumo de alcohol (4.6% en trastorno por dependencia al alcohol) entre aquellos que visitaban los servicios de atención primaria.¹² Tanto en las reuniones de coordinación como en encuestas cualitativas de los centros de atención primaria, nuestros MAPs nos revelaron que, junto con los pacientes con trastornos

musculo-esqueléticos, los pacientes con patologías mentales son el grupo de pacientes que más han contribuido al empeoramiento de su nivel de *burnout*, satisfacción laboral y bienestar psicológico.

En segundo lugar, el impacto directo de la crisis económica española (la cuál se ha mantenido desde 2008) tanto sobre el estado de salud de la población com el sistema de salud español. Ésta ha tenido un impacto sobre el gasto sanitario, la cobertura del sistema, la capacidad del sistema para responder a las necesidades de la población y patrones de uso *versus* los servicios sanitarios privados.⁵ La actual situación económica ha contribuido a un aumento de la presión asistencial en atención primaria; sólo en Cataluña, pese a la variabilidad de datos entre las fuentes, las plazas de MAPs se han visto reducido alrededor de 1000 durante los últimos cuatro años.²⁷

En tercer lugar, hemos de mencionar el despliegue del *Programa de Suport de Salut Mental a l'Atenció Primària* (llamado PSP), basado en el *Collaborative Care Model* que aboga tanto por la atención especializada como la formación de los equipos de atención primaria. En 2012 el PSP atendió a 3.363 personas, siendo un 45% tratados por trastornos de adaptación, un 35% por problemas de la vida cotidiana que crean tensión y el malestar, un 15% por trastornos depresivos y un 5% por un trastorno mental grave.^{8,9} El PSP ha contribuido a una reducción en el número de nuevos casos que finalmente llegan a los servicios especializados de salud mental, ya que aunque la tasa de prevalencia atendida en la red de salud mental (casos con trastornos mentales tratados por año) se ha mostrado estable desde el año 2008 (2008: 2,18 vs. 2012: 2,5), la tasa de incidencia dada (nuevos casos con trastorno mental por año) disminuyó del 1,24 en 2008 al 0,85

en 2012. Así pues, observamos como el PSP está teniendo un claro efecto beneficioso tanto para los MAP como para la red de salud mental. No obstante, quizás los servicios salud mental especializados como el nuestro se han visto más beneficiados de este programa ante esta reducción de tasas de incidencia, no habiéndose reportado (aparentemente) también en atención primaria. .

Dada la influencia que pudiera haber ejercido los factores previamente citados, los objetivos del presente estudio fueron determinar en una muestra de MAPs (a) su nivel actual de *burnout*, satisfacción laboral y bienestar psicológico y actitudes respecto la salud mental; (b) la influencia del *burnout*, satisfacción laboral y algunas variables socio-demográficas y de gestión sanitaria sobre el nivel de bienestar psicológico.

Método

Realizamos un estudio observacional transversal, con análisis de regresión logística. Los registros psicométricos de los MAPs tuvieron lugar en enero de 2016.

Criterios de inclusión

Los participantes tenían que ser MAPs trabajando en entidades públicas de atención primaria. Además, estas unidades debían de pertenecer al sector asistencial que da cobertura nuestro centro de salud mental ambulatorio (CSMA).

Participantes y estrategia de reclutamiento

Todos los MAPs involucrados con el *Programa de Suport de Salut Mental a l'Atenció Primària* (PSP) de nuestro sector fueron invi-

tados a participar en el estudio. Pertenecen a cuatro unidades de atención primaria, cubriendo una población de aproximadamente 95.313 habitantes en 2016.

Después de realizarse una sesión clínica sobre la gestión de los pacientes psiquiátricos en atención primaria dirigida a los MAPs, se presentaron los objetivos y la metodología de nuestro estudio, ofreciéndose la posibilidad de involucrarse. Posteriormente, a todos aquellos MAPs que finalmente aceptaron se les entregó los cuestionarios psicométricos. Además, se les programó una entrevista clínica (siendo el mismo para todos) con un evaluador independiente (un psiquiatra que estaba efectuando el *MIR*), para evaluar su bienestar psicológico. Este evaluador era ciego respecto a los objetivos del estudio y estaba entrenado en la administración del *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) por parte de un psiquiatra senior. Además de la aplicación del BPRS a todos los MAPs, este evaluador recopiló todos los cuestionarios previamente rellenados por los MAPs al finalizar las entrevistas. Todas las entrevistas del evaluador independiente se realizaron dentro de un período máximo de 15 días.

Instrumentos

En primer lugar, las siguientes variables administrativas y sanitarias facilitadas por la autoridad sanitaria catalana (*Institut Català de la Salut* (ICS)) fueron registradas como indicadores objetivos de carga laboral:

(a) *Total de visitas efectuadas anualmente por cada MAP para todo tipo de patologías*; (b) *Total de visitas efectuadas anualmente por cada MAP ligadas a salud mental*; (c) *Accesibilidad*: porcentaje de visitas requeridas para las 48h siguientes que han sido satisfechas por cada profesional anualmente. En todos los tres casos se obvió los datos de pa-

cientes envueltos en programas de atención domiciliaria, pacientes crónicos complejos y pacientes con enfermedades crónicas avanzadas.

En Segundo lugar, los siguientes instrumentos fueron administrados a cada participante: (a) Cuestionario socio-demográfico diseñado *ad-hoc* para este estudio. Tiene ítems relacionados con información personal, social y laboral.

(b) Versión extendida del *Cuestionario Font-Roja de Satisfacción Laboral*. Este cuestionario ha sido ampliamente utilizado en muchos estudios españoles, presentando unas adecuadas propiedades psicométricas (*alpha Cronbach* 0.791).¹⁸ Tiene 26 ítems en *escala likert* [1-5]. Contiene 9 dimensiones: *satisfacción por el trabajo*; *tensión relacionada con el trabajo*; *competencia profesional*; *presión en el trabajo*; *promoción profesional*; *relación interpersonal con los superiores*; *relación interpersonal con los compañeros*; *características extrínsecas de estatus*; *monotonía laboral*.

(c) *Maslach burnout Inventory* (MBI). MBI es el instrumento más utilizado para medir *burnout*. La adaptación española ha demostrado ser fiable y válida.¹¹ Tiene 26 ítems que capturan tres dimensiones del *burnout*: agotamiento emocional o *emotional exhaustion* (EE), despersonalización o *depersonalization* (DP), y realización personal o *personal accomplishment* (PA). La puntuación *Total MBI* se obtuvo como: [EE+DP+LPA]. The LPA (falta de realización personal o *lack of personal accomplishment*) se calculó como: [LPA = 48 - PA]. Utilizamos los puntos de corte propuestos por Doulougeri, Georganta y Montgomery para el MBI: Puntuaciones EE ≥ 27 son consideradas como *alta*, 19–26 como *media*, ≤18 como *baja*; Puntuaciones DP ≥10 como *alta*, 6–9 como *media*, ≤5 como *baja*; Puntuaciones PA >40 como *alta*, 34–39 como *media*, <33 como *baja*; Puntuaciones *Total MBI* con

percentil >75 como *alta*, 25-75 como *media*, <25 como *baja*.

(d) *Struening And Cohen's Opinion About Mental Illness Questionnaire (Cuestionario de Opinión sobre Enfermedad Mental, OMI)*. Adaptado para su uso en España por Yllá y Guimón con adecuadas propiedades picométricas.²⁸ Tiene 63 ítems, de los cuales se infieren 5 dimensiones: negativismo o *negativism*; social/*interpersonal etiology* o etiología social/*interpersonal*; autoritarismo o *authoritarianism*; restrictividad social o *restrictiveness*; prejuicio o *prejudice*.

2. Medidas psicométricas hetero-aplicadas:
- *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)*. Esta entrevista semi-estructurada es una de las escalas más antiguas y ampliamente utilizadas por los clínicos y los investigadores para medir los síntomas psiquiátricos. Entre las diferentes versiones disponibles, en España se validó dentro de *The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)*.²⁰ Los 18 ítems son calificados por un clínico entrenado en base al comportamiento observado y del habla. El intervalo de tiempo considerado es la semana anterior a la calificación. La presencia y gravedad de los síntomas psiquiátricos se califican en una escala de likert que varía de 1 (*no informado*) a 7 (*muy grave*); por lo tanto, las puntuaciones posibles varían de 18 a 126 indicando las más bajas psicopatología menos grave. Entre los disponibles, se usaron los puntos de corte para la puntuación total propuestos por Leucht y colegas por su solidez, a pesar de ser sólo generalizables a los pacientes con esquizofrenia y al menos síntomas positivos moderados: 31 como *levemente enfermo*; 41 como *moderadamente enfermo*; 53 como *muy enfermo*. En cualquier caso, el BPRS puede ser una herramienta útil para determinar la presencia de un trastorno mental, pero insuficiente si se aplica en solitario.

Consideraciones éticas y de financiación

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Clínica (CEIC) de la *Unidad de Soporte a la Investigación* regional del *Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP)*, siguiendo la ley contenida en la Declaración de Helsinki y en la ley nacional de protección de datos personales.

Análisis estadístico

Las características de la muestra se describieron calculando medianas y rangos intercuartiles (*IQR*) para variables numéricas y frecuencias absolutas y relativas (%) para variables binarias y categóricas

Para evaluar el efecto del *burnout*, la satisfacción laboral y las variables socio-demográficas sobre el bienestar psicológico, se ajustaron cuatro modelos de regresión logística sobre los síntomas del BPRS más prevalentes. En cada modelo, la presentación de -o no- de cualquier grado de síntomas fue explicado por el MBI total, total del *Cuestionario Font Roja-AP de Satisfacción Laboral*, edad, sexo y experiencia laboral.

Las distribuciones observadas fueron ilustradas usando diagramas de caja.

Todas las estadísticas se realizaron usando el R Development Core Team software (2011).

Resultados

Valores socio-demográficos

Nuestra muestra estuvo compuesta predominantemente de mujeres (78.95%) de mediana edad (mediana= 49 años, *IQR* = 42.25, 56). La mayoría cursó el MIR (78.95%) y

ostenta muchos años de experiencia profesional (17 [12.25, 28]). Había una mayoría de contratos indefinidos (65.79%) y turnos laborales mixtos (68.42%). La mayoría había recibido escasa formación en salud mental durante el último año (0 [0, 10]).

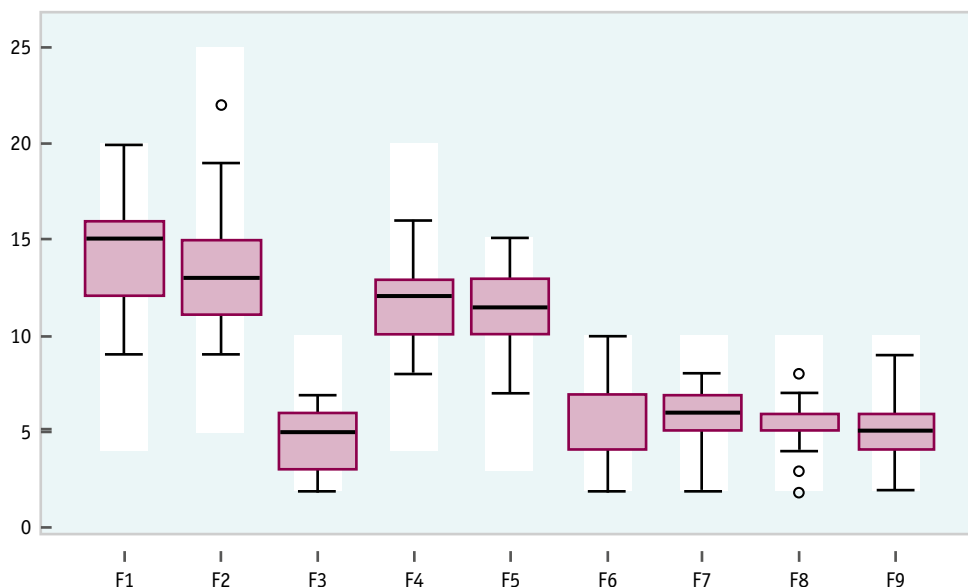
Valores administrativos y clínicos

En relación a los datos administrativos, la mediana del *total de visitas efectuadas anualmente por cada MAP para todo tipo de patologías* fue 4404 (IQR = 4004.25, 4816.25). La mediana del nivel de accesibilidad fue de 91.60 (IQR = 72.88, 100). Finalmente, la me-

diana del total de visitas efectuadas anualmente por cada MAP ligadas a salud mental fue 355 (IQR = 291, 434).

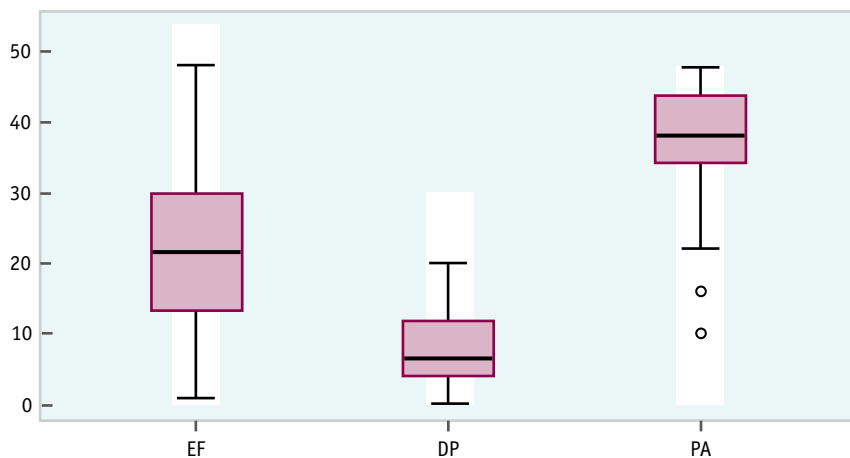
En conjunto, la mediana de la satisfacción laboral evaluada por el *Cuestionario Font Roja-AP de Satisfacción Laboral* fue 75.5 (IQR = 73, 79); las puntuaciones oscilaban entre 26 - 130 (Figura 1). En base este cuestionario, por un lado podemos observar una moderada *satisfacción por el trabajo* (F1) y *promoción profesional* (F5), pero por el otro una moderada *tensión relacionada con el trabajo* (F2) y *presión en el trabajo* (F4). La *relación interpersonal con los compañeros* (F7) tendía a ser más fluida que *con los superiores* (F6).

Figura 1. Distribución de las dimensiones de la versión extendida del Cuestionario Font-Roja de Satisfacción Laboral



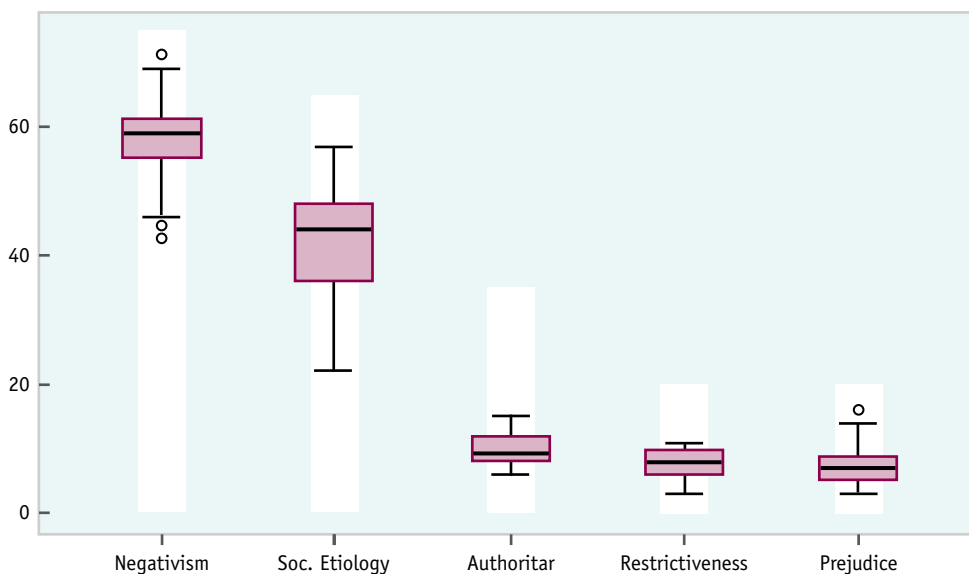
Notas: Diagramas de caja de los resultados. Dimensiones: F1: satisfacción por el trabajo; F2: tensión relacionada con el trabajo; F3: competencia profesional; F4: presión en el trabajo; F5: promoción profesional; F6: relación interpersonal con los superiores; F7: relación interpersonal con los compañeros; F8: características extrínsecas de estatus; F9: monotonía laboral. Los diagramas muestran los cuartiles y los outliers amb con un rango teórico en segundo plano.

Figura 2. Distribución de las dimensiones del Maslach Burnout Inventory (MBI)



Notas: EE: Emotional exhaustion; DP: Depersonalization; PA: Personal accomplishment.

Figura 3. Distribución de las dimensiones del Cuestionario de Opinión sobre Enfermedad Mental (OMI)



Notas: Diagramas de caja de los resultados. Dimensiones: *Negativism; Social/interpersonal etiology; Authoritarianism; Restrictiveness; Prejudice.*

La mediana del nivel total de *burnout* calculada estaba en la *media*, situándose en 38 (*IQR* = 29, 54). Sólo 2 (5.26%) MAPs mostraron puntuaciones en *total MBI* en percentiles >75. A parte, todas las puntuaciones en las 3 subescalas del 3 MBI estaban en la *media* (Figura 2): *emotional exhaustion* (EE) (mediana = 21.50, *IQR* = 13.25, 28.75); *depersonalization* (DP) (mediana = 6.50, *IQR* = 4.25, 11.75); *personal accomplishment* (PA) (mediana = 38, *IQR* = 34, 43.75).

En relación a las Opiniones sobre las enfermedades Mentales medidas por el cuestionario OMI, las puntuaciones variaron a lo largo de las dimensiones del OMI (Figura 3). Observamos puntuaciones altas en *negativism* (mediana = 59, *IQR* = 55.25, 61); rango 0 - 75. Puntuaciones altas fueron también detectadas en *social/ interpersonal etiology* (mediana = 44, *IQR* = 36.50, 48.27); rango 0 - 65. Puntuaciones fueron medias en *Restrictiveness* (mediana = 8, *IQR* = 6, 10); rango 0 - 20. Puntuaciones medianas fueron también observadas en *prejudice* (mediana = 7, *IQR* = 5.25, 9); rango 0 - 20. Finalmente, puntuaciones bajas fueron observadas en *authoritarianism* (mediana = 9, *IQR* = 8, 11.75); rango 0 - 35.

En los resultados de los ítems del BPRS (Tabla 1) podemos observar como sólo un 10.5% de los MAPs no presentaba ningún nivel de *ansiedad*, desde el punto de vista de un juicio clínico. Otros síntomas psiquiátricos predominantes fueron niveles *leves* de *estado de ánimo depresivo* (18.4%), *preocupaciones somáticas* (13.2%), *hostilidad* (15.8%) y *sentimientos de culpabilidad* (10.5%). En relación a la comorbilidad de síntomas, 36 (94.74%) de los MAPs presentaron simultáneamente más de un síntoma en el BPRS (en cualquier nivel del rango de severidad). Focalizándose sólo en estos casos preocupantes, 21 (55.26%) MAPs sufrían

síntomas de *moderada* a *muy grave* severidad; entre ellos, sólo 7 (18.42%) MAPs presentaba más de un síntoma simultáneamente. Finalmente, la puntuación total del BPRS (mediana = 24, *IQR* = 22, 27), la *Subescala Negativa* (mediana = 4, *IQR* = 4, 4) y la *Subescala Positiva* (mediana = 4, *IQR* = 4, 4) no fueron clínicamente significativas. Sólo 3 (7.89%) sujetos presentaban puntuaciones en el total del BPRS ≥ 31 (como *levemente enfermo*), y ninguna ≥ 41 (como *moderadamente enfermo*).

Table 1. *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Parte 1)*

Grado de Severidad							
	No informado	Muy leve	Leve	Moderada	Modeada Grave	Grave	Muy Grave
1.Preocupación Somática	24 (63.2%)	6 (15.8%)	5 (13.2%)	0	1 (2.6%)	2 (5.3%)	0
2.Ansiedad	4 (10.5%)	5 (13.2%)	9 (23.7%)	10 (26.3%)	4 (10.5%)	6 (15.8%)	0
3.Aislamiento Emocional	36 (94.7%)	1 (2.6%)	1 (2.6%)	0	0	0	0
4.Desorganización Conceptual	37 (97.4%)	1 (2.6%)	0	0	0	0	0
5.Sentimientos de culpabilidad	19 (50.0%)	12 (31.6%)	4 (10.5%)	3 (7.9%)	0	0	0
6.Tensión	38 (100.0%)	0	0	0	0	0	0
7.Manerismo y posturas corporales extrañas	38 (100.0%)	0	0	0	0	0	0
8.Grandeza	38 (100.0%)	0	0	0	0	0	0
9.Estado ánimo depresivo	14 (36.8%)	15 (39.5%)	7 (18.4%)	1 (2.6%)	0	0	1 (2.6%)

Table 1. *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Parte 2)*

	Grado de Severidad						
	No informado	Muy leve	Leve	Moderada	Modeada Grave	Grave	Muy Grave
10. Hostilidad	13 (34.2%)	17 (44.7%)	6 (15.8%)	1 (2.6%)	1 (2.6%)	0	0
11. Susplicacia	33 (86.8%)	5 (13.2%)	0	0	0	0	0
12. Conducta Alucinatoria	37 (97.4%)	1 (2.6%)	0	0	0	0	0
13. Retraso Motor	38 (100.0%)	0	0	0	0	0	0
14. No Cooperativo	38 (100.0%)	0	0	0	0	0	0
15. Contenido inusual del pensamiento	38 (100.0%)	0	0	0	0	0	0
16. Afecto Aplanado	36 (94.7%)	2 (5.3%)	0	0	0	0	0
17. Excitación	24 (63.2%)	10 (26.3%)	3 (7.9%)	1 (2.6%)	0	0	0
18. Desorientación	38 (100.0%)	0	0	0	0	0	0

Regresiones logísticas

Los modelos de regresión logística sobre los principales síntomas psiquiátricos de los MAPs mostraron como un aumento del *burnout* (COEF=1.10 (1.03, 1.21); $p = 0.019$) y experiencia profesional (COEF= 1.34 (1.08, 1.99); $p = 0.049$) estaba asociado con una mayor posibilidad de sufrir depresión. A parte, tener baja edad (COEF= 0.62 (0.35, 0.84); p

= 0.02) y *burnout* (COEF=0.94 (0.88, 0.99); $p = 0.024$) estaba asociado con una baja probabilidad de sufrir hostilidad en cualquier nivel. Finalmente, presentar un elevado *burnout* (COEF=1.08 (1.02, 1.17); $p = 0.026$) o baja satisfacción laboral (COEF=0.69 (0.46, 0.90); $p = 0.022$) estaba asociado con mayores niveles de culpabilidad. En relación a la *ansiedad*, no encontramos diferencias estadísticamente significativas.

Table 2. Regresiones logísticas sobre los principales síntomas psiquiátricos de los MAPs

Psychiatric Symptoms	Variable	Coefficients ^a	P
1. Depresión			
	Edad	0.79 (0.56, 0.97)	0.075
	Género	1.32 (0.17, 10.24)	0.785
	Años de experiencia	1.34 (1.08, 1.99)	0.049*
	Burnout (total)	1.10 (1.03, 1.21)	0.019*
	Satisfacción Laboral (Total)	1.08 (0.94, 1.30)	0.307
2. Hostilidad			
	Edad	0.62 (0.35, 0.84)	0.02*
	Género	0.29 (0.01, 4.70)	0.437
	Años de experience	1.33 (1.03, 2.05)	0.093
	Burnout (total)	0.94 (0.88, 0.99)	0.024*
	Satisfacción laboral (total)	1.08 (0.85, 1.37)	0.513
3. Culpa			
	Edad	1.16 (0.92, 1.54)	0.245
	Género	Inf (0, Inf)	0.993
	Años de experiencia	1 (0.80, 1.23)	0.962
	Burnout (total)	1.08 (1.02, 1.17)	0.026*
	Satisfacción laboral (total)	0.69 (0.46, 0.90)	0.022*

^a Coeficientes y 95% intervalos de confianza del modelo de regresiones logísticas prediciendo los principales síntomas psiquiátricos de los MAPs.

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

Discusión

Los MAPs presentaron resultados heterogéneos una vez analizados los diferentes parámetros de salud laboral y psicológicos, observándose en nuestro estudio tanto fortalezas como debilidades.

Por un lado, observamos un empeoramiento de la carga de trabajo de los MAPs (según los indicadores administrativos y sanitarios) en comparación con los datos observados en las mismas unidades de atención primaria en los últimos años. Lamentablemente, estas medidas son sólo *intra-grupo* ya que hasta ahora carecen de comparación externa. Los recortes en el presupuesto sanitario, las dificultades para reemplazar las bajas por enfermedad o la disminución de las plazas de MAP pueden haber sido algunos elementos contribuyentes.

Asimismo, en la línea de publicaciones previas se observaron niveles moderados de *burnout* y satisfacción; no detectamos un empeoramiento significativo de estos dos parámetros en comparación con los señalados antes y durante la crisis económica española^{24,14}, o con aquéllos aportados por estudios internacionales.²⁶ Sólo 2 (5.26%) MAPs informaron una puntuación total en el MBI > 75 (como *alta*), cifras menos prevalentes las observadas en otros estudios realcionados.¹⁷ Con respecto a las opiniones y actitudes hacia las enfermedades mentales, las puntuaciones en OMI no reflejaron un alto *prejuicio* hacia ellas, pero sí mostraron carencias en el manejo clínico de los pacientes psicopatología, que es congruente con estudios previos.² No obstante, proporcionar a los MAPs más habilidades y entrenamiento en salud mental podría mejorar las altas puntuaciones detectadas en el *negativism* (definido como actitud benévola, caritativa, simplista, paternal y autoritaria) y la *interpersonal etiology of mental disorders*.

Por otro lado, los resultados de la salud mental de los MAP fueron de algún modo polémicos. Sabíamos de antemano por estudios nacionales^{7,13} e internacionales⁶ que existe entre el 25 y el 30% de la morbilidad psiquiátrica entre los MAPs. Por lo tanto, en esta línea con la literatura, esperábamos una cifra superior que en la población general pero al mismo tiempo menor que las cifras anteriormente mencionadas después que el estado mental fuera evaluado más a fondo a través de una entrevista clínica psiquiátrica. Hasta ahora, después de revisar las principales bases de datos de investigación, todos los estudios españoles e internacionales sobre este tema sólo administran cuestionarios de salud auto-administrados como el *General Health Questionnaire* (GHQ), los cuales son útiles pero clínicamente menos precisos y profundos que las entrevistas clínicas. Nuestros resultados reflejan esta alta proporción de MAPs que presentan síntomas psiquiátricos pero mucho más de lo esperado teniendo en cuenta las consideraciones previas. Teniendo en cuenta que sólo los casos que la atención en salud mental podría ser de algún modo recomendada, 21 (55.26%) MAPs sufrían síntomas de *moderado* a *muy grave*. En relación a la comorbilidad de síntomas, 36 (94.74%) MAPs presentaban más de un síntoma en el BPRS simultáneamente. Entre el subgrupo con síntomas *moderados* a *muy graves*, 7 (18.42%) MAPs presentaron más de un síntoma en el BPRS simultáneamente.

En cuanto al tipo de síntomas psiquiátricos observados, tal y como también se señala en la literatura, la ansiedad, la depresión y las preocupaciones somáticas fueron las predominantes.⁴ El 89.5% de los MAP sufrían niveles de ansiedad de *muy leves* a *graves*.

Sorprendentemente, en nuestra muestra hubo un 15.8% de prevalencia de *hostilidad*. A pesar de que estas tasas más altas

de síntomas psiquiátricos, se considera que los MAPs tienden a ocultar sus problemas y seguir trabajando incluso cuando están enfermos.

Regresiones logísticas

Dados estos resultados en el bienestar psicológico, llevamos a cabo un modelo de regresión logística sobre los principales síntomas psiquiátricos. Nuestros resultados son difíciles de comparar con anteriores datos de investigación españoles sobre este tema porque aquí se realizó una entrevista psiquiátrica, informándose sobre síntomas en lugar de ofrecerse un índice global de morbilidad psiquiátrica.⁷ Aquí podemos observar como el *burnout*, la satisfacción laboral y los factores socio-económicos ejercieron diferentes efectos sobre cada síntoma psiquiátrico. En cualquier caso, si queremos aumentar nuestra comprensión sobre el bienestar psicológico de los MAPs, se requeriría de un análisis más amplio y complejo.

Limitaciones y fortalezas del estudio

Tenemos que reconocer una serie de importantes limitaciones en nuestro estudio. En primer lugar, el tamaño de la muestra es modesto en comparación con otros estudios en este campo.²⁴ Sin embargo, es una proporción importante del total de nuestra población de estudio, estando en todo caso asegurada la representatividad de este colectivo. En segundo lugar, si bien es clínicamente mejor que usar un cuestionario, la administración de nuestra entrevista clínica podría ser un tanto controvertida en la población general. El BPRS es una medida sólida psicométricamente, pero principalmente administrada en esquizofrenia. Sin

embargo, hay evidencia científica que apoya su uso para detectar otros tipos de psicopatologías.³ De hecho, teniendo el tiempo y los recursos requeridos, habría sido incluso mejor utilizar entrevistas mucho más largas y complejas como *The Structured Clinical Interview for DSM-5* (SCID-5). En este contexto de exploración psiquiátrica, podría haber sido también interesante analizar dominios más allá de los establecidos por el BPRS, como por ejemplo las conductas alimentarias o adictivas, síntomas psiquiátricos señalados por la literatura como más frecuentes que en población general.¹⁵ Respecto a los datos administrativos, es difícil comparar nuestros datos con las de otros centros de salud debido a la disparidad de organización y características. Además, los propios indicadores no están exentos de la crítica.

Sin embargo, al menos para nuestro sistema de salud, podrían ser útiles en futuras investigaciones. Finalmente, debemos considerar que todas las comparaciones previas y posteriores a la crisis económica española son informales porque no fueron administradas herramientas que pudieran controlar la posible influencia ejercida por factores de confusión.

Como puntos fuertes de nuestro estudio, queremos enfatizar su validez ecológica. El estudio se llevó a cabo en la práctica clínica real, con todas las restricciones que esto acarrea: elevada petición de servicios, sobrecarga de trabajo, restricciones en la frecuencia de las visitas de seguimiento, etc.

Conclusiones

Dada la importancia de la salud laboral y los resultados mixtos detectados en nuestra muestra, podemos concluir que existe una necesidad de protegerla y mejorarla. La cuestión es qué intervención debe ser implementada, ya que todavía se requieren futuras investigaciones que desarrollen modelos que describan el fenómeno, identifiquen factores relacionados y estrategias efectivas de intervención. En este contexto, esperamos presentar en un futuro próximo los resultados de las nuevas intervenciones multimodales que estamos llevando a cabo. Su objetivo es facilitar a los MAPs mejores habilidades para hacer frente a esta mayor presión de asistencia con menores costes personales.

Conflicto de Intereses

Ninguno de los autores tiene intereses económicos u otros posibles conflictos de intereses que puedan afectar los objetivos o los resultados del presente manuscrito.

Esta investigación no ha recibido ninguna financiación pública o privada.

Reconocimientos

Queremos agradecer a Dra. M^a Teresa Peñarubia María y Jesús Almeda Ortega por su contribución a lo largo del proceso de revisión del estudio.

Referencias

1. Aranaz J, Mira J. Cuestionario Font Roja. Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. *Todo Hosp.* 1988;52:63-6.
2. Arrillaga M, Sarasqueta C, Ruiz M, Sánchez A. Actitudes del personal sanitario de atención primaria hacia el enfermo mental, la psiquiatría y el equipo de salud mental. *Aten Primaria.* 2004;33(9):491-5.
3. Biancosino B, Picardi A, Marmai L, Biondi M, Grassi L. Factor structure of the Brief Psychiatric Rating Scale in unipolar depression. *J Affect Disord.* 2010;124(3):329-34.
4. Brooks SK, Gerada C, Chalder T. Review of literature on the mental health of doctors: are specialist services needed?. *J Ment Health.* 2011;20(2):146-56.
5. Carmona G, López LA, Mendoza OJ, Oleaga I. Impacto de la Crisis Económica en la Salud y en el Sistema Sanitario en España. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2015.
6. Cohen D, Rhydderch M. Measuring a doctor's performance: personality, health and well-being. *Occup Med.* 2006;56:438-441.
7. Esteva M, Larraz C, Jiménez F. La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Rev Clin Esp.* 2006; 206(2):77-83.
8. Gabinet de comunicació i premsa Institut d'Assistència Sanitària (IAS). El

- programa de suport a la salut mental en l'Atenció Primària millora l'atenció integral dels trastorns mentals. Girona: Departament de Salut. Serveis Territorials a Girona; 2010
9. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Enquesta de salut de Catalunya 2015. Principals resultats. Barcelona: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut; 2015.
 10. Gibson J, Checkland K, Coleman A, Hann M, McCall R, Spooner S et al. Eighth National GP Worklife Survey. Policy research unit in commissioning and the health care system (PRUComm). 2015. [Accessed January 31, 2017]. Available in:<http://www.population-health.manchester.ac.uk/healthconomics/research/Reports/EighthNationalGPWorklifeSurveyreport/EighthNationalGPWorklifeSurveyreport.pdf>
 11. Gil-Monte P, Peiró JM. Validez factorial del maslach *burnout* inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*. 1999;11(3):679-89.
 12. Gili M., Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*. 2013;23(1):103-8.
 13. Lomeña JA, Martínez C, Negrillo M, Naranjo A. Malestar psíquico en profesionales de la salud: una aproximación a su estudio. *Aten Prim*. 1991;8: 549-54.
 14. Matía AC, Cordero J, Mediavilla JJ, Pareda MJ., González ML, González A. Evolución del *burnout* y variables asociadas en los médicos de atención primaria. *Aten Prim*. 2012;44(9):532.
 15. Miller, L. Doctors, their mental health and capacity for work. *Occup Med*. 2009;59:53-55.
 16. Molina A, García MA, Alonso M, Cecilia P. Prevalencia de desgaste y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Prim*. 2003;31:564-74.
 17. Murray M, Murray L, Donnelly M. Systematic review of interventions to improve the psychological well-being of general practitioners. *BMC Fam Pract*. 2016;17:36.
 18. Nuñez E, Estévez GJ, Hernández P, Marrero C. Una propuesta destinada a complementar el cuestionario Font-Roja de satisfacción laboral. *Gacet Sanit*. 2007;21(2):136-41.
 19. Pastor, J. El psicólogo en AP: un debate necesario en el sistema nacional de salud. *Papeles del psicólogo*. 2008;3(29):271-90.
 20. Peralta V, Cuesta MJ. Psychometric properties of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 1994;53(1):31-40
 21. Pérez-Ciordia I, Guillén-Grima F, Bruggos A, Aguinaga I. Job satisfaction and improvement factors in primary care professionals. *An Sist Sanit Navar*. 2013;36(2):253-262.
 22. Picardi A, Battisti F, de Girolamo G, Morosini P, Norcio B, Bracco R. et al. Symp-

tom structure of acute mania: a factor study of the 24-item Brief Psychiatric Rating Scale in a national sample of patients hospitalized for a manic episode. *J Affect Disorders*. 2008;108(1-2):183-9.

23. Saturno PJ, Quintana O, Varo J. Qué es calidad? Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Madrid: Dupont Pharma; 1997.
24. Sobrequés J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Prim*. 2003;31:227-33.
25. Sociedad Andaluza de Medicina familiar y Comunitaria. ¿Qué queremos los Médicos de Familia?. Sep 2013. [Accessed January 31, 2017]. Available in: <http://www.samfyc.es/pdf/ReflexionesSAMFyC26092013.pdf>
26. Soler JK, Yaman H, Esteva M. *burnout* in European general practice and family medicine. *J Soc Behav Pers*. 2007;35(8):1149-50.
27. Vall-llosera A, Zapater F. La atención primaria en Catalunya: una paulatina Regresión. *Salud 2000*. 2015;25,146.
28. Yllá L, González-Pinto A, Ballesteros J, Guillén V. Evolución de las Actitudes de la población frente al enfermo mental. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007;35(5):323-35.