

Artículo de Investigación

Screening de problemas psicosociales en médicos de atención primaria de Gran Canaria

*Ruyman Espino Espino*¹, *Claudio Cabrera Velázquez*², *Carmen Nieves Hernández Flores*³, *María Francisca Martínez Huidobro*⁴, *Miguel Morales García*⁵, *Guillermo Pérez Mora*⁶, *Encarnación Muñoz Díaz*⁷, *Jose Luís Hernández Fleita*⁸.

^{1,2,3,6,8}.Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

4. Hospital Doctor Negrín

5. Hospital de Getafe

7. Hospital Insular de Las Palmas

Resumen

Introducción: La salud mental, de los médicos en concreto, es un tema de creciente preocupación en todo el mundo, ya que frecuentemente perjudica a las responsabilidades y práctica médica. La salud mental en el personal sanitario puede verse afectada debido a la coexistencia de características particulares cuando desempeñan su rol, además de otros factores perjudiciales que no dependen directamente del propio sanitario. El interés de nuestro estudio radica en cuantificar la posible presencia de problemas psicosociales en el colectivo médico de atención primaria, así como buscar diferencias en cuanto a los grupos caso y no caso.

Métodos: Se ha realizado un estudio transversal descriptivo sobre un total de 108 médicos de atención primaria de Gran Canaria, encontrándose todos ellos con contrato en vigor, durante los meses de Febrero y Marzo de 2019. Se recogieron datos sociodemográficos además de otras variables y se les aplicó cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) para evaluar la posible presencia de problema psicosocial. Posteriormente se realizaron comparaciones estadísticas utilizando el paquete Jamovi, 0.9.5.12, utilizando la chi-cuadrado (χ^2), t-test y el test de Wilcoxon, considerando significativo si $p < 0,05$.

Resultados: Se ha obtenido un total de 34 sujetos como posibles sujetos con problemas psicosociales. Al analizar las variables se obtiene un mayor porcentaje de mujeres en el grupo

casos con respecto al no casos ($p = 0.014$ y $OR = 3.08$); mayor porcentaje de médicos con un cupo de pacientes al día >40 en el grupo casos con respecto al no casos ($p = 0.043$ y $OR = 2.8$); la mediana del cupo total de pacientes del grupo de los casos se sitúa en 1600 y la de los no casos en 1500 ($p = 0.032$); dentro del grupo de los casos se ve un aumento del personal con contrato temporal ($p = 0.027$ y $OR = 2.57$); dentro del grupo de los casos el porcentaje de los sujetos insatisfechos con su puesto de trabajo crece bruscamente ($p < 0.001$ y $OR = 8.13$); en el grupo de los casos se observa un aumento del porcentaje de personas que no realizan ejercicio ($p = 0.029$; $OR = 4.78$); dentro de los fumadores el 75% tiene posibilidad de sufrir un problema psicosocial; en el grupo de los casos aumenta el porcentaje de sujetos que refieren no tener tiempo libre ($p = 0.006$; $OR = 4.57$). Otras variables no han sido significativas: edad, nº de años trabajados, estado civil, nº de hijos, consumo de psicofármacos.

Conclusiones: El 31.48% de los médicos de atención primaria a estudio tienen riesgo de sufrir un problema psicosocial, siendo la ansiedad/insomnio el problema psicosocial que más probablemente pueden sufrir. Además, nuestros resultados sugieren como factores de riesgo: el sexo femenino, un cupo de pacientes al día >40 , un cupo total de pacientes que ronde los 1600, la temporalidad del contrato, la insatisfacción con el puesto de trabajo, el sedentarismo, el tabaco y la falta de tiempo libre.

Palabras Clave: estrés, psicosociales, médicos.

Abstract

Introduction: Mental health, of physicians in particular, is an issue of growing concern around the world, as it often undermines medical responsibilities and practice. Mental health in healthcare workers can be affected by the coexistence of particular characteristics when they play their role, in addition to other harmful factors that do not depend directly on the healthcare worker. The interest of our study lies in quantifying the possible presence of psychosocial problems in the primary care medical collective, as well as looking for differences in terms of case and non-case groups.

Methods: A descriptive cross-sectional study was carried out on a total of 108 primary care physicians in Gran Canaria, all of them with a contract, during the months of February and March 2019. Sociodemographic data and other variables were collected and Goldberg's General Health Questionnaire (GHQ-28) was applied to evaluate the possible presence of a

psychosocial problem. Subsequently, statistical comparisons were made using the Jamovi package, 0.9.5.12, using the Chi-square t-test and the Wilcoxon test, considering significant if $p < 0.05$.

Results: A total of 34 subjects have been obtained as possible subjects with psychosocial problems. An analysis of the variables shows a higher percentage of women in the group cases compared to non-cases ($p = 0.014$ and $OR = 3.08$); a higher percentage of doctors with a quota of patients per day >40 in the group cases compared to non-cases ($p = 0.043$ and $OR = 2.8$); the median of the total quota of patients in the group of cases is 1600 and in the non-cases is 1500 ($p = 0.032$); Within the group of cases, there is an increase in staff with a temporary contract ($p = 0.027$ and $OR = 2.57$); Within the group of cases, the percentage of subjects dissatisfied with their job increases a lot ($p < 0.001$ and $OR = 8.13$); In the group of cases, an increase in the percentage of people who do not exercise is observed ($p = 0.029$ and $OR = 4.78$); among smokers, 75% have the possibility of suffering a psychosocial problem; In the group of cases, the percentage of subjects reporting not having free time increases ($p = 0.006$ and $OR = 4.57$). Other variables were not significant: age, number of years that they have been working, marital status, number of children, consumption of psychotropic drugs.

Conclusions: 31.48% of primary care physicians are at risk for a psychosocial problem, with anxiety / insomnia being the most likely psychosocial problem. In addition, our results suggest as risk factors: female sex, a quota of patients per day >40 , a total quota of patients around 1600, the temporality of the contract, dissatisfaction with the job, sedentarism, tobacco and lack of free time.

Key Words: stress, physicians

Introducción

Salud mental

Desde su inicio, la OMS ha incluido el bienestar mental en la definición de la salud. La OMS define la salud como: “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. (1)

Para todos los individuos, la salud mental, la salud física y la salud social son componentes esenciales de la vida, estrechamente relacionados e interdependientes.

Cuanto mayores son nuestros conocimientos sobre esta relación, más evidente resulta la importancia básica de la salud mental para el bienestar general de los individuos, y, por tanto, para la sociedad. (2)

La Organización Mundial de la Salud define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. (3)

A raíz de esto, se puede decir que la salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad, siendo mucho más que la ausencia de enfermedad mental. (3)

Ni la salud física ni la salud mental pueden existir solas. El funcionamiento de las áreas mentales, físicas y sociales son interdependientes. Reconociendo que la salud es un estado de balance que incluye el propio ser, los otros y el ambiente, estaremos ayudando a que las comunidades e individuos entiendan cómo buscar su mejoría. (3)

Salud mental en el puesto de trabajo

El lugar de trabajo (junto al estilo de vida) se considera un factor clave en el origen de diversas enfermedades y como un factor determinante del bienestar del individuo. La salud mental en el puesto de trabajo ha sido objeto de estudio de especial atención, convirtiéndose en una preocupación importante en nuestra sociedad y una prioridad en la salud pública. (4) Entre los riesgos a los que están expuestos los trabajadores, destacan los riesgos psicosociales, siendo reconocidos como problemas de talla mundial, afectando a todas las profesiones. (5) La salud mental, de los médicos en concreto, es un tema de creciente preocupación en todo el mundo, ya que frecuentemente perjudica a las responsabilidades y práctica médica. (6) La salud mental en el personal sanitario puede verse afectada debido a la coexistencia de características particulares cuando desempeñan su rol, como pueden ser: trabajo directo con personas vulnerables, alto nivel de responsabilidad y consecuencias de posibles errores, necesidad de enfrentar situaciones que incluyen dolor, sufrimiento y muerte, interacción directa con los familiares del individuo, mantener un adecuado equilibrio entre vida profesional y personal; además hay que destacar otros factores perjudiciales que no dependen directamente del propio personal sanitario, como pueden ser: organización del entorno médico, demandas constantes, cantidad insuficiente de recursos, guardias... (7)

Los factores anteriormente nombrados pueden generar en el profesional alteraciones emocionales (como irritabilidad), sintomatología somática (como cefaleas o problemas gastrointestinales), insatisfacción, burnout, estrés o fatiga mental. (8) De lo que podemos sacar en claro la importancia de cuidar las condiciones de trabajo, organización del entorno laboral, tecnológico y psicosocial, ya que estos factores influirán directamente en la salud y el rendimiento (9), tanto positiva como negativamente del trabajador. (10)

El estrés laboral entre los médicos es común y se ha asociado con errores médicos y fallos en el puesto de trabajo. Se desconoce si las tasas de síntomas debidas al estrés laboral entre los médicos varían según la especialidad y si los factores individuales se relacionan con el riesgo de padecerlo. (11)

Varios estudios indican que los trabajadores de la salud son los profesionales con mayor prevalencia de estrés laboral, con un rango de 30 a 70% y con el mayor riesgo de consecuencias psicopatológicas a largo plazo, como ansiedad, depresión, abuso de sustancias y riesgo de suicidio. (12)

Estos condicionantes provocan efectos negativos, tanto para el médico como para el paciente y la sanidad en general. Cuando el trabajo perjudica a la salud mental da lugar a un mayor riesgo a la hora de cometer errores en cuanto a la asistencia prestada a los pacientes, aparición de trastornos psiquiátricos adicionales, relación médico-paciente empobrecida, mayor absentismo laboral y jubilación anticipada. A pesar de lo nombrado, son muy pocos los médicos que buscan ayuda psicológica para estos problemas. Por ejemplo: en estudios recientes se ha visto que el 18% de los médicos se identifican como deprimidos, pero que sólo un 2% de ellos buscaron ayuda. (13)

Depresión

La depresión es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente. (14) Entre los trastornos depresivos encontramos: el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. (15)

El rasgo común de todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo (15), viéndole los demás como derribado, debilitado en su potencialidad y en la base de sustentación afectiva (14), los diferentes trastornos se diferencian entre ellos en duración, presentación temporal o en la supuesta etiología. (15) Se estima que, en el 2015, la proporción de la población mundial con depresión fue de 4,4%. (16)

Las tasas de prevalencia varían según la edad y alcanzan su punto máximo en la edad más adulta (por encima de 7,5% en mujeres de edades comprendidas entre los 55 y 74 años, y por encima de 5,5% en hombres). La depresión también ocurre en niños y adolescentes menores de 15 años, pero en un grado menor que en los grupos de mayor edad. (16) Además, las mujeres presentan una mayor prevalencia que los hombres, pero en los últimos tiempos esta diferencia ha ido disminuyendo. (17)

El número total de personas que tienen depresión en el mundo es de 322 millones. El número total estimado de personas con depresión aumentó en 18,4% entre el 2005 y el 2015. (16)

Ansiedad / Insomnio

Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. (15) Son respuestas instintivas acompañadas por percepciones somáticas correspondientes, están asociados con cogniciones ajustadas y proporcionales al estímulo provocador; sin embargo, algunas personas perciben de manera alterada, persistente y estereotipada la emoción y los cambios somáticos, y la acompañan de cogniciones catastróficas. Esto puede ocurrir en los diferentes ámbitos de la persona, entre los que se encuentra su trabajo. (14)

Se calcula que, en el 2015, la proporción de la población mundial con trastornos de ansiedad fue de 3,6%. Los trastornos de ansiedad son más comunes en las mujeres que en los hombres (4,6% en contraste con 2,6%, a nivel mundial). Se puede observar una tendencia a una menor prevalencia en los grupos de mayor edad (16), ya que su prevalencia es superior entre los 25 y 44 años, e inferior entre los mayores de 65 años; además, los trastornos de ansiedad son más frecuentes entre las personas separadas, divorciadas y viudas. (18)

El número total estimado de personas con trastornos de ansiedad en el mundo es de 264 millones en el 2015, lo que refleja un aumento de 14,9% desde el 2005. (16)

Por otro lado, el insomnio se define como una dificultad persistente en el inicio del sueño, su duración, consolidación o calidad, que ocurre a pesar de la existencia de adecuadas circunstancias y oportunidad para el mismo y que se acompaña de un nivel significativo de malestar o deterioro de las áreas social, laboral, educativa, académica, conductual o en otras áreas importantes del funcionamiento humano. (19)

La clasificación actual incluye (14) (19):

- Trastorno de insomnio crónico.
- Trastorno de insomnio de corta duración.
- Otros tipos.

Aproximadamente un tercio de la población se estima sufre de insomnio cuando se consideran tan solo los síntomas nocturnos (dificultad para iniciar o mantener el sueño), pero esta cifra disminuye hasta el 10% cuando se consideran las consecuencias diurnas, de tal manera que podemos establecer que el síndrome clínico completo de insomnio crónico lo padece entre un 6% y un 10% de la población (20).

Disfunción social

La disfunción social es un término muy general para describir la restricción en cuanto a participación de alguien en sus relaciones sociales, basada en una evaluación de las relaciones interpersonales, por tanto, el aislamiento social es un marcador de disfunción social. (21) Desde el inicio de la alteración mental, el área de la actividad interpersonal está por debajo del nivel previo antes de la aparición del trastorno.

Puede suponer:

- Falta de participación en la vida social.
- Consecuencias sobre la vida familiar.
- Ocio embrutecedor.

Síntomas somáticos

Los síntomas somáticos sin causa orgánica (SSCO) incluyen una larga serie de quejas subjetivas, con un importante distrés psicológico asociado, para las que no se encuentran signos clínicos que las justifiquen. Puede tratarse de síntomas solos o agrupados. (22) Los

síntomas somáticos en estos pacientes representan la expresión de dificultades emocionales que resumen complejas interacciones psicológicas, vitales, familiares y sociales. (23)

La prevalencia de los SSCO parece ser creciente. (24) Varios estudios han mostrado una asociación entre trauma y presentación de síntomas somatomorfos. (25) Por otro lado, existen razones sociales y culturales para magnificar los síntomas; las clases sociales altas tienden a amplificar los síntomas, mientras que la somatización es más frecuente en personas con nivel socio-económico o educacional bajo y domicilio rural. (23)

Otros estudios señalan que entre el 38% y 60% de los pacientes informan de síntomas que no pueden ser relacionados con una enfermedad o patología orgánica. (23)

La variabilidad de las cifras de prevalencia se debe, por una parte, a la dificultad generada por lo restrictivo de los criterios diagnósticos para el trastorno por somatización y, por otra, a lo impreciso de los criterios diagnósticos para poder realizar un diagnóstico específico. (23)

Objetivos

Objetivo general:

- Detectar posibles casos de problemas psicosociales en médicos de atención primaria de Gran Canaria.

Objetivo específico:

- Analizar diferencias entre los sujetos casos/no casos según sus datos sociodemográficos y otras variables, intentando buscar algún factor predisponente.

Sujetos y métodos

Se ha llevado a cabo un estudio transversal descriptivo en médicos de atención primaria de Gran Canaria, encontrándose todos ellos con contrato en vigor.

Centro de salud	Sujetos	% del total	Acumulativo (%)
Arucas	7	6.5 %	6.5 %
Canalejas	5	4.6 %	11.1 %
Cono Sur	5	4.6 %	15.7 %
Cueva Torres	5	4.6 %	20.4 %
Escaleritas	10	9.3 %	29.6 %
Firgas	5	4.6 %	34.3 %
Gáldar	10	9.3 %	43.5 %
Guanarteme	11	10.2 %	53.7 %
Guía	5	4.6 %	58.3 %
Las Remudas	6	5.6 %	63.9 %
Puerto	6	5.6 %	69.4 %
San Gregorio	8	7.4 %	76.9 %
San José	8	7.4 %	84.3 %
San Roque	4	3.7 %	88.0 %
Santa Brígida	6	5.6 %	93.5 %
Triana	7	6.5 %	100.0 %

Sujetos

Se ha llevado a cabo la encuesta sobre un total de 108 médicos de atención primaria de Gran Canaria, distribuidos en 16 centros de salud diferentes, durante los meses de Febrero y Marzo del año 2019.

Tabla 1. Distribución de los sujetos a estudio según su Centro de Salud

Sexo	Sujetos	% del total	Acumulativo (%)
Hombre	44	40.7 %	40.7 %
Mujer	64	59.3 %	100.0 %

Tabla 2. Distribución de los sujetos a estudio según su sexo

Variables e instrumentos de medida

Mediante la encuesta a rellenar que se les ha aportado, se ha obtenido información sobre datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil y número de hijos), las características propias del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) y otras variables (centro de salud donde trabaja, cupo medio de pacientes al día, cupo total de pacientes a su cargo, número de años trabajados, tipo de contrato, satisfacción laboral, inmersión en procesos judiciales en relación a su puesto de trabajo, presencia de hábito tabáquico, ejercicio regular, falta de tiempo libre, consulta a profesionales en busca de bienestar psicológico, consumo de psicofármacos). La encuesta es entregada a cada posible participante de manera personal en la consulta de los diferentes centros de salud, momento en el cual se le explica al participante que se trata de un cuestionario totalmente anónimo, así como los aspectos concretos que se quieren estudiar y el tiempo aproximado que le supondrá la cumplimentación del mismo. *Ver Anexo.*

Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)

El GHQ es un cuestionario de screening autoadministrado que fue diseñado para detectar trastornos psíquicos no psicóticos en la población general. En un primer momento los autores propusieron una versión de 60 ítems, si bien posteriormente se desarrollaron versiones más cortas (30, 28, 20 y 12).

El Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28), validado en nuestro país por Lobo et al (26), ha demostrado ser un buen instrumento para detectar problemas de disfunción social, psicósomáticos, ansiedad y depresión (27). La bibliografía ha señalado como ventajas del cuestionario su facilidad a la hora de aplicarlo así como su reducido tiempo de aplicación, oscilando este entre los 3-5 minutos, además de similares índices de validez y poder discriminativo que otros QHQ con mayor número de ítems (28) (29).

El cuestionario consta de 28 preguntas, se encuentra subdivido en 4 subescalas, con 7 preguntas cada una, referidas a síntomas psicósomáticos (A en nuestro cuestionario), ansiedad/insomnio (B en nuestro cuestionario), disfunción social (C en nuestro cuestionario) y depresión (D en nuestro cuestionario) (29). La puntuación se realiza asignando a las respuestas a), b), c), d) los valores 0, 0, 1, 1. El punto de corte para GHQ se sitúa en 5/6 (no caso/caso) (30), en caso de dar una puntuación igual o mayor a 6, habrá que ver la subescala que predomine, ya que será la posible patología que puede padecer el sujeto. El GHQ-28 logra identificar correctamente el 85% de los casos con un punto de corte de 6/7 (sensibilidad 76.9 y especificidad 90.2%) y el 83% de los casos con un punto de corte de 5/6 (sensibilidad 84.6% y especificidad 82%) (26) (31), siendo comparables a los resultados conseguidos en otros estudios con cuestionarios de aplicación e interpretación más complicados que el GHQ-28 (29). Si se quisieran identificar posibles problemas crónicos, se les asignaría a las respuestas del cuestionario los valores 0,1,1,1 y el punto de corte sería de 12/13 (no caso/caso)(30), pero nos hemos querido centrar en los problemas recientes y actuales, ya que diversos estudios indican que el GHQ no valora de forma adecuada la cronicidad de los síntomas y que existe riesgo de que los pacientes crónicos no sean bien detectados por el cuestionario (28).

En general, este cuestionario ha sido recomendado tanto en la investigación epidemiológica como en el trabajo clínico, siempre que se pretenda evaluar un estado general de salud mental o bienestar. La mayoría de los autores reconocen que la mejor utilización del GHQ es precisamente en estudios epidemiológicos, poblacionales en los que se requiera una evaluación de la salud mental desde la perspectiva de la medicina a nivel primario, preventivo

(32) (33). Existe una amplia literatura sobre la aplicación del GHQ en estudios epidemiológicos, de screening, con la intención de evaluar salud mental a nivel de población general, así como en ciertos grupos específicos de población. Por tanto, no se trata de un test diagnóstico, no determina que un sujeto individual tenga cierta patología, necesitando para ello de otras herramientas, pero si nos sirve para hacernos una idea a nivel global y nos ayuda a determinar que patología psicosocial es la más probable que sufra cada sujeto si ha sido considerado caso.

Análisis de los datos

Los datos se analizaron utilizando el paquete Jamovi, 0.9.5.12. Las variables categóricas se resumieron en frecuencias y porcentajes, las numéricas en medias y desviaciones estándar o en medianas y rangos intercuartílicos (IQR=25-75 percentil) según se dieran o no los supuestos de normalidad. Los porcentajes se compararon usando el test de Chi-cuadrado. Para comparar las medias se hizo mediante el t-test. Las medianas mediante el test de Wilcoxon para datos independientes. La significación estadística se estableció en $p < 0.05$. (57) (58)

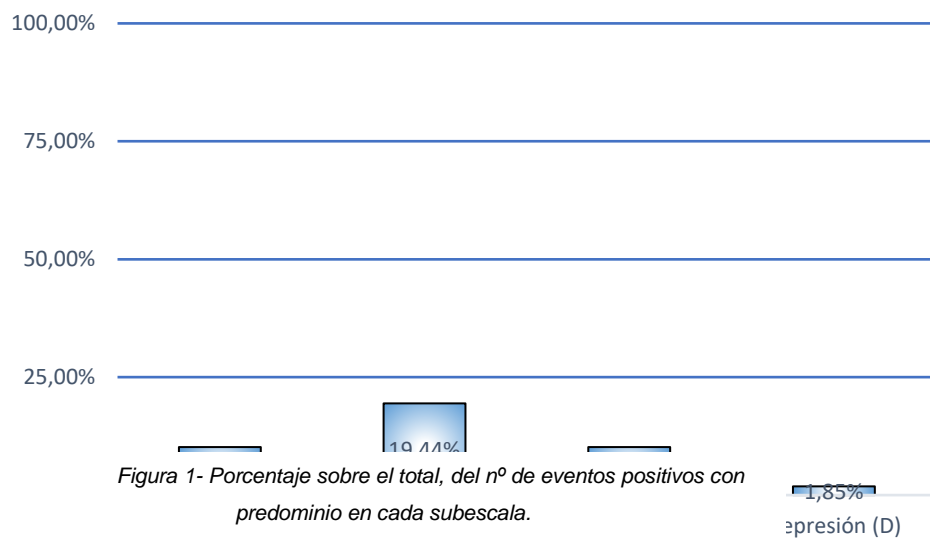
Resultados

El número total de sujetos a estudio fue de 108, todos ellos médicos de atención primaria, siendo el 59.3% de las participantes mujeres y el 40.7% varones. Todos los sujetos se encuentran en edades comprendidas entre los 29 y los 65 años, encontrándose la media de los sujetos en 50.1 años.

El punto de corte de GHQ-28 en nuestro estudio se sitúa en 5/6 (no caso/caso), habiendo obtenido un total de 34 sujetos como posibles sujetos con problemas psicosociales, cada sujeto puede tener más de un evento positivo (puntuar la puntuación máxima en 2 subescalas diferentes, siendo un sujeto globalmente positivo), correspondiendo estos a un 31.48% del total de sujetos del estudio. Al analizar individualmente las subescalas observamos:

- Existe una puntuación predominante en la subescala A, correspondiente a síntomas psicósomáticos, en 11 eventos positivos. Esto corresponde a un 10.18% del total de sujetos. *Ver figura 1.*
- Existe una puntuación predominante en la subescala B, correspondiente a ansiedad/insomnio, en 21 eventos positivos. Esto corresponde a un 19.44% del total de sujetos. *Ver figura 1.*

- Existe una puntuación predominante en la subescala C, correspondiente a disfunción social, en 11 eventos positivos. Esto corresponde a un 10.18% del total de sujetos. *Ver figura 1.*
- Existe una puntuación predominante en la subescala D, correspondiente a depresión en 2 eventos positivos. Esto corresponde a un 1.85% del total de sujetos. *Ver figura 1.*



Diferencias según sexo

En el estudio participaron un total de 64 mujeres y 44 hombres, correspondiendo las mujeres al 59.3% del total y los hombres al 40.7%.

	Caso (n=34)	No caso (n=74)	p-valor
Mujer (n=64)	26 (76.5%)	38 (51.4%)	0.014
Hombre (n=44)	8 (23.5%)	36 (48.6%)	

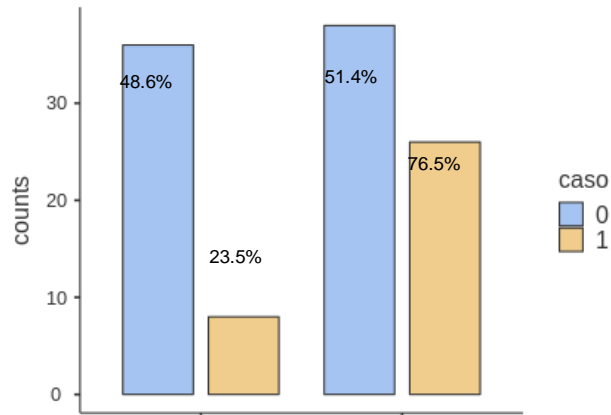


Figura 2- Distribución del sexo con respecto a sujetos caso/no caso

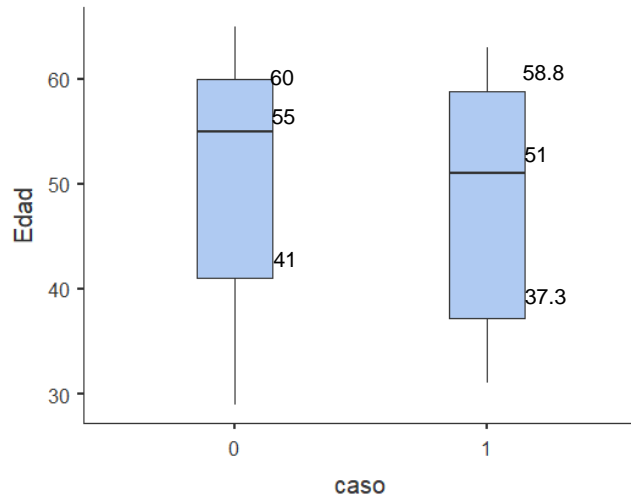
- En los sujetos considerados no casos un 51.4% son mujeres, mientras que un 48.6% son hombres. *Ver figura 2.*
- En los sujetos considerados casos, el 76.5% son mujeres, mientras que tan sólo un 23.5% son varones. *Ver figura 2.*

Encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.014$), siendo la probabilidad de sufrir un problema psicosocial por parte de una médica de atención primaria 3.08 (Odds Ratio) veces superior con respecto a un médico de atención primaria.

Diferencias según edad

	Caso (n=34)	No caso (n=74)	p-valor
Edad	51 (37.3; 58.8)	55 (41; 60)	0.423

En el estudio participaron sujetos en edades comprendidas entre los 29 y los 65 años, hallándose la media del total en los 50.1 años.



La media de edad de los sujetos considerados no casos se encuentra en 50.8 años, mientras que la media de edad de los sujetos considerados casos se encuentra en 48.7 años.

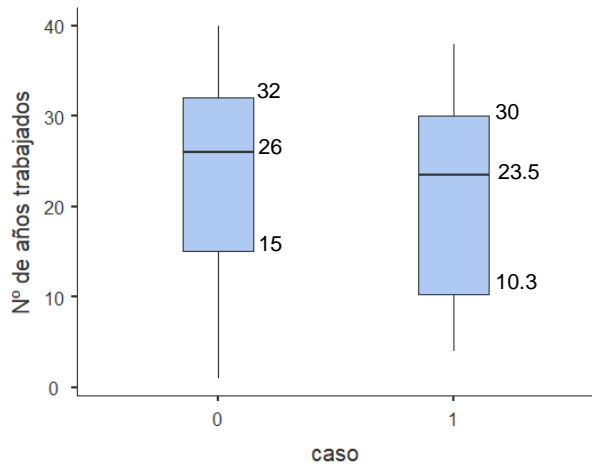
No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p=0.423$).

Figura 3- Distribución de la edad con respecto a sujetos caso/no caso.

Diferencias según nº de años trabajados

En el estudio participaron sujetos que llevaban desde 1 año trabajado hasta los 40 años trabajados. La media de años trabajados en los sujetos del estudio fue de 22.7 años, siendo el percentil 25 de 14 años y el percentil 75 de 30.3 años.

	Caso (n=34)	No caso (n=74)	p-valor
Nº de años trabajados	23.5 (10.3; 30)	26 (15; 32)	0.200



No encontramos diferencias significativas en el nº de años trabajados ($p = 0.200$).

La media del número de años trabajados en los sujetos considerados no casos es de 23.6, mientras que la de los sujetos considerados casos es de 20.9 años.

Figura 4- Distribución del nº de años trabajados con respecto a sujetos caso/no caso.

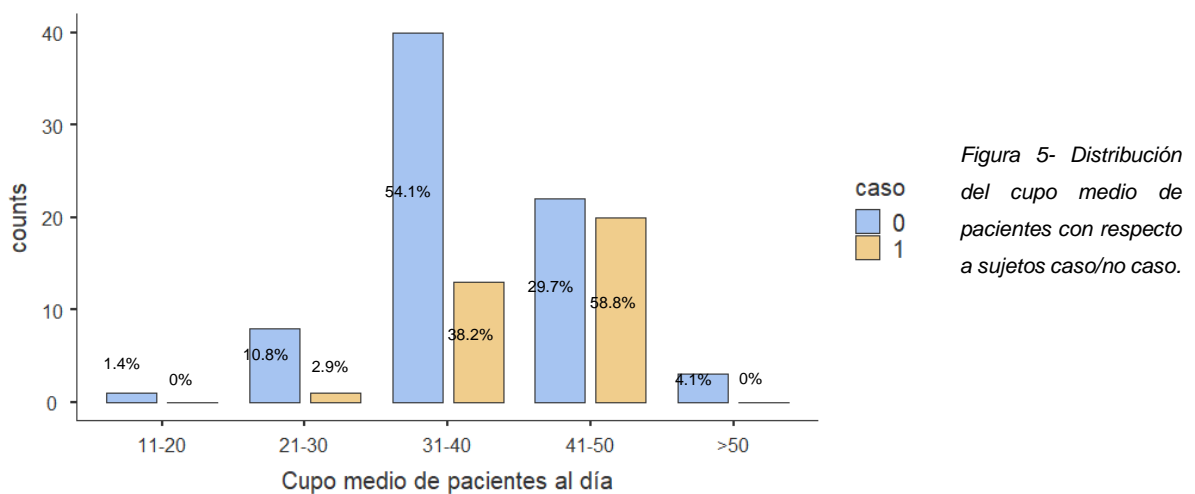
Diferencias según cupo medio de pacientes al día

- El 0.926% de los sujetos tiene un cupo medio de 11-20 pacientes al día.
- El 8.33% de los sujetos tiene un cupo medio de 21-30 pacientes al día.
- El 53.7% de los sujetos tiene un cupo medio de 31-40 pacientes al día.
- El 34.26% de los sujetos tiene un cupo medio de 41-50 pacientes al día.
- El 2.78% de los sujetos tiene un cupo medio de más de 50 pacientes al día.

	Caso (n=34)	No caso (n=74)	p-valor
11-20 pacientes de media al día (n=1)	0 (0%)	1 (1.4%)	
21-30 pacientes de media al día(n=9)	1 (2.9%)	8 (10.8%)	
31-40 pacientes de media al día (n=58)	13 (38.2%)	40 (54.1%)	

41-50 pacientes de media al día (n=37)	20 (58.8%)	22 (29.7%)	0.043
>50 pacientes de media al día (n=3)	0 (0%)	3 (4.1%)	

En los sujetos considerados no casos, un 66.2% de los mismos tienen un cupo medio inferior a los 40 pacientes al día, mientras que un 33.8% de los no casos tienen un cupo medio superior a los 40 pacientes al día; cosa que difiere en el grupo de los casos, siendo un 41.2% los sujetos que tienen un cupo medio inferior a los 40 pacientes al día, y un 58.8% de los casos tienen un cupo medio superior a los 40 pacientes al día. *Ver figura 5.*



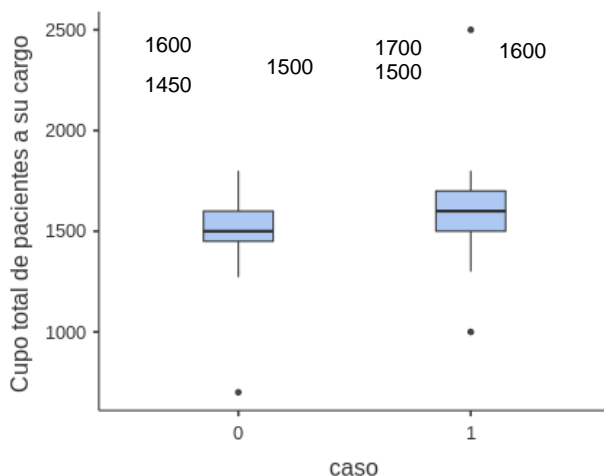
Esto hace que se encuentren diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.043$), siendo la probabilidad de padecer un posible problema psicosocial 2.8 (Odds Ratio) veces superior en el grupo de los que tienen un cupo medio de pacientes al día superior a 40 con respecto al grupo que tiene un cupo medio de pacientes inferior a 40.

Diferencias según cupo total de pacientes

En la variable cupo total de pacientes ha habido una pérdida de 33 sujetos, debido a que los mismos desconocían el dato. En el grupo de los no casos la media de su cupo total se halla en 1507 pacientes, mientras que en el grupo de los casos la media de su cupo total se halla en 1604 pacientes.

	Caso (n=34)	No caso (n=74)	p-valor
Cupo total de pacientes	1600 (1500; 1700)	1500 (1450; 1600)	0.032

- En el grupo de los casos su mediana es de 1600, con un percentil 25 de 1500 y un percentil 75 de 1700. *Ver figura 6.*



- En el grupo de los no casos su mediana es de 1500, con un percentil 25 de

Figura 6- Distribución del cupo total de pacientes con respecto a sujetos caso/no caso.

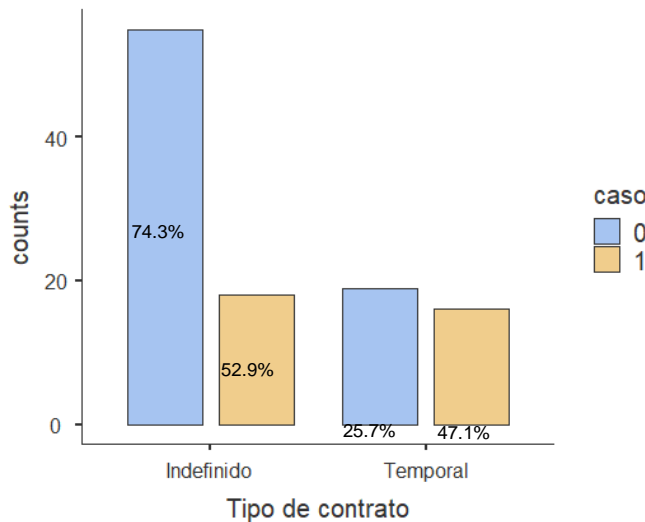
- 1450 y un percentil 75 de 1600. *Ver figura 6.*

Con respecto a esta variable encontramos diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.032$), viendo que la mediana del grupo de los casos es significativamente mayor que la del grupo de los no casos, llegando a la conclusión de que un cupo total de pacientes mayor te predispone a tener mayor facilidad a la hora de desarrollar un problema psicosocial.

Diferencias según tipo de contrato

En el estudio participaron 73 médicos con un contrato indefinido (67.6%), a contraposición de 35 médicos con un contrato temporal (32.4%).

	Caso (n=34)	No caso (n=74)	p-valor
Indefinido (n=73)	18 (52.9%)	55 (74.3%)	0.027
Temporal (n=35)	16 (47.1%)	19 (25.7%)	



- Dentro del grupo de los no casos, el 74.3% de los sujetos se trata de personal con un contrato indefinido, mientras que los que tienen contrato temporal suman el 25.7%.
- Dentro del grupos de los casos, vemos un aumento del porcentaje del personal que tiene contrato temporal, ascendiendo este hasta un 47.1%. Los

de contrato indefinido constituye el otro 52.9%.

Figura 7- Distribución del tipo de contrato con respecto a sujetos caso/no caso.

En esta variable encontramos una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.027$), teniendo una persona con contrato temporal 2.57 (Odds Ratio) veces más probabilidad de padecer un problema psicosocial en comparativa con las personas que tienen un contrato indefinido.

Diferencias según satisfacción referida con respecto a su trabajo

El 75% de los participantes han referido que están satisfechos con su puesto de trabajo, a diferencia del otro 25% que no lo están.

	Caso (n=34)	No caso (n=74)	p-valor
No satisfecho con su puesto de trabajo (n=27)	18 (52.9%)	9 (12.2%)	<0.001
Satisfecho con su puesto de trabajo (n=81)	16 (47.1%)	65 (87.8%)	

Dentro del grupo de los no casos, sólo el 12.2% refiere no estar satisfecho con su puesto de trabajo, mientras que el 87.8% refiere si estarlo.

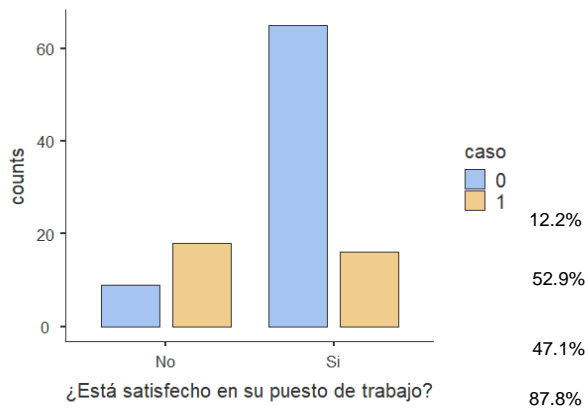


Figura 8- Distribución de la satisfacción laboral con respecto a sujetos caso/no caso.

- Dentro del grupo de los casos, el porcentaje de personas no satisfechas con su puesto de trabajo crece bruscamente hasta un 52.9%, mientras que las personas satisfechas con su puesto formarán el otro 47.1%.

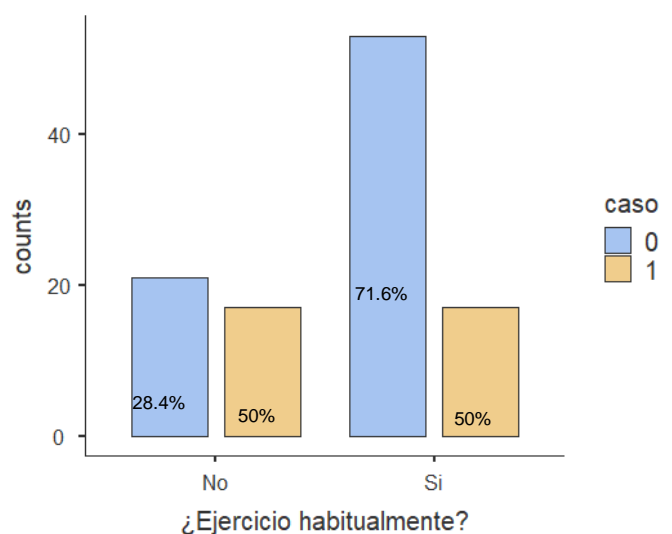
Al evaluar la variable sobre la satisfacción laboral, encontramos una diferencia estadística significativa ($p < 0.01$). Vemos que un médico de atención primaria no satisfecho con su puesto de trabajo, tiene 8.13 (Odds Ratio) veces más probabilidad de sufrir un problema psicosocial que un médico que está conforme con su puesto de trabajo.

Diferencias según ejercicio físico realizado

El 35.19% de los sujetos refiere no realizar ejercicio físico de forma habitual, suponiendo un 64.81% el porcentaje de sujetos que refieren la realización de ejercicio habitualmente.

	Caso (n=34)	No caso (n=74)	p-valor
No realiza ejercicio habitualmente (n=38)	17 (50%)	21 (28.4%)	0.029
Realiza ejercicio habitualmente (n=70)	17 (50%)	53 (71.6%)	

- El grupo de los no casos está formado por un 28.4% de personas que no realizan ejercicio, y por un 71.6% de personas que refieren si realizarlo.
- En contraposición, el grupo de los casos está compuesto por un 50% de personas que no realizan ejercicio habitualmente, y por otro 50% que refieren si realizarlo.



- Por tanto, vemos en el grupo de los casos una disminución significativa del porcentaje de personas que realizan

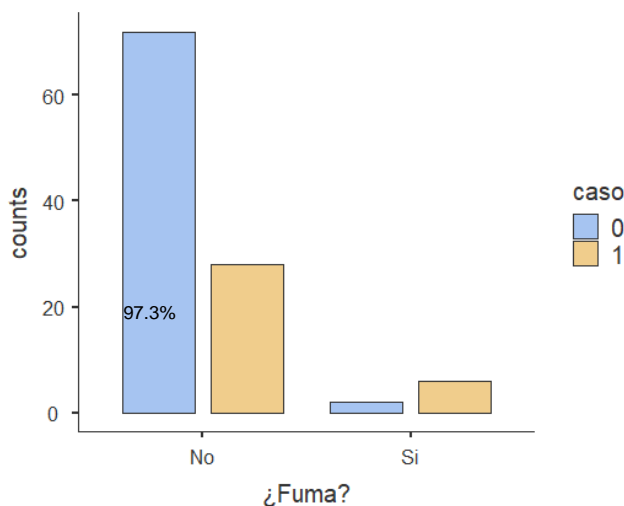
ejercicio, así como un aumento, por tanto, del porcentaje de personas sedentarias. Ver figura 9. *Figura 9- Distribución del ejercicio realizado con respecto a sujetos caso/no caso.*

Al evaluar la variable sobre la realización de ejercicio, encontramos una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.029$). Se llega a la conclusión de que un médico de atención primaria que no realiza ejercicio, tiene 4.78 (Odds Ratio) veces más probabilidad de sufrir un problema psicosocial que un médico que sí realiza ejercicio habitualmente.

Diferencias según hábito tabáquico

El 92.59% de los participantes refieren no fumar absolutamente nada, a diferencia del 7.41% que refieren si hacerlo, en diferentes cantidades entre ellos, siendo el máximo de 20 cigarrillos/día y el mínimo de 0 correspondiente a todos los sujetos del primer porcentaje nombrado.

	Caso (n=34)	No caso (n=74)	p-valor
No fuma (n=100)	28 (82.4%)	72 (97.3%)	0.006
Fuma (n=8)	6 (17.6%)	2 (2.7%)	



- El grupo de los no casos está formado por un 97.3% de personas que no fuman y por un 2.7% de personas que sí lo hacen.

- El grupo de los casos está compuesto de un 82.4% de personas que no fuman, frente a un 17.6% de personas que sí lo hacen.

- Vemos un aumento significativo en el porcentaje de personas fumadoras en el grupo de casos con respecto al grupo de no casos: ^{2.7%} ~~17%~~ Ver figura 10.

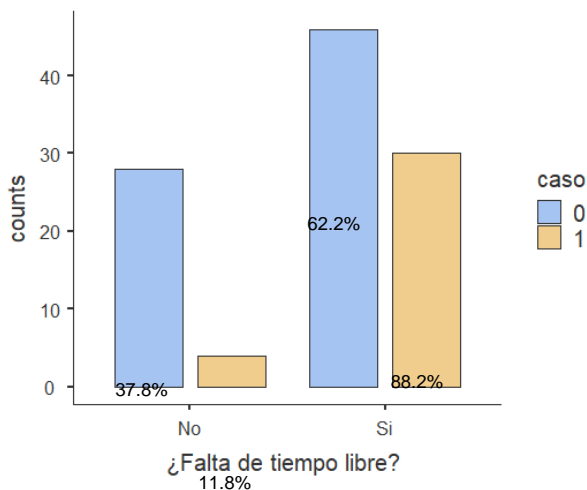
Figura 10- Distribución del hábito tabáquico con respecto a sujetos caso/no caso.

Al analizar la variable encontramos una diferencia estadísticamente significativa $p = 0.006$. Si nos centramos exclusivamente en las personas fumadoras, vemos que el 75% de las mismas tiene posibilidad de tener un problema psicosocial frente al 25% que ha dado negativo en el cuestionario.

Diferencias según percepción de falta de tiempo libre

El 29.63% de los sujetos consideran que no tienen falta de tiempo libre, frente al 70.37% que sí que refieren que les falta tiempo para ellos mismos.

	Caso (n=34)	No caso (n=74)	p-valor
Con tiempo libre (n=32)	4 (11.8%)	28 (37.8%)	0.006
Sin tiempo libre (n=76)	30 (88.2%)	46 (62.2%)	



- El grupo de los no casos está formado por un 62.2% de sujetos que refieren falta de tiempo libre y por un 37.8% que refieren no tener falta del mismo.
- El grupo de los casos lo compone un 11.8% de participantes que refieren

tener tiempo libre y un 88.2% que refiere no tener tiempo libre.

Figura 11- Distribución de la percepción de falta de tiempo libre con respecto a sujetos caso/no caso.

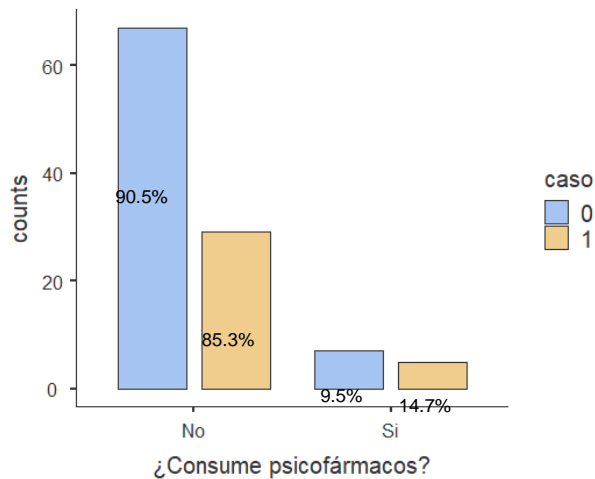
Se observa un aumento significativo del porcentaje de gente que refiere no tener tiempo libre en el grupo de los casos con respecto al grupo de los no casos. Ver figura 11.

Esto hace que se encuentren diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.006$), siendo la probabilidad de padecer un posible problema psicosocial 4.57 (Odds Ratio) veces superior en el grupo de las personas que consideran que tienen falta de tiempo libre, con respecto al grupo de sujetos que consideran que tienen tiempo libre.

Diferencias según consumo o no de psicofármaco

El 11.11% de los participantes admiten que consumen algún tipo de psicofármaco en el momento de ser entrevistado, en contraposición del 88.89% que dice no consumirlos.

	Caso (n=34)	No caso (n=74)	p-valor
No consume psicofármaco (n=96)	29 (85.3%)	67 (90.5%)	0.420
Consume psicofármaco (n=12)	5 (14.7%)	7 (9.5%)	



- Dentro del grupo de los no casos, el 90.5% refiere no consumir psicofármacos, mientras que el 9.5% sí que lo hace.
- Dentro del grupo de los casos, el 85.3% no consumen ningún psicofármaco, a diferencia del 14.7% que sí consumen.

Figura 11- Distribución de consumo o no de psicofármacos respecto a sujetos caso/no caso.

Al analizar la variable no encontramos una diferencia estadísticamente significativa $p = 0.420$. De la muestra de médicos, 12 de ellos consumen algún tipo de psicofármacos, representando el 11.11% del total.

De las personas que consumen psicofármacos y que han resultado ser casos, hay que destacar que: el 60% de ellos consume un psicofármaco destinado a una patología que no ha sido la predominante en el cuestionario que han realizado.

Discusión

El estudio realizado revela la alta susceptibilidad que tienen los médicos de atención primaria de Gran Canaria de tener un problema psicosocial. Un metaanálisis realizado por Udemezue O. Imo sobre médicos del Reino Unido dice que un total de 22 estudios informaron sobre la prevalencia de morbilidad psiquiátrica y el rango fue de 17% a 52% (promedio 31%) (34), asemejándose casi en su totalidad, a la cifra obtenida en nuestro estudio 31.48%. Centrándonos un poco más en el panorama nacional, según la Encuesta Nacional de Salud en España del año 2011, el 20.4% de la población tenía riesgo de sufrir un trastorno psicosocial, afectando la ansiedad/depresión al 14.6% de los entrevistados (35), viendo que el colectivo de nuestra muestra está expuesto en mayor medida, con respecto a la población general, a sufrir un problema psicosocial con un 31.48% de los sujetos, afectando la ansiedad/depresión al 21.29% (Ver figura 1); a su vez otros estudios como el de A. Molina Sigüero, habla de una

posible psicomorbilidad del 36.7% en los Centros de Atención Primaria del Área 8 de Madrid. (36)

Por un lado, se ha podido demostrar que las mujeres tienen una mayor probabilidad de sufrir un problema psicosocial que los hombres, con una mayor representación en el grupo de los casos; esto se ha demostrado ya en diversos estudios sobre colectivos médicos de autores como: Ramírez et al (37) o Burbeck et al (38). Sin embargo otros estudios refieren no existir asociación con la variable género como el de los autores Appleton et al (39), Guthrie et al (40) o Tattersall et al (41).

Son numerosos los estudios que han relacionado una mayor edad y una mayor antigüedad laboral con la aparición de desgaste laboral y de problemas psicosociales, como por ejemplo el de Prieto Albino et al (42) en el que habla de mayor riesgo en profesionales mayores de 40 años o con una antigüedad laboral superior a los 10 años. Otros tantos hablan del aumento de problemas psicosociales en médicos a los pocos años de graduarse como refleja un trabajo de Valko y Clayton (43). En estudios de los últimos años se habla sobre esta variable como una distribución de aspecto “parabólico” o en forma de U, en la que los sujetos de poca experiencia laboral o de larga experiencia laboral están más predispuestos que individuos con experiencia laboral o edades intermedias, lo vemos en estudios como el de Molina Siguero et al (36). Sin embargo otros estudios como el de Caballero Martín et al (44) determina, como nuestro estudio, que no existe relación entre la edad y el número de años trabajados para el desarrollo de un problema psicosocial.

En nuestro estudio al analizar la variable estado civil no nos sale estadísticamente significativa, al igual que en otros estudios de colectivos médicos como un estudio turco de Erdur et al (45). Aunque existen diversos estudios que señalan el divorcio como factor de riesgo y el matrimonio como un factor protector para la ansiedad y la depresión, podemos verlo en estudios de autores como Gallery et al (46), Lloyd et al (47) o Taylor et al (48).

En nuestro estudio hemos llegado a la conclusión de que los médicos de atención primaria con una cifra superior a los 40 pacientes al día tienen una mayor predisposición a sufrir un problema psicosocial que los médicos que atienden a una cifra inferior por día. Son varios los estudios que hablan sobre una cifra similar, en uno de Prieto Albino et al (42) se habla de que los médicos que atienden a una cifra superior a los 40 pacientes/día sufren mayor agotamiento emocional, y por tanto, posibilidad de desarrollo de problema psicosocial. Otro estudio como el de Molina Siguero et al (36), habla de que sus sujetos expuestos a niveles

medio-altos de presión asistencial, entre 35 a 47 pacientes/día, obtenían resultados de un mayor burnout nuevamente. Además, en este último estudio, también se determinó que los médicos expuestos a un cupo total de pacientes superior a 1700, obtenían cifras superiores con respecto al cansancio emocional, coincidiendo con el percentil 75 de nuestro grupo de casos. Con respecto a nuestra *figura 6*, que habla acerca del cupo total de pacientes, vemos determinados datos sueltos que se pueden considerar fuera del rango de normalidad, con valores altos o bajos, pudiéndose explicar estos valores bajos por los posibles contratos temporales del personal que participó en el estudio.

Hemos visto en nuestro estudio, que las personas con contrato temporal tienen una mayor predisposición a sufrir un problema psicosocial, algo que hemos relacionado con la incertidumbre laboral y precariedad que estas personas sufren. Por el contrario, hemos visto estudios (36) en los que relacionan el tener una plaza fija con el desarrollo de mayor burnout y por tanto de problemas psicosociales, relacionándolo con la falta de expectativas de mejora profesional.

Se ha podido establecer en nuestro estudio que existen diferencias entre los casos y no casos comparando si estaban satisfechos o no con su puesto de trabajo, determinando que las personas no satisfechas con el mismo, tenían una mayor posibilidad de sufrir un problema psicosocial. Sobre esto ya se ha hablado en diversos estudios, en los que la satisfacción laboral se ha correlacionado positivamente, protegiendo de sufrir este tipo de patología en diferentes ámbitos de la profesión médica; algunos de los estudios revisados son de: Appleton et al (39), Catwright et al (49), Ramírez et al (37), Sharma et al (50).

Se observa en nuestros sujetos la existencia de una relación entre mantener un estilo de vida activo y el indicador de salud mental estudiado, al igual que ha ocurrido en otros trabajos previos (51) (52). Observamos que la realización de actividad física se asocia a un mejor estatus en cuanto a la autopercepción de la salud mental del individuo. Sin embargo, hemos de tener en cuenta que, por regla general, las personas de mayor edad se relacionan a un estilo de vida más sedentario (53) y por tanto, puede que a una mayor incidencia de trastornos mentales.

Por otro lado, se ha podido definir en nuestro estudio que dentro del grupo de fumadores existe un gran porcentaje de los mismos (75%) que pueden sufrir un problema psicosocial. Precisamente esta asociación es la que vemos en diversos estudios como el de Erdur et al (45), Arias (54) o el de Soler et al(55), en el que tras analizar a médicos de familia de 12 países

europeo se vio una relación estadísticamente significativa entre el tabaco y el Burnout, que a su vez se ha demostrado una relación directa con el desarrollo de problemas psicosociales.

También hemos comprobado que las personas que refieren no tener tiempo libre sufren mayor riesgo de sufrir problemas psicosociales. Algunos estudios señalan que el tener tiempo para el ocio reduce los niveles de problemas psicosociales (56) (52), pero hay que destacar que suelen relacionar el tener tiempo libre con la realización de actividad física, por lo que puede estarse sesgando la hipótesis que nosotros planteamos.

En nuestra muestra el 11.11% de los sujetos consumen algún tipo de psicofármaco, cifra bastante por encima de estudios similares (42), en el que tan sólo consumían psicofármacos el 6.36% de los médicos. Además, si en nuestra base de datos se analizan los psicofármacos consumidos, sólo el 40% consume un psicofármaco destinado a la subescala predominante de ese sujeto, por lo que habría que realizar un correcto abordaje de esas personas y llegar a un diagnóstico bien definido, ya que el error puede estar en la automedicación, en un diagnóstico erróneo o en enfermedad previa controlada con una patología actual coadyuvante.

Con todo esto podemos decir que hacen falta medidas individuales, sociales y laborales que atenúen este alto índice de probables problemas psicosociales, además de indagar en los posibles casos de nuestro estudio con test diagnósticos mas específicos para poder confirmar su patología y abordarla racional y correctamente. Con respecto a las medidas laborales, los sindicatos y los colectivos tienen que luchar para conseguir un cupo total de pacientes inferior a lo que se tiene hoy día y a un número máximo de pacientes al día, así como intentar acabar con la precariedad laboral y temas burocráticos. Habrá que recomendar un número moderado de horas de ocio, en las que el ejercicio actuaría como factor protector y a su vez, el abandono del hábito tabáquico. Por otro lado, es importante informar sobre el uso responsable de los psicofármacos y la necesidad de no ser autoadministrados, ya que el autodiagnóstico no parece ser lo adecuado. Destacar la existencia del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), que habría que hacer visualizar más y normalizar la necesidad de acudir al mismo, ya que en el mismo un gran número de profesionales atienden y tratan debidamente a los médicos que padecen problemas de la esfera psíquica y/o conductas adictivas, de esta forma también consiguiendo una mejor atención por parte de este médico a sus pacientes.

Limitaciones

Nuestro estudio intenta evaluar la salud mental en el grupo específico que abordamos, pero no sirve como test diagnóstico, ya que únicamente se utiliza como screening para hacernos una idea a nivel global, por lo que si se quiere llegar a un diagnóstico se requerirá de otras herramientas. No se ha tenido en cuenta la posible existencia de enfermedad orgánica, por lo que puede haber una sobreestimación generalizada en la subescala A, correspondiente a los síntomas psicósomáticos. En tercer lugar, este trabajo ha sido un estudio transversal basado sólo en las últimas semanas, por lo que podría no ser representativo del comportamiento general acerca de los posibles problemas psicosociales.

Conclusiones

El 31.48% de los médicos de atención primaria a estudio tienen riesgo de sufrir un problema psicosocial, siendo la ansiedad/insomnio el problema psicosocial que más probablemente pueden sufrir, seguido por la disfunción social y síntomas psicósomáticos, encontrando en último lugar la depresión.

Nuestros resultados sugieren como factores de riesgo: el sexo femenino, un cupo de pacientes al día >40, un cupo total de pacientes que ronde los 1600, la temporalidad del contrato, la insatisfacción con el puesto de trabajo, el sedentarismo, el tabaco y la falta de tiempo libre.

Bibliografía

1. *Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas, informe compendiado. Ginebra.: OMS.; 2004.*
2. *Informe sobre la salud en el mundo 2001: salud mental : nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001.*
3. *Fundación Victoria para la Promoción de Salud, Universidad de Melbourne. Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica, informe compendiado. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.; 2004.*
4. *Giurgiu DI, Jeoffrion C, Roland-Lévy C, Grasset B, Dessomme BK, Moret L, et al. Wellbeing and occupational risk perception among health care workers: a multicenter study in Morocco and France. J Occup Med Toxicol. 2016;11:20.*

5. *ILO Programme on Safety and Health at Work and the Environment. Emerging risks and new patterns of prevention in a changing world: World Day for Safety and Health at Work, 28 April 2010. Geneva: ILO; 2010.*
6. *Ogundipe OA, Olagunju AT, Lasebikan VO, Coker AO. Burnout among doctors in residency training in a tertiary hospital. Asian J Psychiatr. agosto de 2014;10:27-32.*
7. *Ceballos-Vásquez P, Rolo-González G, Hernández-Fernaud E, Díaz-Cabrera D, Paravic-Klijn T, Burgos-Moreno M. Psychosocial factors and mental work load: a reality perceived by nurses in intensive care units. Revista Latino-Americana de Enfermagem. abril de 2015;23(2):315-22.*
8. *Pinhatti EDG, Ribeiro RP, Soares MH, Martins JT, Lacerda MR, Galdino MJQ. Psychosocial aspects of work and minor psychic disorders in nursing: use of combined models. Rev Lat Am Enfermagem. 14 de noviembre de 2018;26:e3068.*
9. *Joint ILO/WHO Committee on Occupational Health. Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo; 1986.*
10. *Josep M. B, Miguel S, Genís C. Estructura Factorial del Cuestionario de Condiciones de Trabajo. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 2010;26(3):175-89.*
11. *Dyrbye LN, Burke SE, Hardeman RR, Herrin J, Wittlin NM, Yeazel M, et al. Association of Clinical Specialty With Symptoms of Burnout and Career Choice Regret Among US Resident Physicians. JAMA. 18 de septiembre de 2018;320(11):1114-30.*
12. *Mattei A, Fiasca F, Mazzei M, Necozone S, Bianchini V. Stress and Burnout in Health-Care Workers after the 2009 L'Aquila Earthquake: A Cross-Sectional Observational Study. Front Psychiatry. 2017;8:98.*
13. *Clough BA, March S, Leane S, Ireland MJ. What prevents doctors from seeking help for stress and burnout? A mixed-methods investigation among metropolitan and regional-based australian doctors. J Clin Psychol. 15 de noviembre de 2018;*
14. *Gómez Restrepo C. Psiquiatría clínica: diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos. Bogotá, Madrid [etc.: Médica Panamericana; 2018.*
15. *American Psychiatric Association. DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2016.*
16. *PAHONMH17005-spa.pdf [Internet]. [citado 13 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>*
17. *Lim GY, Tam WW, Lu Y, Ho CS, Zhang MW, Ho RC. Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. Sci Rep. 12 de febrero de 2018;8(1):2861.*

18. Martin P. *The epidemiology of anxiety disorders: a review. Dialogues Clin Neurosci.* septiembre de 2003;5(3):281-98.
19. Sateia MJ. *International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. Chest.* noviembre de 2014;146(5):1387-94.
20. Morin CM, LeBlanc M, Daley M, Gregoire JP, Mérette C. *Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. Sleep Med.* marzo de 2006;7(2):123-30.
21. Mucheru D, Hanlon M-C, Campbell LE, McEvoy M, MacDonald-Wicks L. *Social Dysfunction and Diet Outcomes in People with Psychosis. Nutrients.* 19 de enero de 2017;9(1).
22. Nimnuan C, Rabe-Hesketh S, Wessely S, Hotopf M. *How many functional somatic syndromes? J Psychosom Res.* octubre de 2001;51(4):549-57.
23. Guzmán Guzmán RE. *Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. Revista Clínica de Medicina de Familia.* octubre de 2011;4(3):234-43.
24. Fahrenberg J. *Somatic complaints in the German population. J Psychosom Res.* octubre de 1995;39(7):809-17.
25. Petkus AJ, Gum AM, King-Kallimanis B, Wetherell JL. *Trauma history is associated with psychological distress and somatic symptoms in homebound older adults. Am J Geriatr Psychiatry.* septiembre de 2009;17(9):810-8.
26. Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. *Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. Psychol Med.* febrero de 1986;16(1):135-40.
27. Goldberg DP, Hillier VF. *A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med.* febrero de 1979;9(1):139-45.
28. Vallejo MA, Rivera J, Esteve-Vives J, Rodríguez-Muñoz M de la F, Icafi grupo. *El cuestionario general de salud (GHQ-28) en pacientes con fibromialgia: propiedades psicométricas y adecuación. Clínica y Salud.* julio de 2014;25(2):105-10.
29. de la Revilla Ahumada L, de los Ríos Alvarez AM, Luna del Castillo JD. *[Use of the Goldberg General Health Questionnaire (GHQ-28) to detect psychosocial problems in the family physician's office]. Aten Primaria.* 15 de mayo de 2004;33(8):417-22; discussion 423-425.
30. *cuestionario_de_salud_de_goldberg.pdf* [Internet]. [citado 18 de diciembre de 2018]. Disponible en: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/cuestionario_de_salud_de_goldberg.pdf

31. Molina JD, Andrade-Rosa C, González-Parra S, Blasco-Fontecilla H, Real MA, Pintor C. The factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ): a scaled version for general practice in Spain. *Eur Psychiatry*. octubre de 2006;21(7):478-86.
32. Ezoë S, Morimoto K. Quantitative assessment of stressors and stress reaction: a review. *Sangyo Igaku*. noviembre de 1994;36(6):397-405.
33. Bensing JM, Verhaak PF. [Mental problems in family practice more variable and diffuse than in psychiatry]. *Ned Tijdschr Geneesk*. 15 de enero de 1994;138(3):130-5.
34. Imo UO. Burnout and psychiatric morbidity among doctors in the UK: a systematic literature review of prevalence and associated factors. *BJPsych Bull*. agosto de 2017;41(4):197-204.
35. Casal JP. *Salud Mental y Salud Pública en España: Vigilancia epidemiológica*. :137.
36. Molina Siguero A, García Pérez MA, Alonso González M, Cecilia Cermeño P. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Atención Primaria*. 2003;31(9):572-4.
37. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*. 16 de marzo de 1996;347(9003):724-8.
38. Burbeck R, Coomber S, Robinson SM, Todd C. Occupational stress in consultants in accident and emergency medicine: a national survey of levels of stress at work. *Emerg Med J*. mayo de 2002;19(3):234-8.
39. Appleton K, House A, Dowell A. A survey of job satisfaction, sources of stress and psychological symptoms among general practitioners in Leeds. *Br J Gen Pract*. marzo de 1998;48(428):1059-63.
40. Guthrie E, Tattan T, Williams E, Black D, Bacliocotti H. Sources of stress, psychological distress and burnout in psychiatrists: Comparison of junior doctors, senior registrars and consultants. *Psychiatric Bulletin*. abril de 1999;23(4):207-12.
41. Tattersall AJ, Bennett P, Pugh S. Stress and coping in hospital doctors. *Stress Medicine*. abril de 1999;15(2):109-13.
42. Prieto Albino L, Robles Agüero E, Salazar Martínez LM, Daniel Vega E. Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Atención Primaria*. 2002;29(5):294-302.
43. Valko RJ, Clayton PJ. Depression in the internship. *Dis Nerv Syst*. enero de 1975;36(1):26-9.
44. Caballero Martín MA, Bermejo Fernández F, Nieto Gómez R, Caballero Martínez F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria*. 2001;27(5):313-7.

45. Erdur B, Ergin A, Turkcuer I, Parlak I, Ergin N, Boz B. A study of depression and anxiety among doctors working in emergency units in Denizli, Turkey. *Emerg Med J.* octubre de 2006;23(10):759-63.
46. Gallery ME, Whitley TW, Klonis LK, Anzinger RK, Revicki DA. A study of occupational stress and depression among emergency physicians. *Ann Emerg Med.* enero de 1992;21(1):58-64.
47. Lloyd S, Streiner D, Shannon S. Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians. *J Emerg Med.* agosto de 1994;12(4):559-65.
48. Taylor DM, Pallant JF, Crook HD, Cameron PA. The psychological health of emergency physicians in Australasia. *Emerg Med Australas.* febrero de 2004;16(1):21-7.
49. Cartwright K, Lewis D, Roberts C, Bint A, Nichols T, Warburton F. Workload and stress in consultant medical microbiologists and virologists: a questionnaire survey. *J Clin Pathol.* marzo de 2002;55(3):200-5.
50. Sharma A, Sharp DM, Walker LG, Monson JRT. Stress and burnout in colorectal and vascular surgical consultants working in the UK National Health Service. *Psychooncology.* junio de 2008;17(6):570-6.
51. McKnight-Eily LR, Elam-Evans LD, Strine TW, Zack MM, Perry GS, Presley-Cantrell L, et al. Activity limitation, chronic disease, and comorbid serious psychological distress in U.S. adults--BRFSS 2007. *Int J Public Health.* junio de 2009;54 Suppl 1:111-9.
52. Teychenne M, Ball K, Salmon J. Associations between physical activity and depressive symptoms in women. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 6 de mayo de 2008;5:27.
53. Varo JJ, Martínez-González MA, De Irala-Estévez J, Kearney J, Gibney M, Martínez JA. Distribution and determinants of sedentary lifestyles in the European Union. *Int J Epidemiol.* febrero de 2003;32(1):138-46.
54. Arias AM. *Master Universitario en Prevención de Riesgos Laborales.* :29.
55. Soler JK, Yaman H, Esteva M, Dobbs F, Asenova RS, Katic M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract.* agosto de 2008;25(4):245-65.
56. Goodman WK, Geiger AM, Wolf JM. Leisure activities are linked to mental health benefits by providing time structure: comparing employed, unemployed and homemakers. *J Epidemiol Community Health.* 2017;71(1):4-11.
57. R Core Team (2018). *R: A language and environment for statistical computing.* Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.

58. *jamovi project (2018). jamovi (Version 0.9.5.12) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>*