

ESTUDIO CHABS*

**EVALUACIÓN DE LA SALUD CARDIOVASCULAR,
ENTORNO SOCIO SANITARIO Y CONDUCTAS
PREVENTIVAS DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE CENTROS DE SALUD DEL SNS**



**HIPERTENSIÓN
ARTERIAL
Y POLÍTICA DE
SALUD EN ESPAÑA**
ESTUDIO CHABS

* *Cardiovascular Health And Behaviors Survey*

COMITÉ CIENTÍFICO

Investigadores coordinadores

Dr. José Ramón Banegas Banegas: Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid.

Dr. Luis Miguel Ruilope: Jefe de la Unidad de Hipertensión, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Investigadores:

Dr. Juan José de la Cruz Troca: Dpto. de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid.

D. Alfredo del Campo Martín: Sociólogo, director de *Sociología y Comunicación*, Gabinete de estudios sociosanitarios.

Dr. José Luis Llisterri: En representación de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.

Dr. José María Lobos Bejarano: En representación de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

Dr. Javier Gamarra Ortiz: En representación de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Índice

Prólogo	05
I. Justificación del estudio	07
II. Objetivos	08
III. Metodología	09
IV. Análisis cualitativo preliminar	14
V. Resultados	20
1. La salud de los médicos de atención primaria	20
1.1 Autovaloración del estado de salud general	20
1.2 Los factores de riesgo cardiovascular	21
1.3 El índice de masa corporal (IMC)	24
1.4 Percepción del riesgo cardiovascular	26
1.5 Hábitos de vida y prácticas preventivas	28
1.6 La autovaloración de los hábitos de vida y las prácticas preventivas	30
1.7 Impacto y efectos de los estilos de vida saludables	33
2. El control y las prácticas preventivas de los médicos de atención primaria	34
2.1 Controles y seguimientos preventivos	34
2.2 Autoasistencia	35
2.3 Grado de cumplimiento terapéutico	36
3. La coherencia del médico	38
4. Situación socioprofesional del médico de atención primaria	41
4.1 Relación entre salud y situación socioprofesional	41
4.2 Grado de estrés y satisfacción en el trabajo	42
5. Test MBI (<i>Maslach Burnout Inventory</i>)	45
6. Las actitudes ante la salud y su relación con el trabajo: Grupos tipológicos	48

VI. Conclusiones	57
VII. Bibliografía	60
VIII. Anexo	61

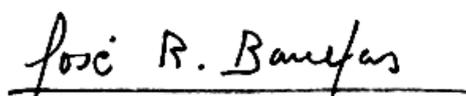
Prólogo

El estado de salud y la exposición a factores de riesgo de los médicos, están sometidos a los condicionantes específicos de su práctica profesional; el estrés, las condiciones laborales, la responsabilidad, etc. Existen evidencias sobre la repercusión de estos hechos tanto en la salud personal del médico como en la calidad asistencial que recibe el paciente. La implicación mayor o menor con el sistema de salud, la “despersonalización” de su actividad, el cansancio emocional, la autoestima, la consideración social, todo aquello que se ha venido en llamar “*burnout*” o desgaste profesional, puede estar restando eficacia y eficiencia al sistema asistencial y, en consecuencia, repercutiendo en la salud de los pacientes. Por ello parece necesario disponer de hábitos preventivos. Los médicos disponen de condiciones favorables para ello: información, conocimientos y experiencia en mayor medida que el resto de la población.

La relación médico-paciente se basa en gran parte en la confianza mutua. Esta confianza es mayor cuando el paciente percibe que existe coherencia entre las recomendaciones que recibe del médico y las prácticas preventivas del mismo. Esta situación tiene su importancia en la medida que pudiera incidir, por ejemplo, en la mejora de la adherencia a los tratamientos, o en los flujos de información/formación entre médicos y pacientes.

En estas circunstancias, la encuesta CHABS que aquí se presenta, es un instrumento útil. Se ha consultado a una amplia muestra de médicos de toda España sobre la percepción de su salud y riesgo cardiovascular, o sobre sus valoraciones y opiniones sobre el tema. Se aportan valiosos datos sobre cuáles son las actitudes de los médicos de atención primaria respecto de sus hábitos preventivos, el riesgo cardiovascular percibido y sus implicaciones en el desarrollo profesional, etc.

Esperamos que los datos generados por este estudio, que cuenta con la importante participación de las sociedades científicas de médicos de atención primaria, y el generoso patrocinio de Novartis Farmacéutica, ayuden a informar a los organismos competentes la elaboración de propuestas de mejora de la salud cardiovascular de los médicos de atención primaria en España.



Dr. José R. Banegas

*Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública
Universidad Autónoma de Madrid.
CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).
IdiPAZ, Madrid.*

Lista de abreviaturas

AP	<i>Atención primaria</i>
CHABS	<i>Cardiovascular Health And Behaviors Survey</i>
CV	Cardiovascular
ECV	Enfermedad cardiovascular
FRCV	Factores de riesgo cardiovascular
HTA	Hipertensión arterial esencial
IMC	Índice de masa corporal
PA	Presión arterial
RCV	Riesgo cardiovascular
SNS	Sistema Nacional de Salud

I. Justificación del estudio

Revisión crítica de la literatura¹

Los médicos tienen un elevado conocimiento y conciencia sobre los efectos del estilo de vida sobre la salud cardiovascular (CV). Este conocimiento por parte de los médicos, podría influir en la prevalencia de la enfermedad CV (ECV) en dicho grupo.

Existen pocos datos sobre la salud CV, el estilo de vida y los trastornos asociados entre los médicos. Existen evidencias de estudios realizados en Australia, Nueva Zelanda, Reino Unido, Estados Unidos y Canadá.

Existen numerosas evidencias de que los pacientes ponen atención a los hábitos de salud de sus médicos. En el estudio WPHS, se encontró que además de ser médico de AP, la práctica de hábitos saludables era un factor predictor muy consistente y potente para que los médicos provean asesoramiento a los pacientes sobre la prevención. Los hábitos personales saludables se relacionaron con las prácticas de detección relacionadas. Los comportamientos saludables de los médicos parecen afectar a las actitudes de los pacientes y su motivación para realizar cambios en su estilo de vida. Es decir que es más efectivo cuando el médico “practica lo que predica”.

La salud CV de los médicos en España, su entorno sociolaboral y sus conductas preventivas en la práctica clínica no habían sido evaluadas hasta la fecha. Es posible, que la inadecuada autoevaluación y la falta de prácticas saludables por parte de los médicos tenga una repercusión sobre su práctica clínica y la salud de sus pacientes. Finalmente, la habilidad de los médicos para motivar a sus pacientes a adoptar hábitos saludables se pueda mejorar mediante la transmisión de sus propios hábitos saludables.

¹Se adjunta bibliografía básica y fuentes

II. Objetivos

El objetivo principal es describir la salud cardiovascular (CV) autopercebida de los médicos de AP de Centros de Salud del SNS en España. Como objetivos secundarios, se evaluaron los factores sociosanitarios que influyen en la salud cardiovascular, relacionándola con las conductas preventivas y sus recomendaciones a los pacientes.

La Encuesta CHABS aporta datos sobre cuáles son las características del RCV de los médicos de AP en España, así como sus actitudes ante los hábitos de vida saludables y la coherencia entre sus recomendaciones y su práctica personal. Además, analiza el impacto o repercusión que dichos perfiles tienen sobre la calidad asistencial que reciben los pacientes y su relación con las condiciones laborales/profesionales de los médicos de AP. En concreto, se obtiene información sobre:

- *Las características sociodemográficas de los médicos de AP.*
- *Datos sobre estilos de vida, hábitos saludables y características antropométricas.*
- *Autoevaluación de los factores de riesgo cardiovascular y expectativas de evolución.*
- *Características de la situación profesional y laboral.*
- *Indicadores de estrés y satisfacción en el trabajo (Maslach Bournout Inventory).*
- *Práctica de autocuidados médicos.*
- *Niveles de cumplimiento de los tratamientos preventivos y terapéuticos.*
- *Autoevaluación de la coherencia entre recomendaciones y práctica personal.*
- *Impacto de la salud en la calidad asistencial que reciben sus pacientes.*
- *Clasificación en grupos o tipologías de actitudes.*
- *Análisis comparado de los datos de riesgo cardiovascular y hábitos saludables con los datos de la población general (INE-MSC).*

III. Metodología

Se trata de un estudio epidemiológico, descriptivo, transversal de ámbito nacional en los médicos de AP que atienden en centros de salud del SNS. El estudio ha contado con un Comité Científico formado por los siguientes miembros:

Investigadores coordinadores y dirección:

- Dr. José Ramón Banegas Banegas: Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid.
- Dr. Luis Miguel Ruilope: Jefe de la Unidad de Hipertensión, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Investigadores:

- Dr. Juan José de la Cruz Troca: Dpto. de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid.
- D. Alfredo del Campo Martín: Sociólogo, director de *Sociología y Comunicación*, Gabinete de estudios sociosanitarios.
- Dr. José Luis Llisterri: En representación de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria.
- Dr. José María Lobos Bejarano: En representación de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
- Dr. Javier Gamarra Ortiz: En representación de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

La encuesta se ha desarrollado en dos fases:

- A. Fase cualitativa previa:** Realización de **12 entrevistas en profundidad** con médicos de AP. En estas entrevistas, de tipo cualitativo (con un guión abierto y grabadas en audio), se recogieron muchos de los ítems y preguntas del cuestionario, así como los “discursos” que fueron realmente sustantivos en materia de salud CV de los médicos y sus hábitos/conductas preventivos. Además, en esta fase se procedió a la recogida de información documental sobre artículos, estudios similares y test aplicados para la medición del desgaste profesional.
- B. Encuesta de opinión:** Se realizó una encuesta de opinión a través de una muestra representativa de médicos de AP del SNS en España. Se obtuvo información sobre: características sociodemográficas, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), estilo de vida, situación profesional y laboral.

Características técnicas:

- **Universo** (criterio de inclusión): Médicos de centros de salud del SNS en España.
- **Muestra:** 2.583 encuestas. **Margen de error:** $\pm 1,9\%$. Nivel de confianza: 95,5% (K=2) en las condiciones más generales (p=q=50%).

La fórmula utilizada para el cálculo del error muestral y el tamaño de la muestra es:

$$e = \sqrt{(K^2 (pxq)/n)}$$
$$n = (K^2 (pxq)/e^2)$$

Donde:

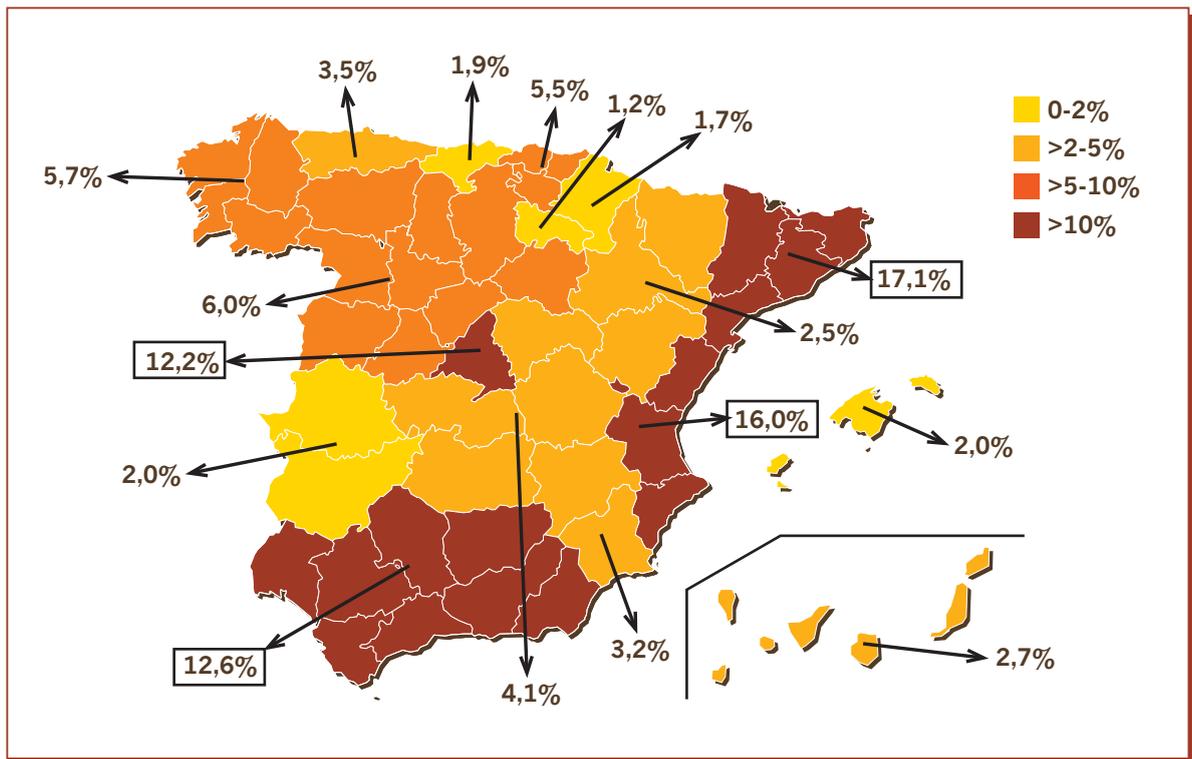
- e: margen de error (expresado en %).
- K: nº de desviaciones típicas respecto de la distribución normal. K=2=95,5% de confianza.
- p: frecuencia estimada. En nuestro caso: p=q=50% o distribución de máxima incertidumbre.
- q: 100-p
- n: tamaño de la muestra.

- **Distribución:** La muestra fue estratificada considerando la distribución de médicos de AP por Comunidades Autónomas². Finalmente, se obtuvo una distribución muy similar a la distribución real.

Distribución de los médicos participantes, porcentajes de participación por comunidades

TOTAL	100,0% (n=2.583)
Andalucía	12,6 %
Aragón	2,5 %
Asturias	3,5 %
Baleares	2,0 %
Canarias	2,7 %
Cantabria	1,9 %
Castilla León	6,0 %
Castilla Mancha	4,1 %
Cataluña	17,1 %
Extremadura	2,0 %
Galicia	5,7 %
Madrid	12,2 %
Murcia	3,2 %
Navarra	1,7 %
La Rioja	1,2 %
País Vasco	5,5 %
Comunidad Valenciana	16,0 %
Ceuta y Melilla	0,1 %

²Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo; SIAP; recursos y población protegida.



- **Selección de la muestra:** Selección no aleatoria. Invitación a participar en el estudio a través de las sociedades médico-científicas, a la práctica totalidad del colectivo médico de atención primaria. Remisión de contraseñas para cumplimentación “on line” del cuestionario.
- **Cuestionario:** Construido a partir de la fase preliminar o cualitativa del estudio. Previamente contrastado y “pilotado” antes de ser distribuido.
- **Cumplimentación:** “On line”: Habilidad de un sitio Web creado específicamente para este estudio, con el procedimiento para rellenar la encuesta de forma automática.
- **Fechas de recogida de datos:** Abril-julio 2010.
- **Grabación y tratamientos estadísticos:** Tras el proceso de depuración y análisis de consistencias se procedió a la elaboración de un plan de análisis estadístico de datos. El producto estadístico final es la tabulación cruzada de las distribuciones de frecuencias e indicadores estadísticos (medias, desviaciones, etc.), de todas las preguntas con las variables de clasificación que se consideraron. Además se procedió a la elaboración de los análisis multivariantes de cluster.

Las características de la muestra finalmente obtenidas se reflejan en la siguiente tabla³:

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y PROFESIONALES DE LA MUESTRA (I)	% (n=2.583)
Sexo	
Varones	46,6
Mujeres	53,4
Edad	
Hasta 40 años	32,3
41-50 años	32,7
Más de 50 años	34,6
Sin datos	0,4
<i>Media</i>	44,9 años
<i>Desviación típica</i>	9,3
<i>Mediana</i>	47 años
Años de experiencia profesional	
Hasta 5 años	13,0
6 a 10	13,5
11 a 15	13,5
16 a 20	15,7
Más de 20	43,2
Sin datos	1,2
<i>Media</i>	18,4 años
<i>Desviación típica</i>	9,4
<i>Mediana</i>	19 años
Nº de pacientes/día	
Menos de 40	46,3
40 y más	52,5
Sin datos	1,2
<i>Media</i>	38,9 pacientes
<i>Desviación típica</i>	11,0
<i>Mediana</i>	39 pacientes
Duración media de la visita	
<i>Media</i>	7,8 minutos
<i>Desviación típica</i>	3,6
<i>Mediana</i>	6,7 minutos
Nº de horas de trabajo semanales	
Menos de 35	4,2
35 a 39	53,6
40 a 44	22,2
45 a 49	5,5
50 a 54	7,4
55 y más	6,2
Sin datos	0,9
<i>Media</i>	39,5 horas
<i>Desviación típica</i>	8,0
<i>Mediana</i>	35,5 horas

³Estos datos y todos aquellos disponibles en el cuestionario (Anexo) pueden ser segmentados y analizados con mayor detalle consultando la tabulación completa o base de datos original.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y PROFESIONALES DE LA MUESTRA (II)	% (n=2.583)
Guardias	
Sí realiza	49,7
No realiza	49,9
Sin datos	0,4
Tipo de centro	
Centro de salud	85,8
Centro de salud (privado)	2,2
Consultorio local	5,4
Otros	1,5
Sin datos	5,1
Médico de atención primaria	
Título MIR	60,5
Título no MIR	39,2
Sin datos	0,3
Ambito de la práctica profesional	
Urbano	73,5
Rural	25,7
Sin datos	0,6

En la muestra finalmente obtenida quedan representadas todas las variables y características de los médicos de AP en España. Además de recoger datos en todas las Comunidades Autónomas, con mayor peso en Andalucía, Cataluña y Madrid, se han reflejado los distintos grupos de edades con una media de 44,9 años y, por tanto, la mayor o menor experiencia profesional con una media de 18,4 años. Se reflejan también las variables que miden la distinta carga asistencial, tales como el nº de pacientes/día (media de 38,9 pacientes), las horas trabajadas (media de 39,5 horas), o la realización de guardias (49,7%) y que se relacionarán posteriormente con los niveles de estrés y “*burnout*” en el trabajo. También están representados los distintos ámbitos de actividad (rural/urbano), así como los médicos con titulación MIR (60,5%) o con titulación no MIR.

IV. Análisis cualitativo preliminar⁴

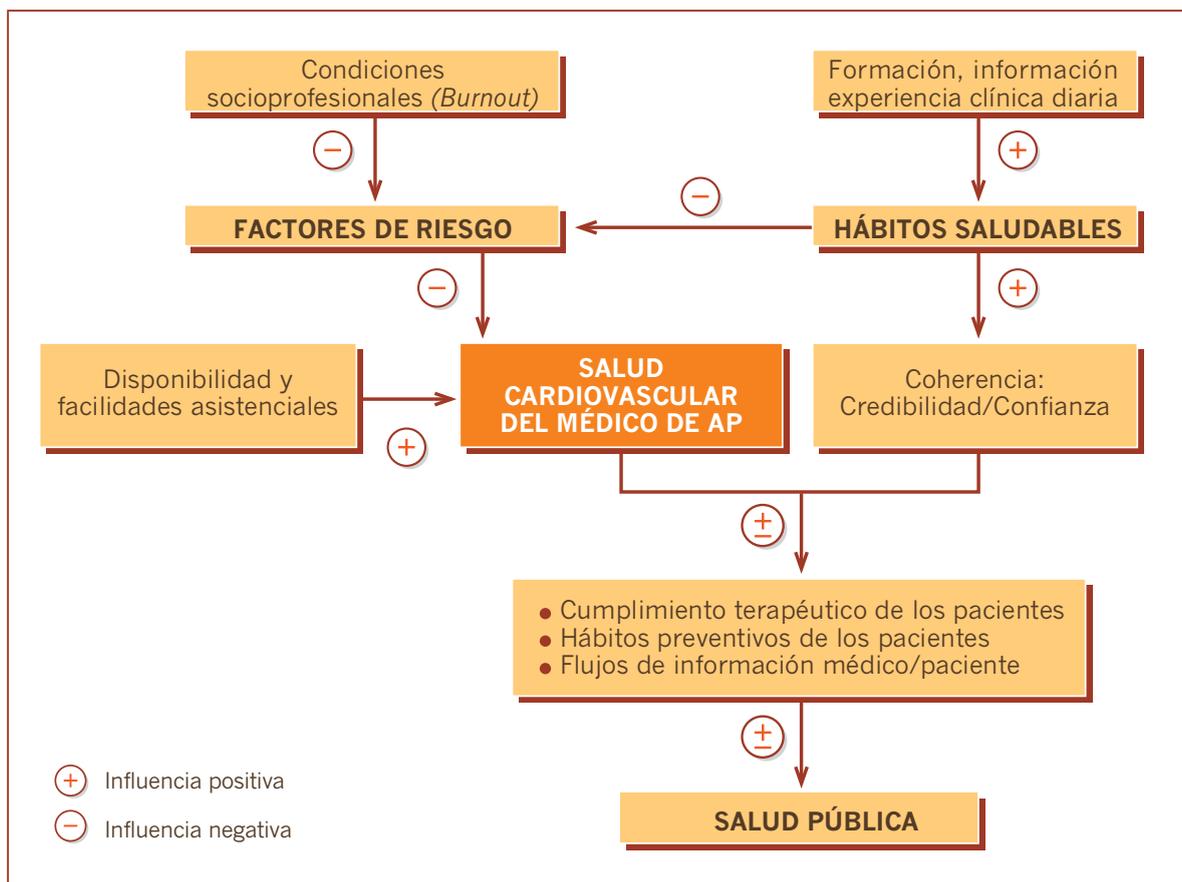
La salud de los médicos de AP y su nivel de satisfacción profesional, han sido temas bastante estudiados en la literatura sociosanitaria y que ahora requieren nuestra especial atención para desarrollar este amplio estudio en España. Pero ¿por qué la salud de los médicos de AP en concreto?, ¿qué tiene de específico este colectivo profesional que justifique tal atención? Sin duda la respuesta está en el impacto y la influencia que tiene en la salud de la población. Además, los médicos de AP están sometidos a condicionantes específicos de tipo laboral y profesional que determinan su grado de salud. Por un lado, hay que considerar su mayor conocimiento y formación en relación a los factores de riesgo y hábitos saludables en comparación con el conjunto de la población. Su experiencia diaria con sus pacientes debería contribuir a un planteamiento más preventivo y saludable en sus hábitos de vida. Además, hay que considerar también una mejor disponibilidad de recursos asistenciales y de tratamiento, aunque sólo sea por proximidad. En sentido contrario, el colectivo de médicos de atención primaria, está sometido a unas duras condiciones laborales y profesionales, bien conocidas en los estudios del llamado *burnout* o "síndrome del quemado" y que reflejan el grado de agotamiento emocional, el distanciamiento o despersonalización del trabajo y su grado de realización personal⁵.

Sin embargo, queremos destacar en este estudio la importancia de las actitudes, de los comportamientos de los médicos de AP en concreto respecto a su autocuidado y al cumplimiento de los hábitos de vida saludables.

⁴ Análisis cualitativo preliminar del estudio, realizado a partir de las conclusiones de 12 entrevistas personales en profundidad con médicos de atención primaria en Madrid y Barcelona, así como del estudio de la documentación básica (Bibliografía, opiniones reflejadas en artículos y noticias en Internet).

⁵ Se adjunta bibliografía básica y fuentes.

Un esquema de este escenario podría ser:



¿Es el perfil cardiovascular de los médicos de atención primaria en España mejor o peor que en el resto de la población?

La primera pregunta que nos hacemos es si los médicos de AP en España, en tanto que profesionales específicos, puedan tener un perfil de RCV distinto del resto de la población (aislados los factores de edad y actividad), o por el contrario es similar. Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) relevantes son el tabaquismo, la HTA, las hiperlipidemia, la diabetes mellitus y la obesidad. Pues bien, aunque del resultado de las entrevistas previas realizadas se deduce que no existe un perfil de riesgo muy diferente del conjunto de la población (en similares grupos de edad y actividad), lo cierto es que las mediciones obtenidas sí reflejan un mejor estado de salud y de prácticas preventivas. Depende mucho de los condicionantes personales, del carácter y la personalidad, de sus valores, de las distintas formas de entender la vida y de afrontarla. Se destaca, eso sí, de forma casi unánime, el estrés laboral, aunque referido sólo a los médicos de AP con más contacto diario con pacientes. Aún así, se relativiza bastante, ya que se entiende que este factor, el estrés, también afecta a muchas otras profesiones.

Cuando se concreta un poco más y se les pide que se definan ante hábitos de vida en concreto (tabaquismo, alimentación, ejercicio, etc.) y si en ello influyen su grado de conocimientos médicos o su nivel cultural, las posiciones son muy dispares. Desde posiciones en las que sí, se reconoce que sus conocimientos y experiencia diaria con los pacientes llevan a los médicos a mantener unos hábitos de vida más saludables que el resto de la población (aunque similares a las de profesiones de alto nivel de

calificación), hasta posiciones más escépticas en las que el conocimiento y la experiencia no influyen en sus hábitos de vida. No obstante, creemos que en estos casos, los médicos tienden a “no ver”, o a no ser muy conscientes de esa influencia. Aunque es cierto que los médicos, como todo el mundo, están sometidos a la contradicción que supone el “conocer”, pero no actuar en consecuencia, lo están en menor medida que el resto de la población. El tabaquismo por ejemplo, que tradicionalmente ha sido más alto entre personal sanitario que entre la población en general, está cambiando la tendencia. El sedentarismo es mayor que en la población de similar edad y actividad, aunque su mayor nivel cultural lleva a hacer más ejercicio (deporte, ocio y tiempo libre) fuera del trabajo. La alimentación es similar al resto de la población con los mismos errores y contradicciones, el alcoholismo es difícil de evaluar y tan solo el estrés producido por la presión y la sobrecarga asistencial, así como por las condiciones laborales, es visto como un factor de riesgo claramente diferencial respecto del conjunto de la población, en el que además, sus conocimientos y experiencia profesional, tienen un menor margen de actuación.

Sin embargo, existe otro factor que sí incide positivamente en la mejora del perfil de RCV del médico de AP y que se refiere a su mejor disponibilidad y facilidades de acceso a la asistencia médica (lógicamente “de hecho”, no “de derecho”), que tienen los médicos de AP, respecto del resto de la población. Se reconoce que la consulta a un compañero no es muy habitual salvo, lógicamente, en casos graves. Existe un elevado grado de autodiagnóstico y autoprescripción, aunque la cercanía con los compañeros siempre está ahí. También hay más facilidades de acceso a pruebas, analíticas o consultas más específicas. En este caso, hay un cierto corporativismo, en su sentido positivo, de apoyo mutuo, no reglado, que opera positivamente en el control y seguimiento de la salud. Otra cuestión es el grado de cumplimiento y adherencia de los médicos a los tratamientos, que aunque ellos tienden a considerarla mala (*“el médico es un mal paciente”* dicen), lo cierto es que resulta siempre mejor que la de sus propios pacientes. Cuanto más crónico es el trastorno y el tratamiento, peores cumplidores se consideran. Sin embargo, creemos que, a similar nivel de formación, el médico será mejor cumplidor que otros pacientes, aunque simplemente sea por “sintonía” con la experiencia clínica diaria.

Médicos afectados por estrés laboral y/o profesional (*burnout*)

El entorno laboral y profesional del médico es quizás el factor diferencial respecto del resto de la población que más afecta a la salud del médico de AP. Diferenciamos claramente entre factores laborales y factores profesionales, aunque ambos están relacionados. Los primeros son los que se refieren a las condiciones objetivas de trabajo tales como los horarios y calendarios de trabajo, las guardias, la carga asistencial, el salario, la burocracia o las condiciones materiales (locales e infraestructuras de trabajo). Los segundos se refieren a la satisfacción con su actividad profesional como médico de AP; compromiso con la salud, la medicina y los pacientes, identificación con la labor realizada, autoestima como médico o científico, perspectivas de futuro, etc. El test MBI (*Maslach Burnout Inventory*) describe de forma similar tres dimensiones: el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal.

Respecto de las condiciones laborales hay que decir que existe una queja generalizada y un grado de asociación muy alto con el deterioro de la salud que se manifiesta en agotamiento mental, emocional y físico. Obviamente el estrés y el carácter eminentemente sedentario del trabajo con largas e intensas jornadas cargadas de responsabilidad, guardias, etc., y con pocos medios, pueden llegar a

incrementar todos los factores de riesgo cardiovascular al dificultar los hábitos de vida saludables de una forma continua y sistemática, esto se traduce en mala alimentación, poco ejercicio y tensión emocional. Consecuencia de ello son la HTA, las hiperlipidemias, la obesidad, diabetes, etc., al margen de otros trastornos psicológicos o psiquiátricos (depresión, ansiedad, etc.), llevando en muchos casos a tratamientos con fármacos antidepresivos o ansiolíticos, además de repercutir en bajas laborales, absentismo laboral o pérdida de eficacia.

En concreto, las condiciones laborales que inciden negativamente son, básicamente, la cantidad de trabajo (horas de trabajo y guardias), la intensidad de trabajo, el exceso de carga asistencial con un elevado número de pacientes por unidad de tiempo, y la falta de recursos de enfermería o de administración que lleva a asumir también las tareas administrativas y burocráticas en detrimento de las puramente clínicas o de educación de los pacientes. Este último hecho es tan importante como la cantidad de trabajo, y lleva a una pérdida de motivación y despersonalización del trabajo. Se echa en falta ayudantes que les descarguen de la pesada carga burocrática, informática y administrativa, labores que no se asumen como propias.

El salario, si bien es un tema menor debido a que ni se consideran mal pagados, ni la remuneración económica es uno de los objetivos primordiales de la profesión médica, no es despreciable, ya que ante la ausencia de otros tipos de motivaciones, la económica empieza a tener cada vez más peso, sobre todo considerando el exceso de horas trabajadas con una gran intensidad, la responsabilidad asumida y la multiplicidad de competencias no atribuibles al médico.

Se observa que se puede llegar a producir un alto grado de frustración generalizado en el conjunto del colectivo. Al no poder cumplirse las expectativas que como médico de atención primaria se tenían y en las que existía una fuerte implicación personal y profesional, se puede llegar a generar un gran vacío o frustración que llevaría a distanciarse de la vocación inicial. Se trataba de un proyecto de vida ante el cual los médicos se sentían muy comprometidos y sin embargo, los condicionantes laborales, organizativos y de gestión llevan en muchas ocasiones al traste con tales expectativas. Además, la consideración social que existe del médico de atención primaria es cada vez menor, lo que no ayuda precisamente a mantener elevado el nivel de autoestima.

No obstante, también hay que decir que existe un gran esfuerzo por asumir esa realidad sin comprometer su labor asistencial y desde posiciones muy críticas con el sistema sanitario, tratar de cambiarlo y modificarlo. Esto es importante ya que, como hemos comentado, la consecuencia inmediata de este grado de *burnout* o “síndrome del quemado” en el médico de atención primaria, además del impacto en su propia salud, es la pérdida de eficacia y de calidad asistencial en que reciben sus pacientes. Por tanto, las actitudes críticas, constructivas y combativas que no se dejan llevar por la frustración, son elementos que están siempre presentes y que hay que considerar.

Como hemos podido observar a lo largo de las entrevistas realizadas, el límite entre lo vocacional/profesional y lo político, es muy difuso. Ambos conceptos están íntimamente relacionados. La defensa de un sistema sanitario público, suficientemente dotado de recursos (económicos, humanos y organizativos), bien gestionado y en el que el médico pueda participar, es sin duda una de las claves en la mejora de la salud de este colectivo profesional.

Pacientes afectados por la salud de sus médicos

Una mala salud de los médicos de atención primaria tiene dos consecuencias directas; un elevado grado de sustituciones, bajas laborales, absentismo, etc. lo que se traduce en desorientación por parte de los pacientes y desconfianza, pero además en una pérdida real de seguimiento y control de las visitas y de las consultas que se confían a un sistema administrativo/informático y, por tanto, despersonalizado. Los errores aumentan, se deriva mucho más a otros especialistas, se modifican criterios terapéuticos, desaparecen las recomendaciones o consejos no escritos, es decir, toda la comunicación informal que es la que da credibilidad y que se basa en la confianza mutua entre el médico y su paciente.

En cualquier caso el estrés profesional lleva a una situación anímica disminuida en la que desciende la concentración en el paciente, disminuye la lucidez mental para relacionar o diferenciar variables, se es menos resolutivo y se hace el mínimo imprescindible para cumplir.

La coherencia, la credibilidad del médico y su impacto en la salud de los pacientes

En principio, hay que decir que la falta de coherencia entre lo que el médico recomienda a sus pacientes y lo que él mismo hace es cada vez menor, en línea con el conjunto de la población. La toma de conciencia, aunque sólo sea teórica, sobre hábitos de vida cardiosaludables es algo que sería impensable hace tan sólo unos años y, sin embargo, hoy en día todo el mundo es consciente de la importancia de llevar una dieta sana, de hacer ejercicio, de lo pernicioso del tabaco y de la necesidad de reducir peso. Otra cosa diferente es el cumplimiento de tales propósitos. Disminuir los factores de riesgo cardiovascular a través de mejorar los hábitos de vida en la población es, sin duda, la medida más eficiente para reducir las enfermedades cardiovasculares y, sin embargo, es la más difícil de todas al tratarse de pautas culturales que están fuertemente arraigadas en el sentir colectivo de nuestra sociedad. Casi se podría decir que se trata más de acciones sociales y culturales que médicas. Además, los valores dominantes hoy en día en nuestras sociedades occidentales no ayudan precisamente en este sentido. La competitividad basada en el éxito personal, económico y profesional, el consumismo, la banalización de la vida en general, el hedonismo, o la pérdida de importancia de valores como el esfuerzo, el compromiso o la calidad, hacen que sea más difícil llevar dietas equilibradas, no ser sedentario, no fumar, no beber y llevar un adecuado control médico.

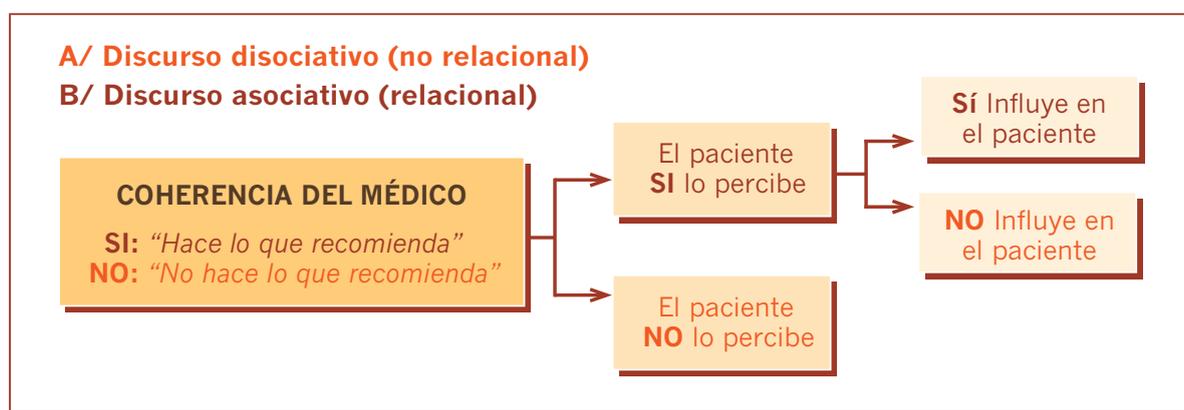
Los médicos de AP, no son ajenos a todo ello y padecen los mismos condicionantes que el resto de la población de su misma edad y formación cultural/intelectual. Los médicos son conscientes de que gran parte de su eficiencia se basa en el cumplimiento y adherencia que tengan sus pacientes a los tratamientos, ya sean preventivos o terapéuticos. Y este cumplimiento se basa a su vez en gran parte en la credibilidad que le de su médico en la confianza depositada en él. Pues bien, la cuestión que está en debate es; primero, si el médico es coherente o no y, segundo, si éste hecho es percibido por el paciente y, en tal caso, si influye en el cumplimiento de las recomendaciones o de los tratamientos.

De las entrevistas realizadas se deriva que existen dos grandes tipos de discursos antagónicos. Por un lado, hay una posición que cree que hay que deslindar el ámbito personal del ámbito de la consulta médica y que, por tanto, nada tiene que ver el hecho de que uno tenga hábitos de vida saludables o no, con la recomendación que de al paciente. Incluso se postula que, probablemente, el paciente no percibe

nunca, o casi nunca, tales situaciones (a menos que sean muy evidentes: un fumador empedernido, un obeso mórbido, etc.) y aún en el caso de que las perciban, no influirá en su adherencia y cumplimiento de los tratamientos. Se trata de un discurso disociativo (no relacional). Obviamente esta postura parte de una visión más despersonalizada de la atención primaria, más aséptica y menos basada en la confianza mutua o la relación médico-paciente. El médico es un engranaje más de la asistencia, se limita a diagnosticar, prescribir, recomendar, o en su caso, derivar. Las historias quedan registradas en soportes informáticos que serán la base del seguimiento posterior. Para ello, aunque se necesite de un flujo de información con el paciente, ésta se realiza de forma mecánica, no está basado en la confianza. De hecho, ésta es la situación más real y (quizás) la posible, a la que tiende el sistema de atención primaria habida cuenta de las limitaciones y condicionantes laborales/profesionales que hemos visto.

Un discurso contrario se basa en que la coherencia entre lo que el médico hace y lo que recomienda es básica para la credibilidad de sus recomendaciones y tratamientos. Que sí es percibido por el paciente y que sí influye en su forma de afrontar las recomendaciones y tratamientos prescritos. Está basado en la relación de confianza mutua en las que los flujos de información son personales y a un nivel muy humano y cercano. Pero no solamente eso. El tono y la forma de comunicar del médico (sobre todo en el primer impacto que recibe el paciente) es fundamental para que se tome en serio la enfermedad y el tratamiento. Si esta comunicación no es contundente y creíble perderá gran parte de su eficacia. Este discurso no tiene por que asociarse con un planteamiento paternalista (aunque ocasionalmente se de) sino que es más propio de una medicina humanista en la que sólo se busca la eficiencia terapéutica o preventiva como objetivo final. Desgraciadamente, el sistema sanitario actual no sólo no facilita este tipo de planteamientos sino que más bien los imposibilita con cargas de trabajo excesivas y con gestiones destinadas más a mejorar los indicadores de eficiencia económica que a buscar la calidad de la atención médica.

Lógicamente estas dos posiciones no son absolutas, son relativas, se han expresado así para poder ser visualizadas. Tampoco son exclusivas. Entre ambas posiciones hay un sinfín de matices y de combinaciones que dependen del médico, del paciente, de la patología y de las características concretas del sistema de atención primaria en cada área sanitaria o Comunidad Autónoma. Por ejemplo, ser coherentes o no, es independiente del discurso teórico que se mantenga. Así, existen muchos profesionales que manteniendo una postura disociativa (no relacional), ellos personalmente son coherentes (mantienen hábitos de vida saludables).



V. Resultados

1. La salud de los médicos de atención primaria

1.1 Autovaloración del estado de salud general

La primera aproximación a la salud de los médicos se hizo a partir de su propia evaluación, preguntándoles cómo valoran su estado de salud general en último año. De los resultados obtenidos se dedujo que existe una buena valoración del estado de salud sin que se observen grandes diferencias por sexo o por edad. El hecho de que un 21,4% de la muestra haya limitado sus actividades habituales por alguna enfermedad durante el último año (significativamente más frecuente entre los médicos de más de 50 años de edad), no implica que valoren negativamente su estado de salud general (Tabla 1).

Figura 1

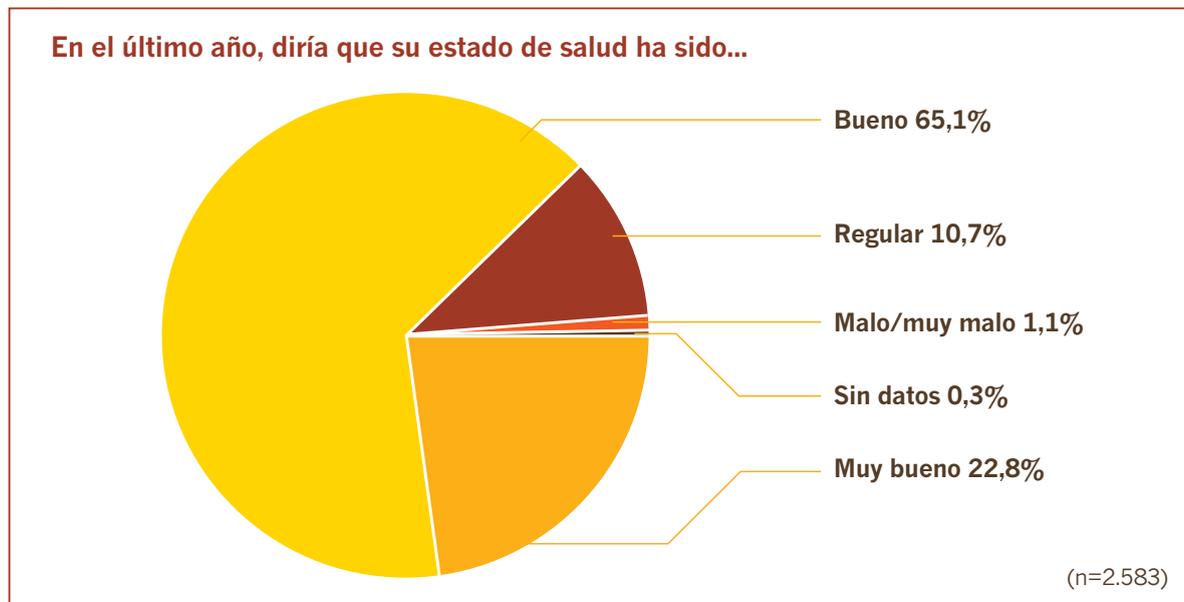


Tabla 1

Durante el último año, ¿alguna enfermedad le ha limitado de alguna forma sus actividades habituales?	TOTAL (n=2.583)	SEXO		EDAD		
		Varones (n=1.203)	Mujeres (n=1.380)	<41 (n=835)	41-50 (n=844)	>50 (n=895)
	%	%	%	%	%	%
Sí	21,4	21,4	21,3	18,3	21,8	23,8
No	78,3	78,3	78,3	81,3	77,7	76,1
Sin datos	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(Negrita: Diferencias significativas para $p < 0,05$)

1.2 Los factores de riesgo cardiovascular

Los FRCV evaluados fueron, el tabaquismo, la HTA, la hipercolesterolemia, la diabetes, el historial familiar de enfermedad cardiovascular y el diagnóstico de enfermedad cardiovascular.

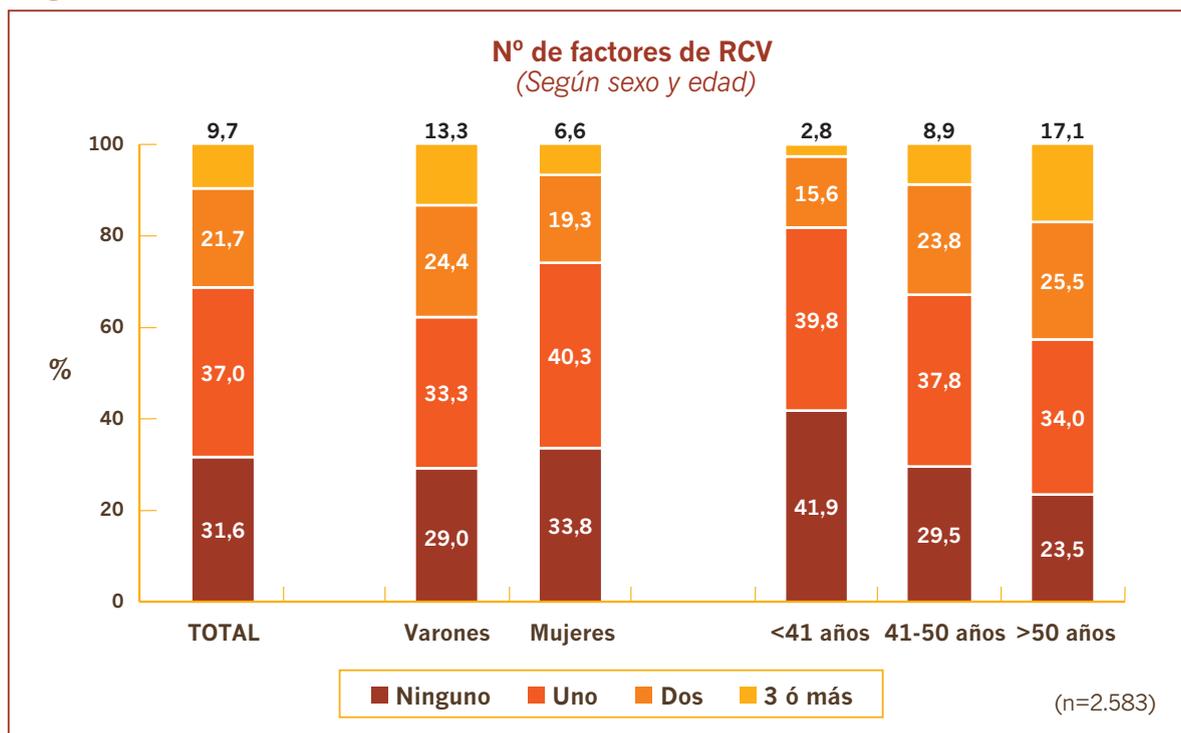
La prevalencia de los FRCV fue relativamente baja. La mayoría declara no presentar ningún factor (31,6%) o sólo uno (37%). El nº de factores de riesgo está íntimamente ligado con la edad y también con el sexo; las mujeres presentan menos FRCV que los hombres, tal y como se observa en los siguientes cuadros y gráficos.

Tabla 2

Nº DE FACTORES DE RCV*	TOTAL (n=2.583)	SEXO		EDAD		
		Varones (n=1.203)	Mujeres (n=1.380)	<41 (n=835)	41-50 (n=844)	>50 (n=895)
	%	%	%	%	%	%
Ninguno	31,6	29,0	33,8	41,9	29,5	23,5
Uno	37,0	33,3	40,3	39,8	37,8	34,0
Dos	21,7	24,4	19,3	15,6	23,8	25,5
3 ó más	9,7	13,3	6,6	2,8	8,9	17,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Se han considerado: Tabaquismo, HTA, hipercolesterolemia, diabetes, y antecedentes familiares.
(Negrita: Diferencias significativas para $p < 0,05$)

Figura 2



Aunque algunos médicos no definen los antecedentes familiares de enfermedad CV como un FRCV, este fue el más citado (32,0%). El 18,7% presentó hipercolesterolemia, aunque, de ellos, sólo el 44% recibió tratamiento. El 13,3% reconoció el hábito tabaquito y el 11,7% presentaba HTA, que se trató en el 87,1% de los casos, con un elevado nivel de control (95,8%). Solo un 2,6% padecía diabetes (I o II) que estaban en tratamiento en el 71,6% de los casos, logrando también un buen control de la misma (96,2%) la prevalencia de estos FRCV, se correlaciona con la edad y son también más prevalentes entre los varones, sobre todo la HTA y la hipercolesterolemia. Por el contrario, el hábito tabáquico estaba más equilibrado entre hombres y mujeres.

Por otra parte hay que señalar la baja incidencia de padecer o haber padecido alguna manifestación o enfermedad cardiovascular; tan sólo el 3,8% refirieron alguna, entre las que destaca la cardiopatía isquémica (1,1%), los accidentes vasculares cerebrales (0,5%) o la arteriopatía periférica (0,3%).

Es preciso hacer notar que aunque el 13,3% considera que presentaba tabaquismo como FRCV, quienes declararon fumar fueron un 15,7%. Esto se debe a que una pequeña parte de los médicos considera que el carácter ocasional o de baja intensidad de su hábito tabáquico, no le permite definirlo como un FRCV.

Tabla 3

FACTORES DE RCV ("Señale los FRCV que presente")	TOTAL (n=2.583)	SEXO		EDAD		
		Varones (n=1.203)	Mujeres (n=1.380)	<41 (n=835)	41-50 (n=844)	>50 (n=895)
	%	%	%	%	%	%
Tabaquismo	13,3	13,1	13,5	11,7	13,3	15,0
HTA	11,7	19,6	4,8	1,7	8,6	24,0
Hipercolesterolemia	18,7	26,0	12,2	5,6	19,0	30,5
Diabetes I	0,5	0,7	0,3	0,8	0,1	0,4
Diabetes II	2,1	3,7	0,8	--	1,3	4,9
Antecedentes familiares de ECV	32,0	30,2	33,6	27,2	34,1	34,9

(Negrita: Diferencias significativas para $p < 0,05$)

Figura 3

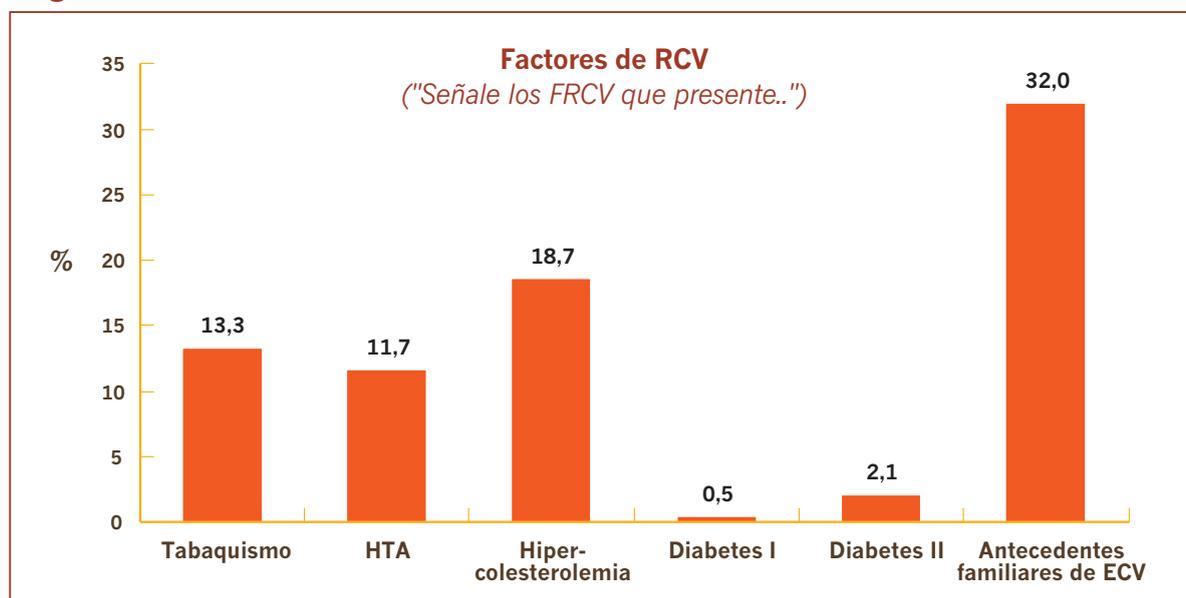


Figura 4

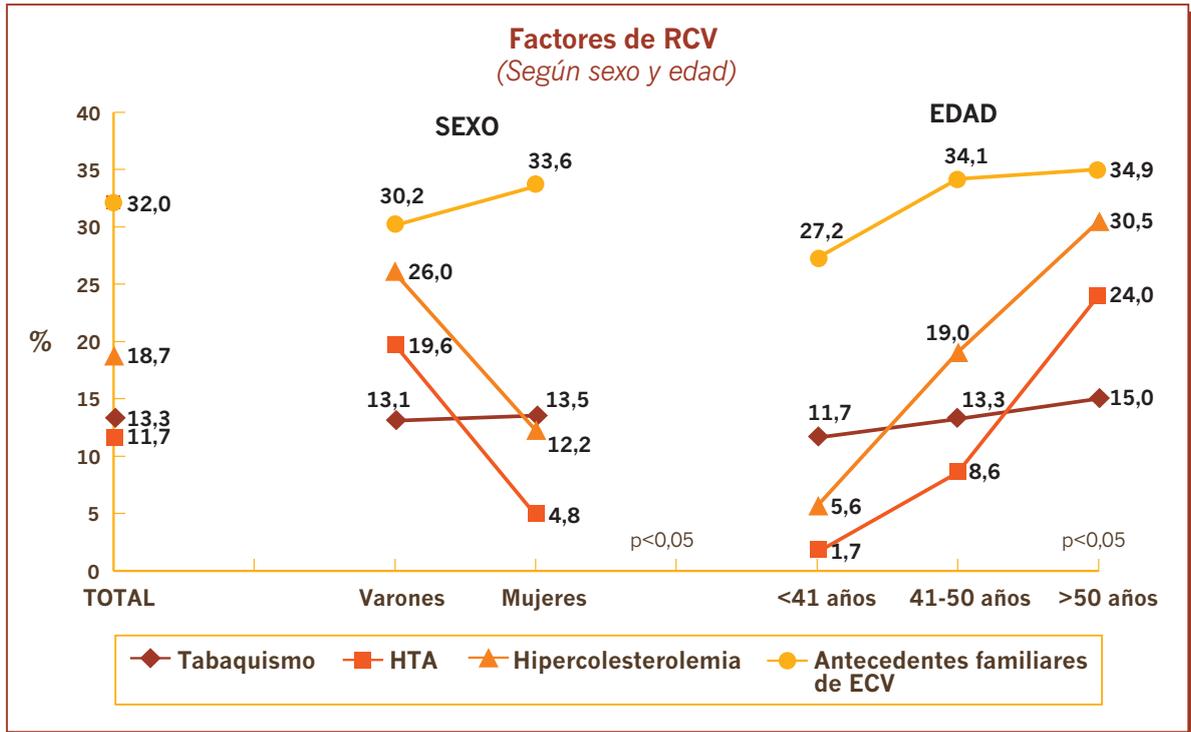


Tabla 4

TRATAMIENTO Y CONTROL DE LOS FACTORES DE RCV	Señalan HTA (n=302)	Señalan Hipercolesterolemia (n=482)	Señalan Diabetes (I y II) (n=74)
¿Recibe tratamiento...?	%	%	%
Sí	87,1	43,6	71,6
No	10,6	54,6	20,3
Sin datos	2,3	1,9	8,1
¿Esta controlado...?	(n=263)	(n=210)	(n=53)
Sí	95,8	91,0	96,2
No	2,7	8,1	3,8
Sin datos	1,5	1,0	--

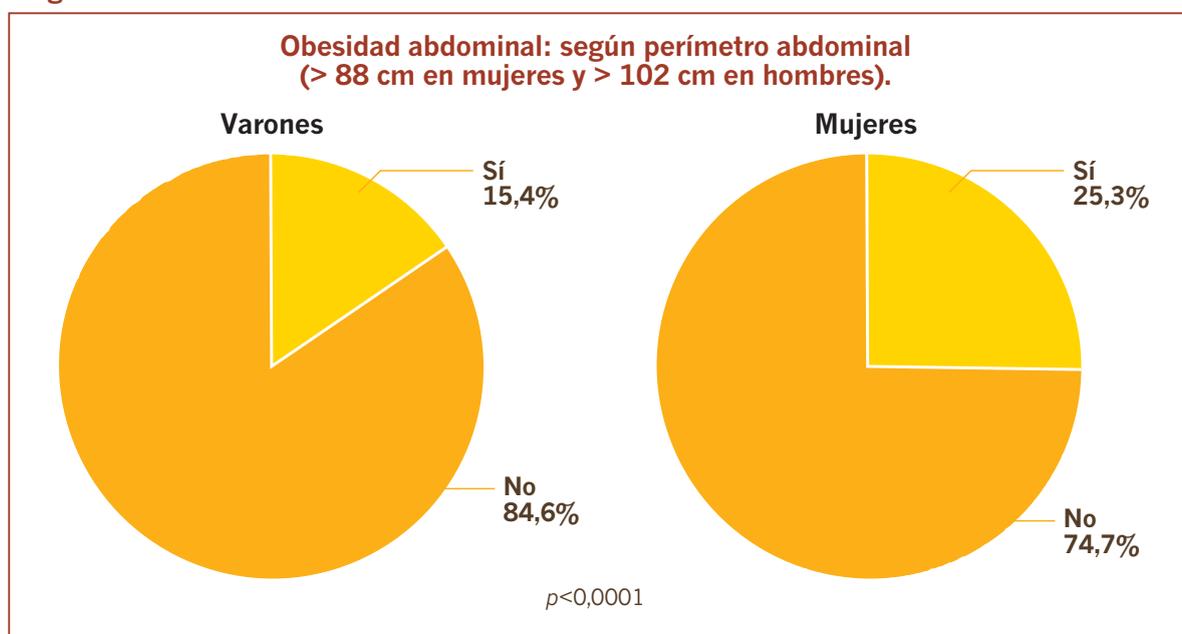
1.3 El índice de masa corporal (IMC)

Los factores de riesgo y los hábitos de vida no saludables (sobre todo el sedentarismo y la alimentación inadecuada) pueden reflejarse en un grado de sobrepeso u obesidad determinado a través del IMC. Este índice ha sido calculado a partir de la autodeclaración de peso (Kg.) y talla (cm.). Los datos básicos obtenidos de peso, talla, y perímetro abdominal para varones y mujeres, aparecen en la siguiente tabla:

Tabla 5

	Hombre	Mujer	p
Peso (kg), media ± DE	81,2 ± 12,0	62,1 ± 10,5	<0,0001
Altura (cm), media ± DE	175,0 ± 6,2	163,4 ± 6,2	<0,0001
IMC (kg/m ²), media DE	26,5 ± 3,3	23,3 ± 3,7	<0,0001
Perímetro abdominal (cm), media ± DE	93,9 ± 11,9	80,7 ± 13,2	<0,0001

Figura 5



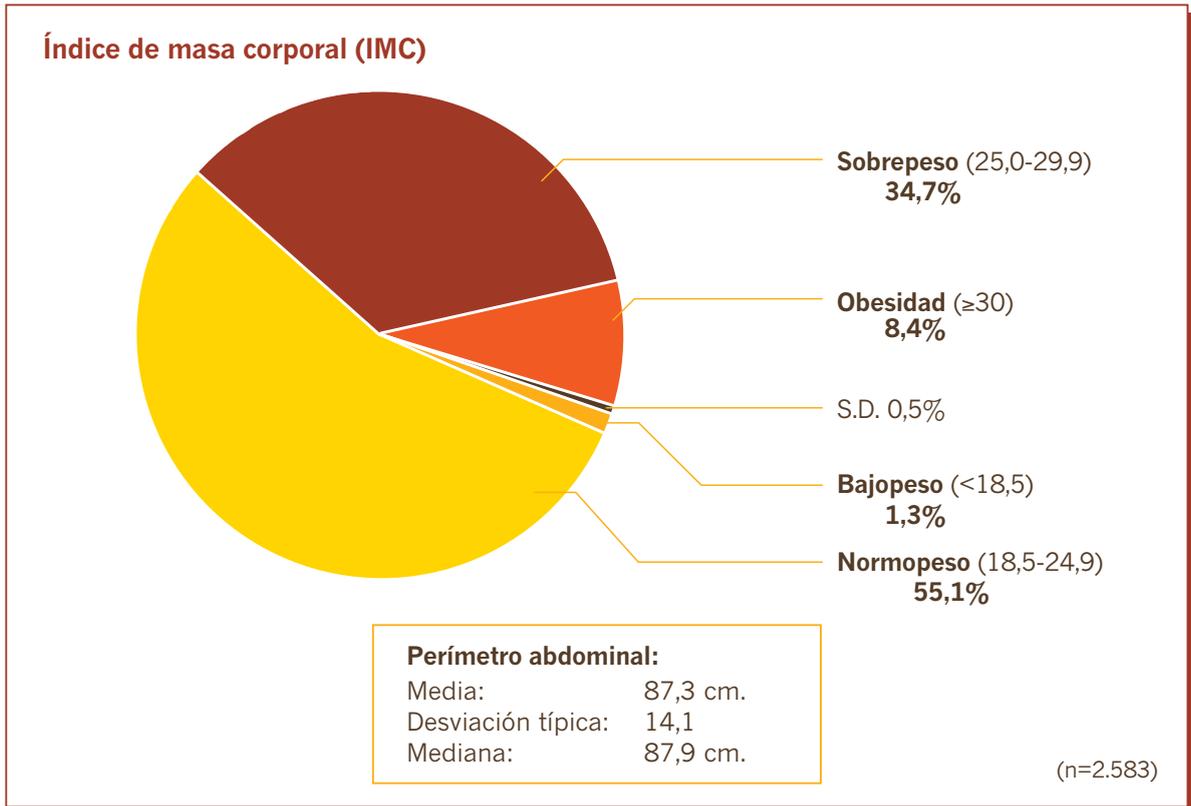
Con estos datos se calculó en índice de masa corporal (IMC) obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 6

IMC*	TOTAL (n=2.583)	SEXO		EDAD		
		Varones (n=1.203)	Mujeres (n=1.380)	<41 (n=835)	41-50 (n=844)	>50 (n=895)
	%	%	%	%	%	%
Bajopeso (<18,5)	1,3	0,0	2,5	2,4	1,3	0,3
Normopeso (18,5-24,9)	55,1	35,0	72,5	69,6	57,1	39,6
Sobrepeso (25,0-29,9)	34,7	52,7	19,1	22,6	32,5	48,3
Obesidad (≥30)	8,4	12,1	5,3	4,8	8,6	11,7
Sin datos	0,5	0,2	0,7	0,6	0,5	0,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

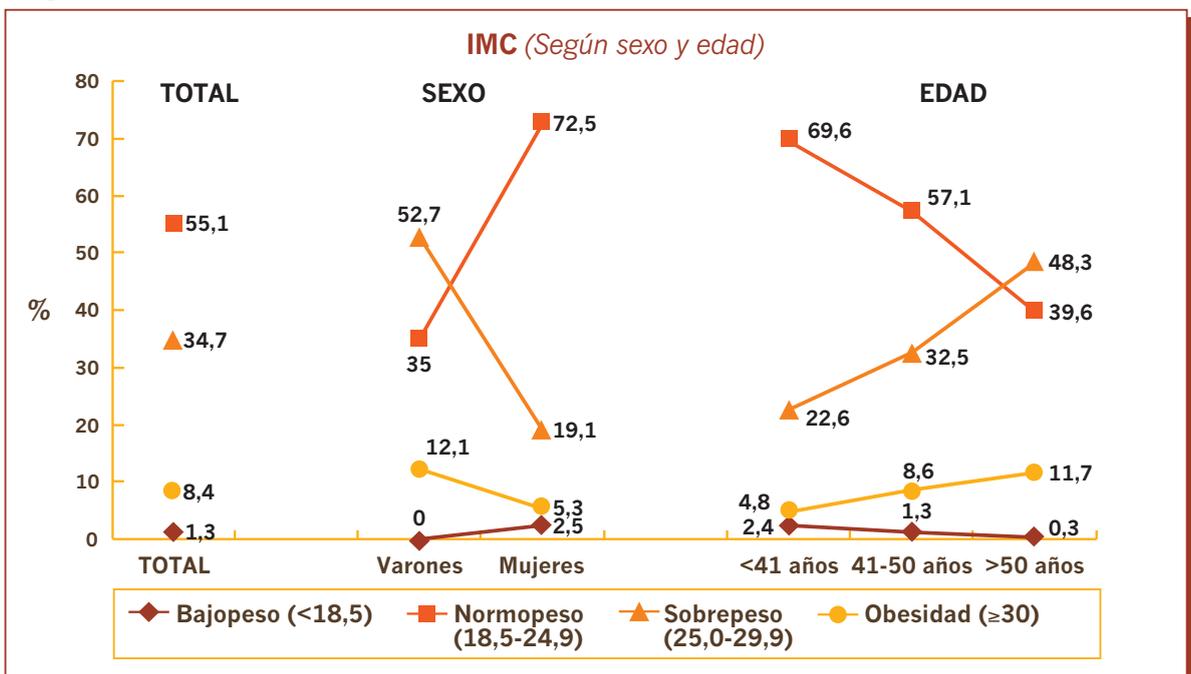
* Calculado a partir de la declaración de peso y talla. IMC = peso (kg.) / talla² (cm.)
(Negrita: Diferencias significativas para *p*<0,05)

Figura 6



El IMC, así calculado, reflejaba un 34,7% de médicos con sobrepeso y un 8,4% con obesidad. El sobrepeso y la obesidad se relacionan muy directamente con la edad de los médicos, aunque también son más prevalentes entre los varones que entre las mujeres.

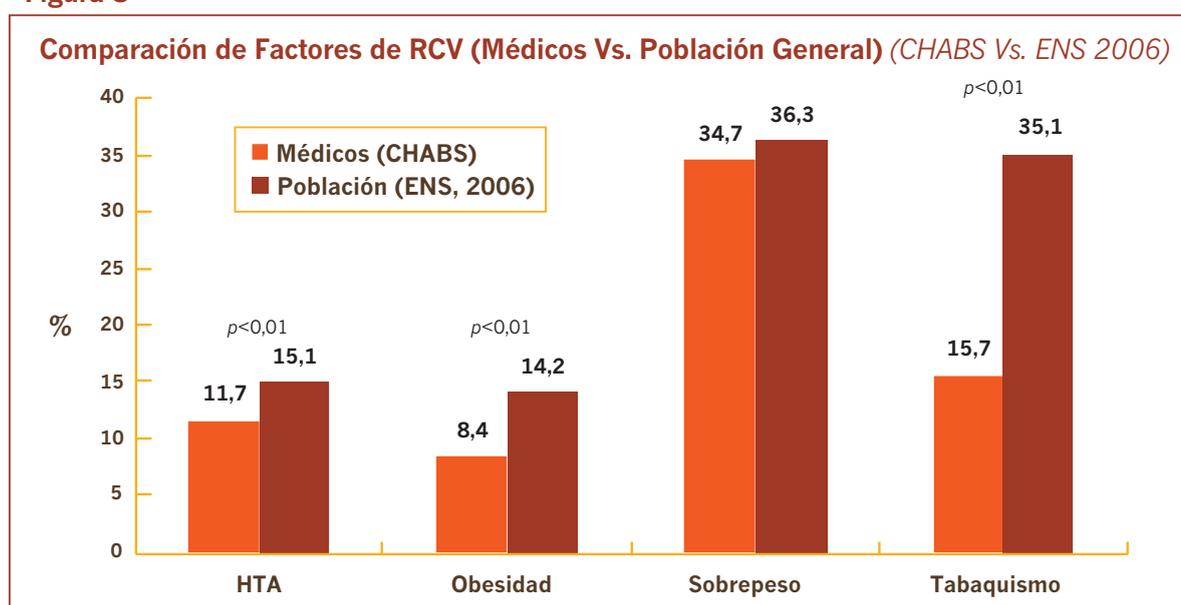
Figura 7



A partir de los datos de la *Encuesta Nacional de Salud*⁶, referidos a los mismos grupos de edad (21-65 años) y con la misma pregunta exactamente, hemos comparado los datos de prevalencia de obesidad, sobrepeso, tabaquismo y HTA de la población general con los de la muestra de la encuesta. Los FRCV presentes en la población de médicos, son claramente menores que los de la población general, sobre todo en el caso del tabaquismo y de la obesidad. Si la comparación se realiza sólo con mujeres, la relación a favor de la muestra de médicos (mujeres) es aún mucho mejor.

Este hecho, si bien parece es lógico, si tenemos en cuenta el conocimiento médico y la experiencia de nuestro colectivo, además de un mejor acceso a los recursos sanitarios, llama la atención la magnitud del hábito tabáquico (15,7%) en un grupo en el que debería tender al mínimo y que comparado con otros países desarrollados resulta todavía muy alto.

Figura 8



1.4 Percepción del riesgo cardiovascular

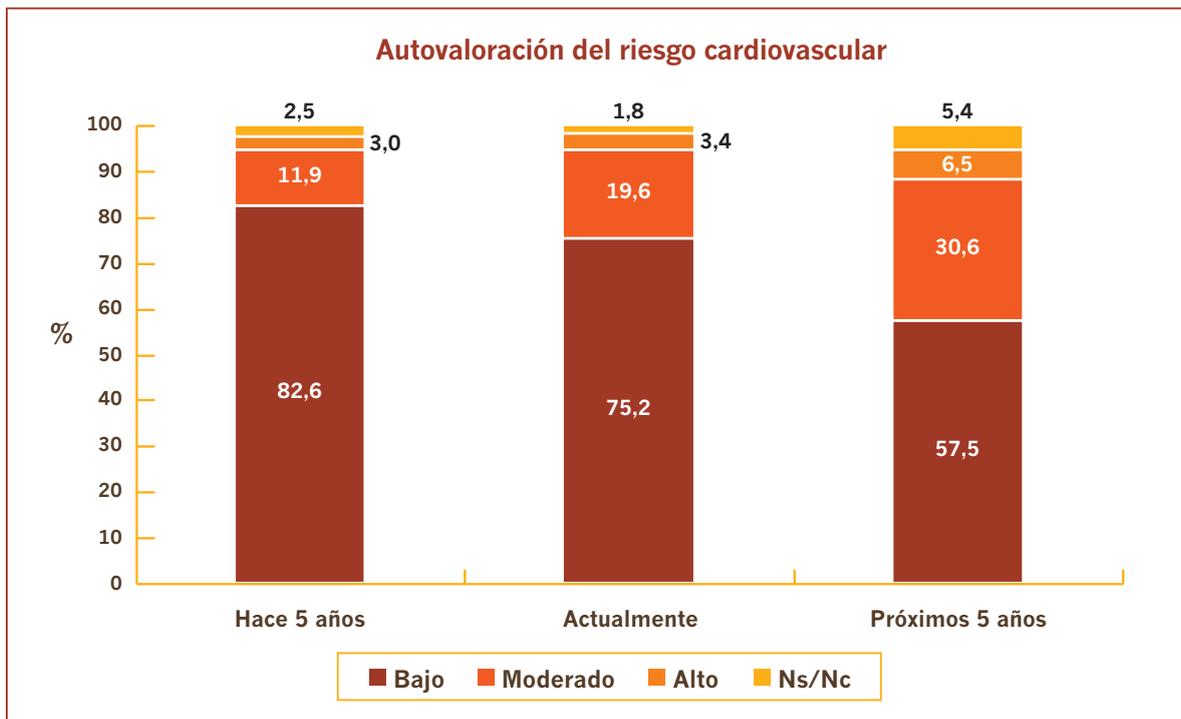
Hasta ahora hemos visto en qué medida los médicos refieren factores de riesgo cardiovascular. Además, les solicitábamos que evaluaran cuál era el nivel de riesgo cardiovascular que tenían en función de tales factores (y de acuerdo a su conocimiento de las guías ESH 2007). Con objeto de observar la tendencia, les pedíamos que valorasen la situación actual y, posteriormente, hicieran la misma valoración / estimación de forma retrospectiva (5 años) y de forma prospectiva (5 años). Los datos se reflejan en la siguiente tabla:

Tabla 7

Autovaloración del riesgo cardiovascular	Actualmente (n=2.583)	Hace 5 años (n=2.583)	En los próximos 5 años (n=2.583)
	%	%	%
Riesgo Bajo	75,2	82,6	57,5
Riesgo Moderado	19,6	11,9	30,6
Riesgo Alto	3,4	3,0	6,5
No sabe	1,3	2,1	5,0
Sin datos	0,5	0,4	0,4
TOTAL	100,0	100,0	100,0

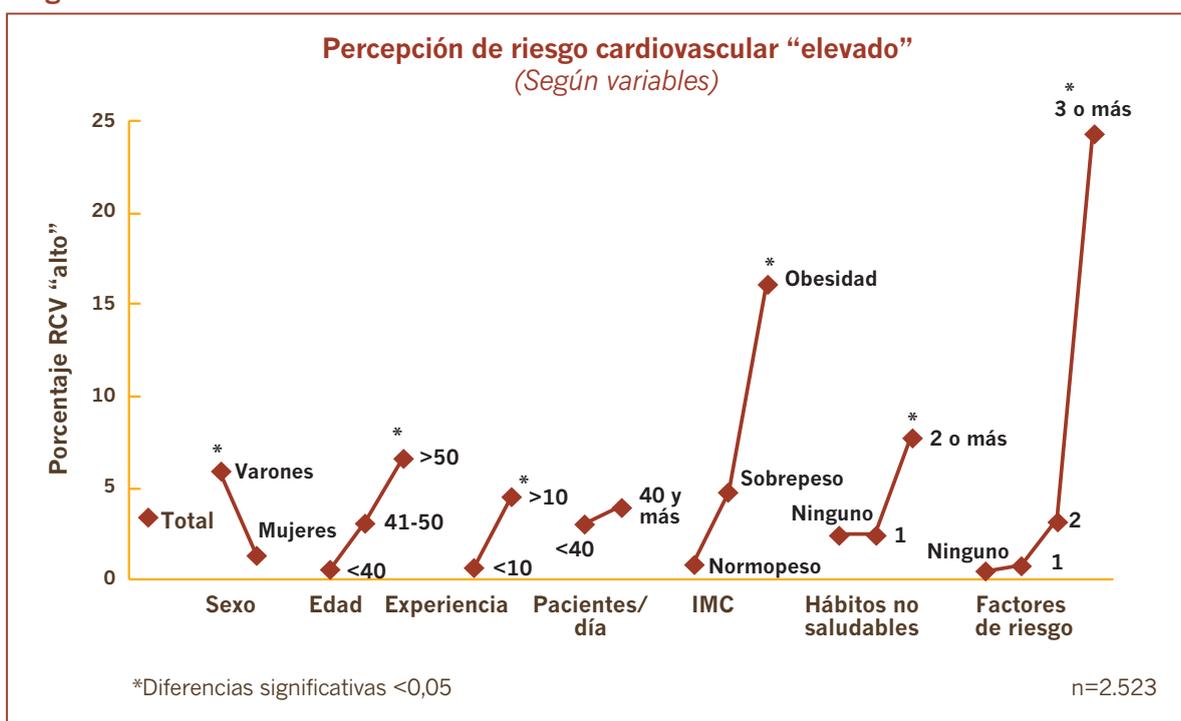
⁶ Encuesta Nacional de Salud 2006. INE-MSC.

Figura 9



La autovaloración que hicieron los médicos de su propio RCV fue relativamente baja (23,0% lo califican de “moderado” o “alto”), aunque aumenta con el paso de tiempo, previendo un RCV “alto” o “moderado” el 37,1% de los médicos en los próximos 5 años. La percepción de tener un riesgo “elevado” (3,4%) es significativamente mayor entre los médicos varones (6,0%), los de más de 50 años de edad (6,6%), con grado de obesidad en su IMC (16,0%), que presentan más factores de riesgo (24,0%) y con 2 o más hábitos no saludables (7,7%).

Figura 10



1.5 Hábitos de vida y prácticas preventivas

Los FRCV están íntimamente relacionados con los hábitos de vida y las prácticas preventivas, entendidas como estilos de vida saludables. La alimentación saludable/equilibrada, el consumo de tabaco y alcohol, el sedentarismo y el descanso, han sido las variables medidas para evaluar la intensidad de los hábitos no saludables⁷.

Tabla 8

HÁBITOS NO SALUDABLES	TOTAL (n=2.583)	SEXO		EDAD		
		Varones (n=1.203)	Mujeres (n=1.380)	<41 (n=835)	41-50 (n=844)	>50 (n=895)
	%	%	%	%	%	%
Consumo de tabaco ¹	15,7	15,4	15,9	15,0	14,9	17,2
Consumo de alcohol ²	9,5	16,1	3,7	3,0	6,5	18,4
Descanso insuficiente ³	28,8	23,9	33,1	35,7	30,3	21,2
Sedentarismo ⁴	22,6	20,0	24,9	26,1	24,8	17,5
Mala alimentación ⁵	6,3	7,1	5,6	8,4	6,0	4,6
Ningún hábito no saludable	42,3	43,1	41,6	40,1	41,8	44,5

(Negrita: Diferencias significativas para $p < 0,05$)

¹Fuman a diario u ocasionalmente.

²Consumen más de 2 UB/día.

³Declaran que las horas que duermen no le permiten descansar lo suficiente.

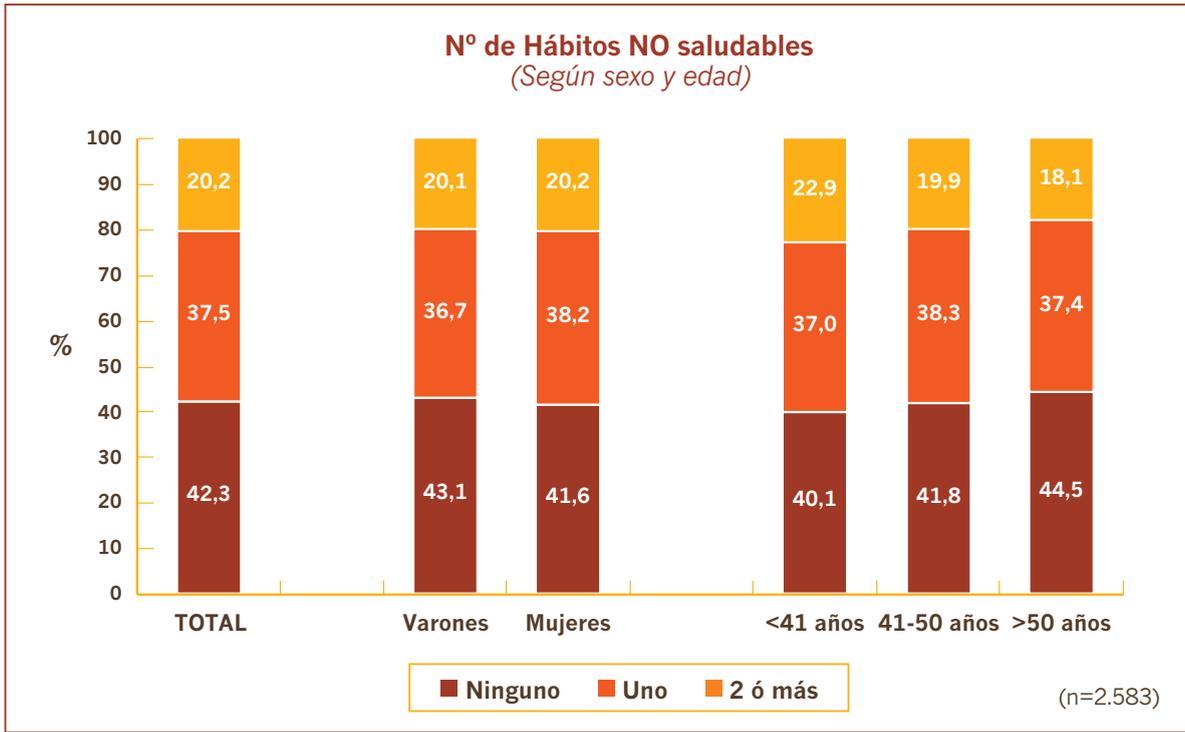
⁴No realizan actividad física alguna durante su tiempo libre.

⁵Consideran que su alimentación habitual es "mas bien mala, poco equilibrada o muy mala".

El 42,3% de los médicos declararon no tener ningún hábito no saludable y el 37,5% sólo uno. Este dato no refleja grandes diferencias por sexo o por edad. El descanso insuficiente (28,8%) y el sedentarismo (22,6%) son los hábitos no saludables más declarados, sobre todo entre las mujeres y los médicos de menos de 41 años de edad. En mucha menor medida, se reconocía el consumo de alcohol (9,5%, aunque en un 18,4% entre los mayores de 50 años de edad), o la mala alimentación (6,3%, aunque en un 8,4% entre los más jóvenes).

⁷ La dieta recoge la frecuencia de ingesta de diversos grupos de alimentos (en correspondencia con la Encuesta Nacional de Salud del INE) tales como fruta fresca, carne, huevos, pescados, verduras y hortaliza, etc. Sus resultados se reflejan en el anexo de esta encuesta. Para valorar la dieta habitual preguntábamos por su consideración en una escala. El hábito tabáquico registra el hecho de fumar habitual u ocasionalmente, el nº de cigarrillos/día, el haber fumado anteriormente o no haber fumado nunca, además de la edad a la que comenzó a fumar, si ha intentado dejar de fumar y si alguna persona fuma habitualmente en su vivienda. El consumo de alcohol refleja el nº de unidades de bebida (UB) al día, y si ha bebido o no alguna bebida alcohólica en las 2 últimas semanas. El descanso recoge el nº de horas que duerme habitualmente al día, así como si considera que le permiten descansar lo suficiente. El ejercicio físico recoge si realiza o no actividad física en tiempo libre, el nº de días/semana que la realiza y si utiliza habitualmente escaleras (Ver anexo).

Figura 11



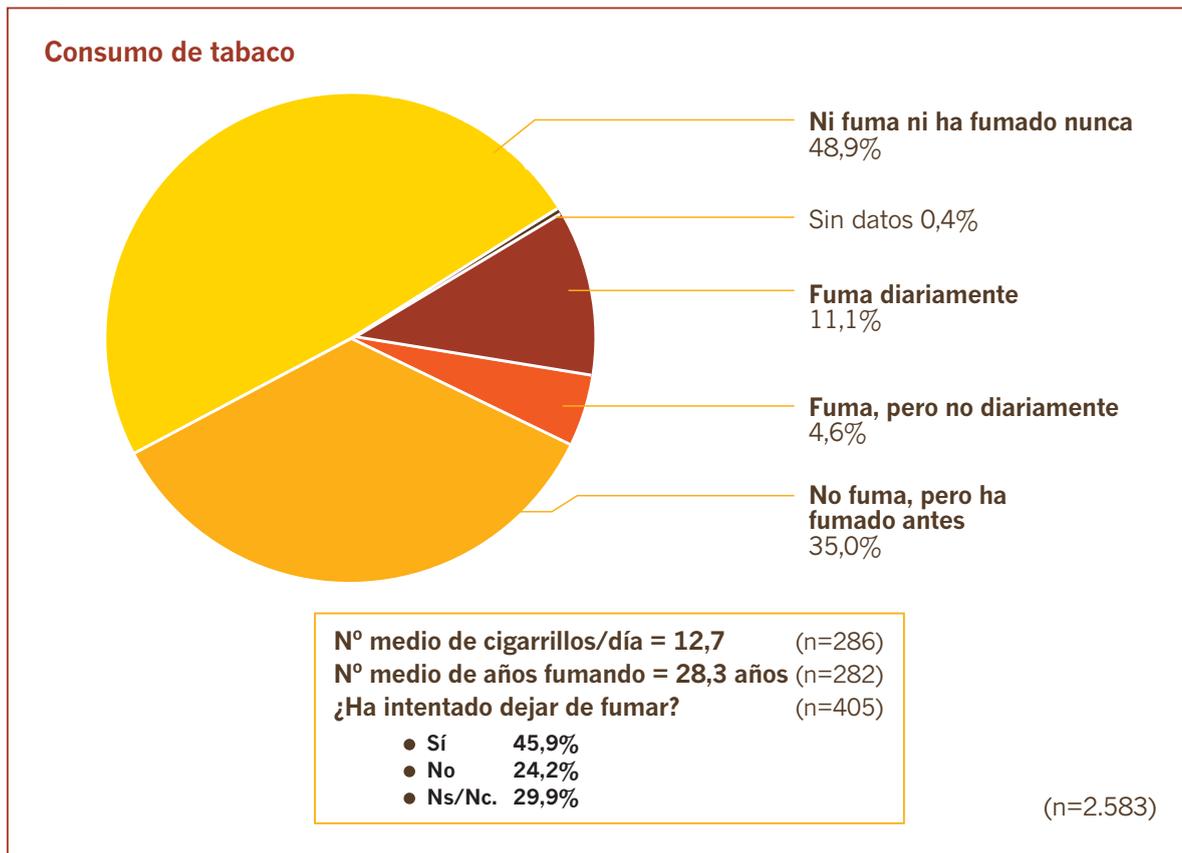
En concreto y por su importancia hay que analizar el consumo de tabaco. El 15,7% reconoció fumar habitual u ocasionalmente. Este hábito está más radicado entre los médicos de más de 50 años de edad, en los que les es más difícil deshacerse, ya que también son el segmento que más ha fumado con anterioridad. Por el contrario, las mujeres y sobre todo los jóvenes (con menos de 41 años de edad) son los que menos fuman y no han fumado nunca. La “intensidad” del tabaquismo entre los médicos que fuman es alta ya que se registra una media de 12,7 cigarrillos/día y llevan un promedio de 28,3 años fumando. Por otra parte, sólo un 45,9% de los fumadores ha intentado dejar de fumar.

Tabla 9

CONSUMO DE TABACO*	TOTAL (n=2.583)	SEXO		EDAD		
		Varones (n=1.203)	Mujeres (n=1.380)	<41 (n=835)	41-50 (n=844)	>50 (n=895)
	%	%	%	%	%	%
Fuma diariamente	11,1	11,4	10,8	10,1	10,1	13,1
Fuma, pero no diariamente	4,6	4,0	5,1	4,9	4,9	4,1
No fuma, pero ha fumado antes	35,0	40,7	30,1	14,4	35,8	53,6
No fuma ni ha fumado nunca	48,9	43,3	53,8	70,5	49,1	28,5
Sin datos	0,4	0,6	0,1	0,1	0,2	0,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*Declaración de fumar diariamente u ocasionalmente, haber fumado o no fumar. Se diferencia de “tabaquismo” como FRCV. (Negrita: Diferencias significativas para $p < 0,05$)

Figura 12



1.6 La autovaloración de los hábitos de vida y las prácticas preventivas

Al margen del reconocimiento de llevar o no llevar hábitos de vida saludables existe una percepción subjetiva de llevar un estilo de vida más o menos sano. Esta percepción subjetiva es importante porque debe de estar correlacionada positivamente con el nº objetivo de hábitos No saludables que se reconocen (Un problema sería que se tuvieran muchos hábitos de vida no saludables y sin embargo se pensara que se disfruta de un estilo de vida saludable). Además, les pedíamos que se compararan con el estilo de vida de sus pacientes. Los resultados los podemos ver en las siguientes tablas y figuras:

Tabla 10

Calificación de los propios hábitos de vida y prácticas preventivas en materia de salud cardiovascular		Calificación de sus hábitos de vida, en relación con los de sus pacientes	
	% (n=2.583)	% (n=2.583)	
Muy Buenos (+2)	7,5	20,4	(+2) Mucho Mejores
Buenos (+1)	51,6	44,1	(+1) Algo Mejores
Regulares (ni buenos, ni malos)	34,6	19,2	Iguales
Malos (-1)	5,1	11,2	(-1) Algo Peores
Muy Malos (-2)	0,8	3,6	(-2) Mucho Peores
Ns/Sin datos	0,4	1,4	Ns./Sd
TOTAL	100,0	100,0	TOTAL
<i>Media (escala: +2/-2)</i>	<i>+0,60</i>	<i>+0,68</i>	<i>Media (escala: +2/-2)</i>

Figura 13

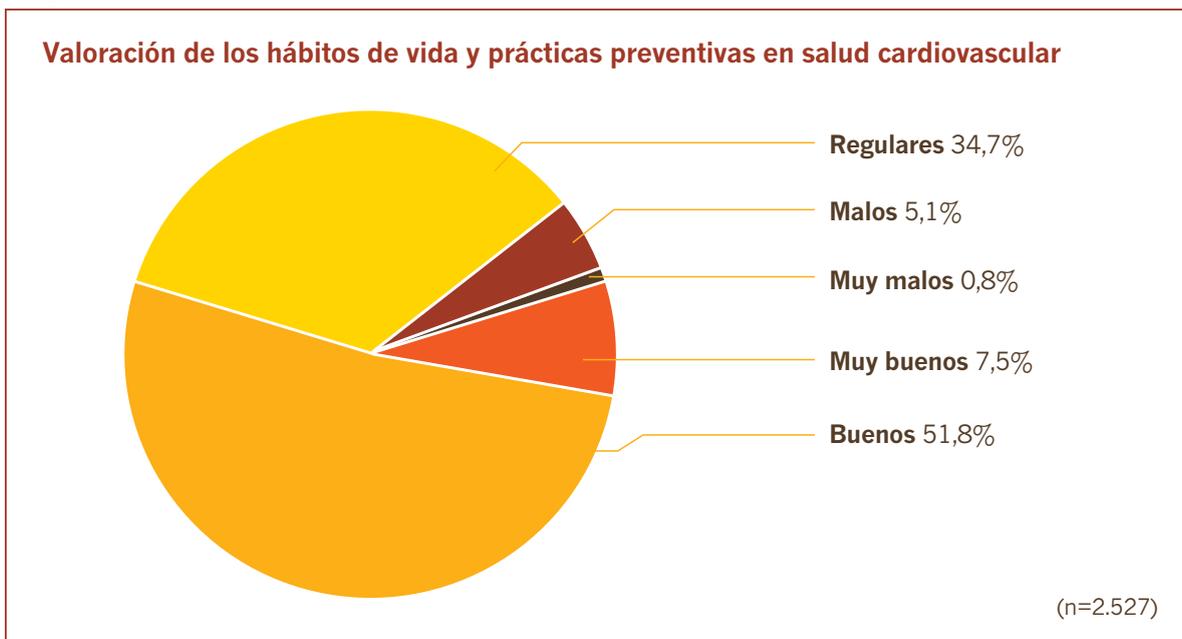
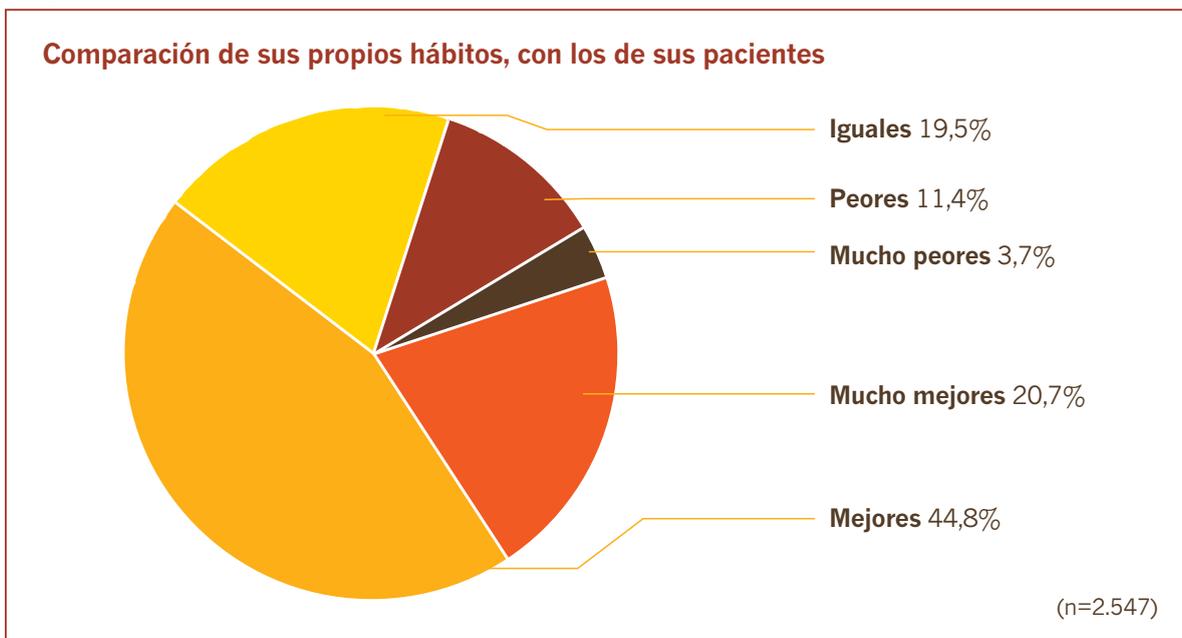


Figura 14



Aunque la mayoría de los médicos calificaron sus prácticas preventivas en materia de salud cardiovascular como “*buenas*” o “*muy buenas*”, hay que destacar el hecho de que el 40,6% las califican de “*regulares*” o “*malas*”. No obstante, cuando las comparan con las prácticas preventivas de sus propios pacientes, las calificaron claramente como “*mejores*” o “*mucho mejores*”.

Efectivamente, existe una importante correlación entre el dato objetivo de nº de hábitos no saludables que se reconocen y la valoración subjetiva del estilo de vida que se lleva. Aquellos que tienen dos o más hábitos de vida no saludables, valoraron significativamente peor su estilo de vida.

Tabla 11

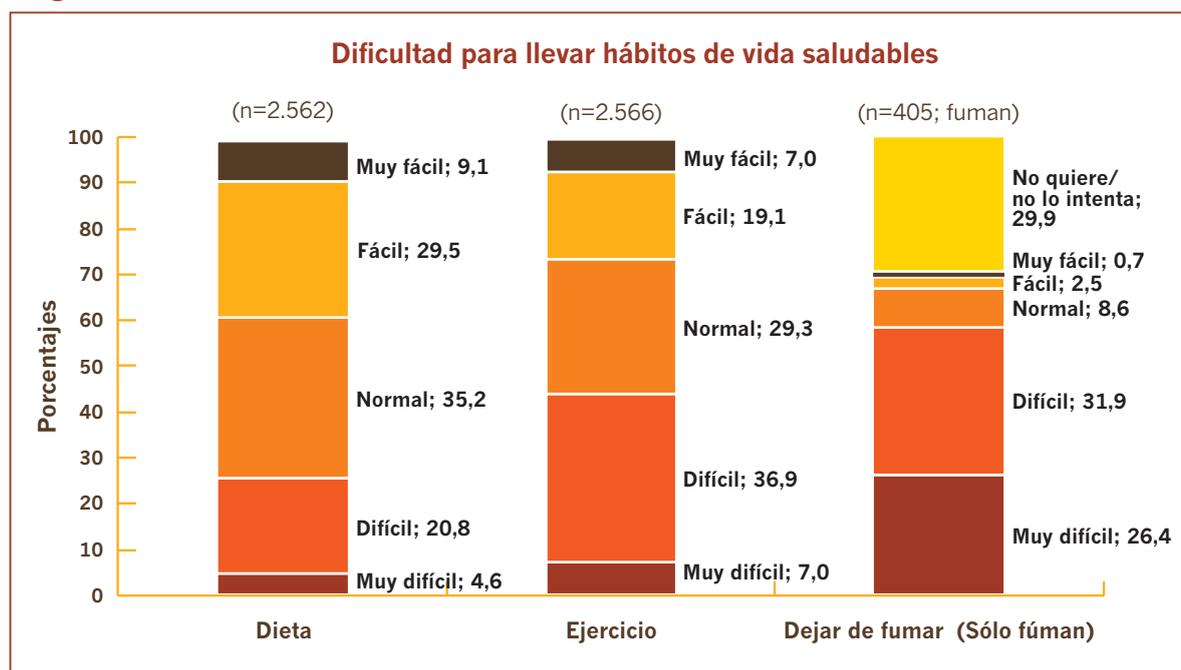
Calificación de los propios hábitos de vida y prácticas preventivas en materia de salud cardiovascular (n=2.583)	TOTAL (n=2.583)	Nº de hábitos No saludables reconocidos		
		Ninguno (n=1.093)	Uno (n=969)	Dos ó más (n=521)
	%	%	%	%
Muy Buenos (+2)	7,5	11,2	6,5	1,7
Buenos (+1)	51,6	66,1	49,5	25,1
Regulares (ni buenos, ni malos)	34,6	21,1	39,6	53,4
Malos (-1)	5,1	0,9	4,0	15,7
Muy Malos (-2)	0,8	0,2	0,1	3,3
Ns/Sin datos	0,4	0,5	0,2	0,8
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0
Media (Escala +2/-2)	+0,6	+0,9	+0,6	+0,1

(Negrita: Diferencias significativas para $p < 0,05$)

Se reconoce la dificultad de llevar de forma sistemática algunos hábitos de vida saludables como la realización de ejercicio físico de forma habitual, y sobre todo, dejar de fumar. Este último hecho resulta “difícil” o “muy difícil” para el 58,3% de los fumadores. Hay que destacar que un 29,9% de los fumadores no se pronuncia sobre la dificultad de dejar de fumar porque, o no quiere dejar de fumar, o no lo ha intentado.

Llevar una alimentación sana de forma habitual resulta significativamente más difícil para las mujeres que para los hombres y para los jóvenes que para los mayores de 50 años. Realizar ejercicio físico de forma habitual resulta más difícil también para las mujeres y para los mayores de 50 años de edad.

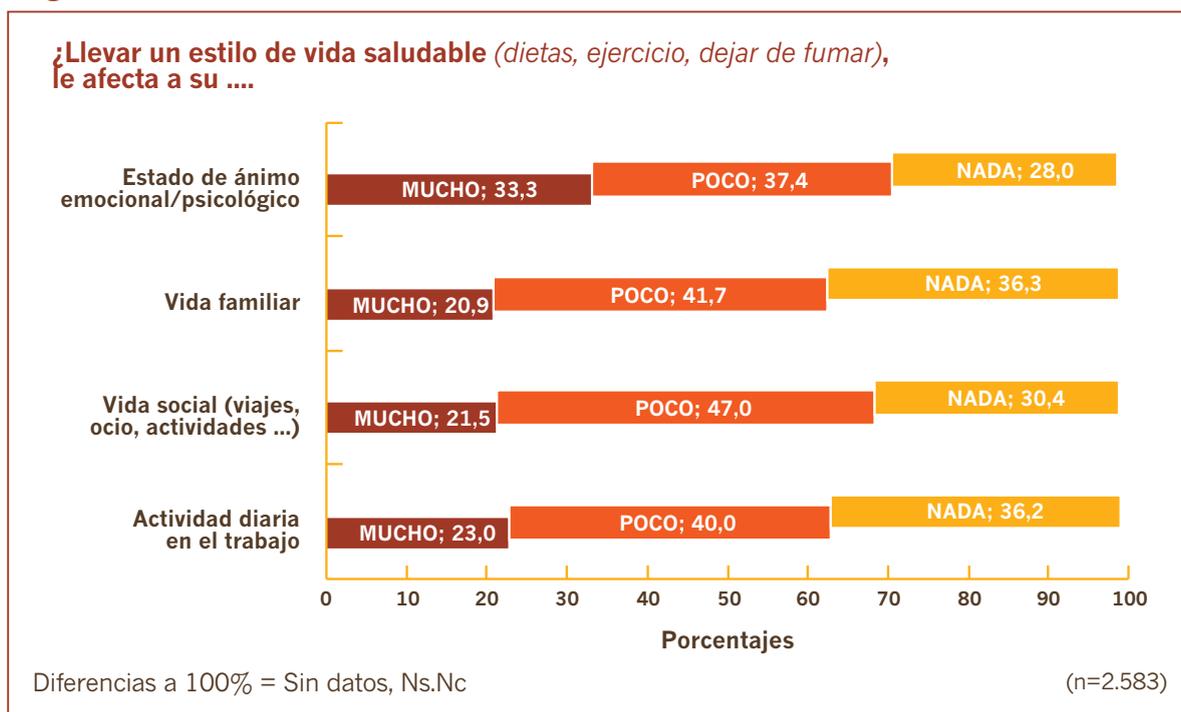
Figura 15



1.7 Impacto y efectos de los estilos de vida saludables

El impacto de llevar una vida saludable tales como llevar a cabo una alimentación sana, hacer ejercicio sistemáticamente o dejar de fumar (esfuerzo, inconvenientes, cambios en la vida cotidiana, etc.) es muy variable. En términos generales afecta “poco” o “nada” a los aspectos personales de la vida ya sean aspectos emocionales o psicológicos, familiares, sociales o laborales.

Figura 16



En sentido contrario, en el hecho de poder llevar hábitos saludables y un determinado “estilo de vida” influye mucho el carácter y la propia personalidad, además de sus propios conocimientos médicos y su nivel cultural y de formación. En menor medida también influye el hecho de ver cada día pacientes en situaciones de riesgo, así como las condiciones laborales en las que desarrolla su actividad diaria.

Tabla 12

Influencia de los siguientes hechos, en su estilo de vida (n=2.583)	Grado de influencia				
	Influye mucho	Influye algo	Influye poco o nada	Ns./Nc.	TOTAL
	%	%	%	%	%
Sus conocimientos médicos	63,5	33,9	1,9	0,7	100,0
La experiencia diaria con situaciones de sus pacientes	45,1	46,7	7,4	0,9	100,0
Su carácter y personalidad, su “manera de ser”	70,7	26,2	2,3	0,9	100,0
Las facilidades o dificultades materiales para llevar hábitos saludables (horarios, lugares, vida social...)	49,6	43,0	6,4	1,0	100,0
Su nivel cultural y de formación en general	63,0	32,0	4,2	0,9	100,0
Las condiciones laborales y profesionales del trabajo diario	47,7	42,4	9,2	0,7	100,0

2. El control y las prácticas preventivas de los médicos de atención primaria

2.1 Controles y seguimientos preventivos

Con objeto de medir el grado de seguimiento preventivo sobre su propia salud, les preguntábamos si en el último año se habían medido la presión arterial y se se habían realizado alguna analítica. A pesar de que como hemos visto anteriormente, no todos los médicos que refieren HTA o hipercolesterolemia reciben tratamiento, los datos de la encuesta reflejan un buen nivel de seguimiento preventivo de algunos de estos factores de riesgo, si tenemos en cuenta que se trata de una muestra de población sana. La frecuencia de controles preventivos es mayor que en la población general (*Encuesta Nacional de Salud, 2006*). La gran mayoría de los médicos (90,0%), se ha medido la presión arterial en el último año y un 70,8% se ha realizado analíticas de sangre para control de lípidos. Esto se debe sin duda a las mayores facilidades de acceso a los recursos sanitarios y al conocimiento del riesgo cardiovascular.

Figura 17

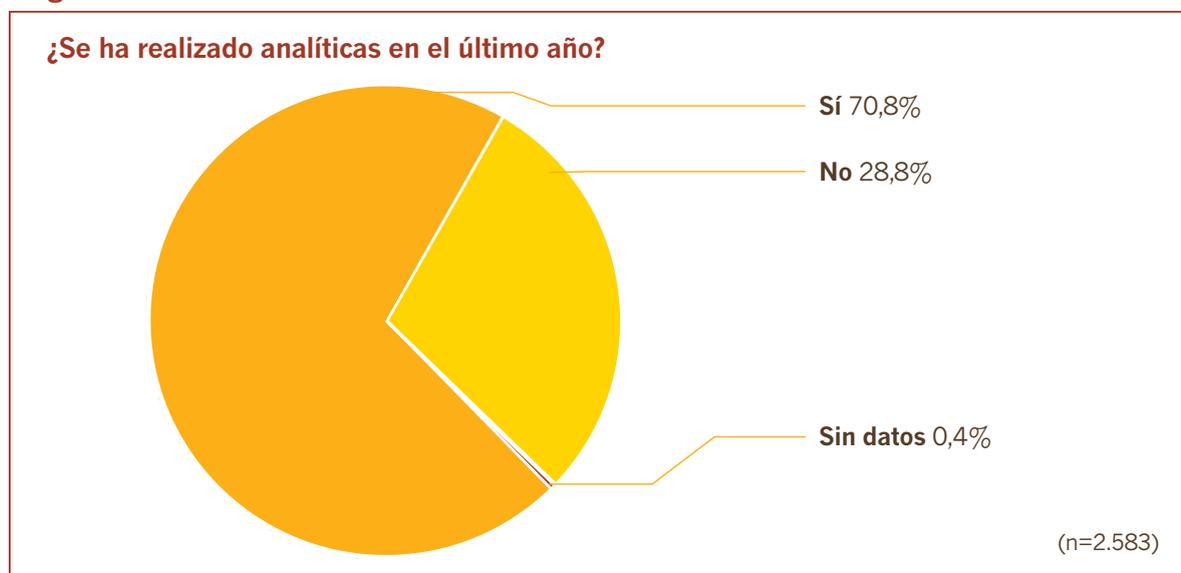
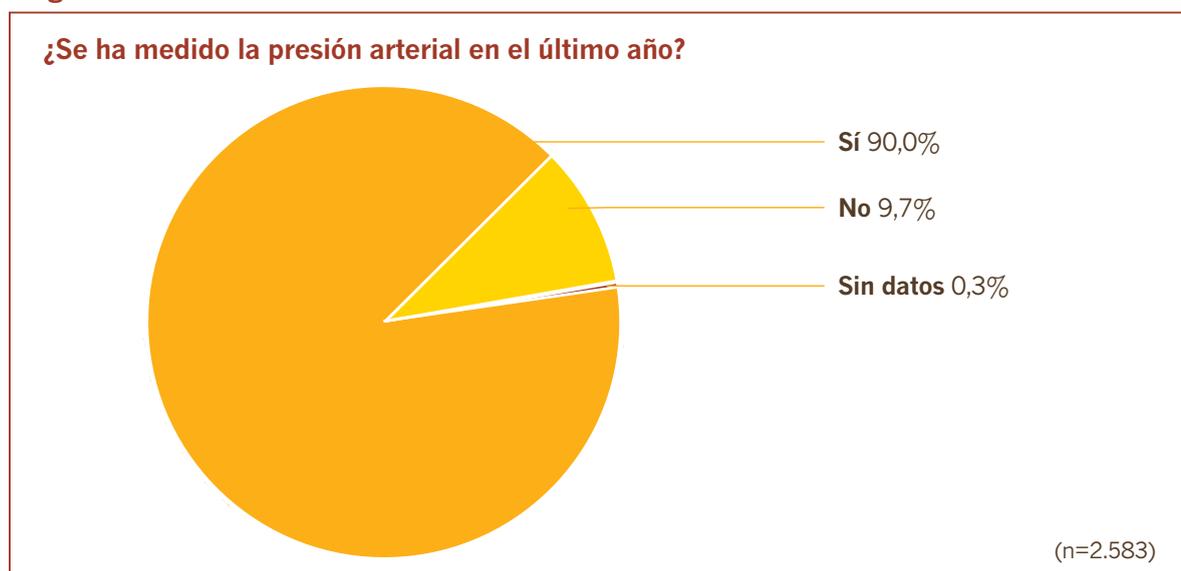


Figura 18



Este nivel de seguimiento preventivo de su salud fue significativamente mayor (tanto en la toma de TA como en la realización de analíticas) entre los médicos varones, de más edad y experiencia profesional, con mayor carga asistencial (nº de pacientes/día), y entre aquellos que declaran tres o más factores de riesgo cardiovascular.

2.2 Autoasistencia

Otra manifestación del comportamiento preventivo de los médicos de atención primaria se refiere a su grado de auto-asistencia (auto-prescripción y auto-diagnóstico). En general, los médicos declararon no acudir a un colega cuando se encuentran enfermos, sobre todo en el caso de los más jóvenes; los médicos con más de 50 años de edad, por el contrario, consultan a otro colega con mayor frecuencia. Probablemente este hecho, tanto la frecuencia de consulta, como la variable edad, se expliquen y puedan variar significativamente, según la “gravedad” de la enfermedad.

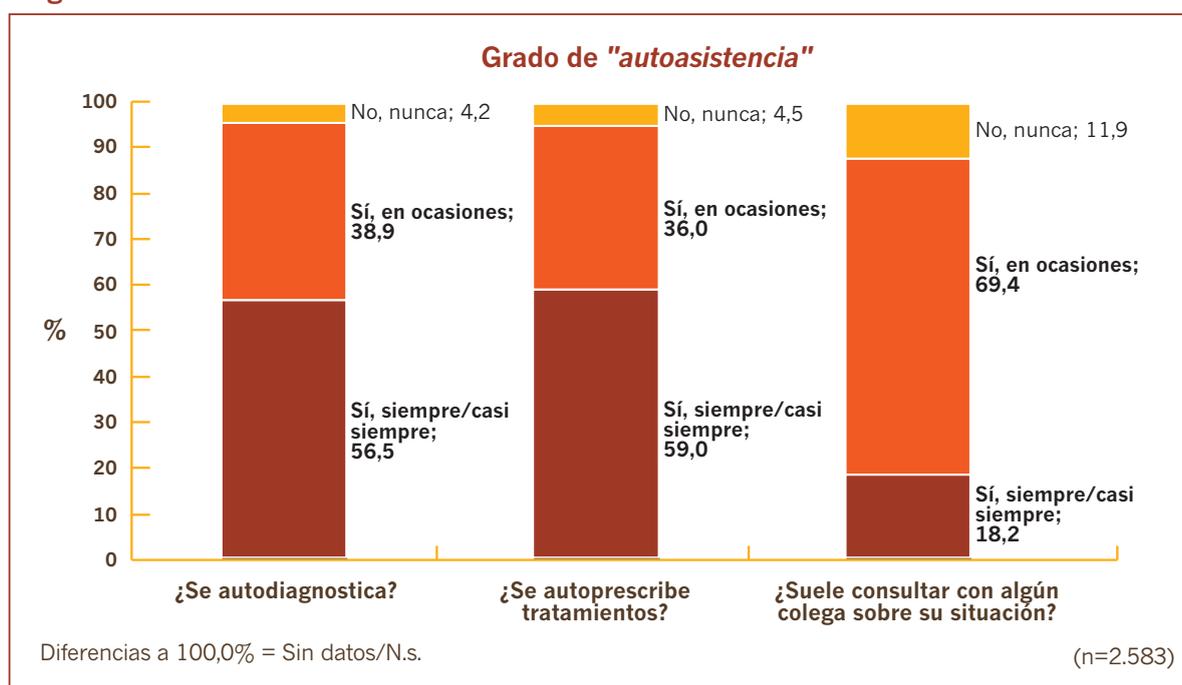
Tabla 13

¿Acude habitualmente al médico cuando se encuentra enfermo?	TOTAL (n=2.583)	SEXO		EDAD		
		Varones (n=1.203)	Mujeres (n=1.380)	<41 (n=835)	41-50 (n=844)	>50 (n=895)
	%	%	%	%	%	%
Sí	16,2	17,1	15,4	12,3	14,7	21,2
No	83,3	82,5	84,7	86,9	84,8	78,3
Sin datos	0,5	0,4	0,7	0,7	0,5	0,4
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(Negrita: Diferencias significativas para $p < 0,05$)

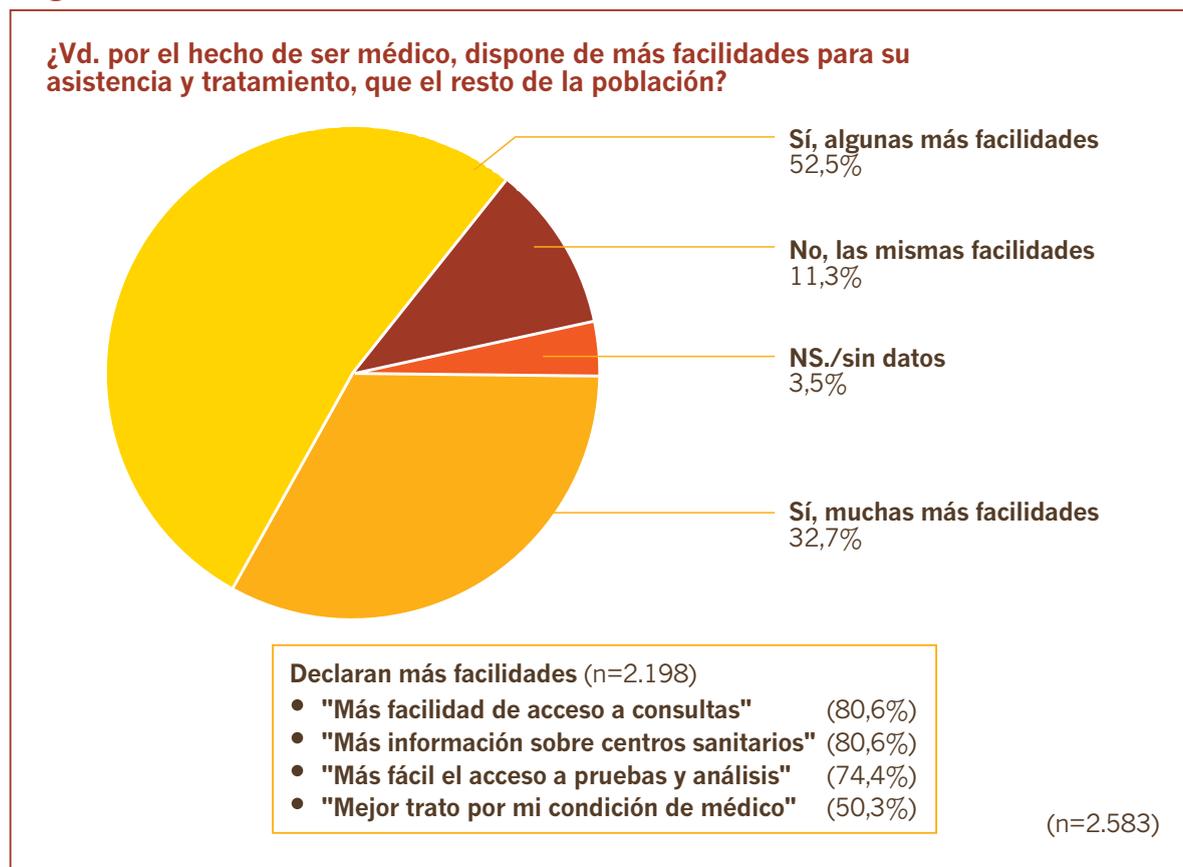
De hecho, profundizando más en este tema se observó que el 56,5% se auto diagnostica y auto prescribe un tratamiento “siempre” o “casi siempre”. Aunque no se acuda al médico cuando se está enfermo, si se suele consultar su situación con algún colega en función de la gravedad de la misma.

Figura 19



Al margen de sus conocimientos sobre medicina, los médicos de AP, creen que, de hecho, disfrutan de mayores facilidades para su asistencia y tratamiento que el resto de la población, lo que sería uno de los factores a considerar en la mejor salud del colectivo médico. Las causas de estas mayores facilidades se fundamentan en la mayor y mejor información sobre los centros sanitarios, en la facilidad para acceder a consultar a algún colega e incluso en el acceso a pruebas y análisis. También piensan que reciben un mejor trato por su condición de médicos.

Figura 20



2.3 Grado de cumplimiento terapéutico

Aunque los médicos declararon un suficiente grado de cumplimiento de los tratamientos de tipo farmacológico (71,9%) hay que destacar que un 28,1% reconoce un cumplimiento "regular", "malo o muy malo". Más preocupante es el hecho de que un 40,6% reconoce no cumplir suficientemente bien las pautas y hábitos No farmacológicos en materia de salud cardiovascular. En cualquier caso, estos niveles de cumplimiento se consideran mucho mejores que los de sus propios pacientes.

Tabla 14

¿Cómo diría Vd. que es su grado de cumplimiento de...?	Pautas y hábitos NO farmacológicos (n=2.583)	Tratamiento Farmacológico Cardiovascular (n=1.545)
	%	%
Muy Bueno (+2)	6,0	23,4
Bueno (+1)	52,8	48,5
Regular (ni bueno, ni malo)	35,0	23,4
Malo (-1)	4,7	3,3
Muy Malo (-2)	0,9	1,4
Ns /No está en tratamiento	0,7	--
TOTAL	100,0	100,0
<i>Media (escala: +2/-2)</i>	<i>+0,6</i>	<i>+0,9</i>

Figura 21

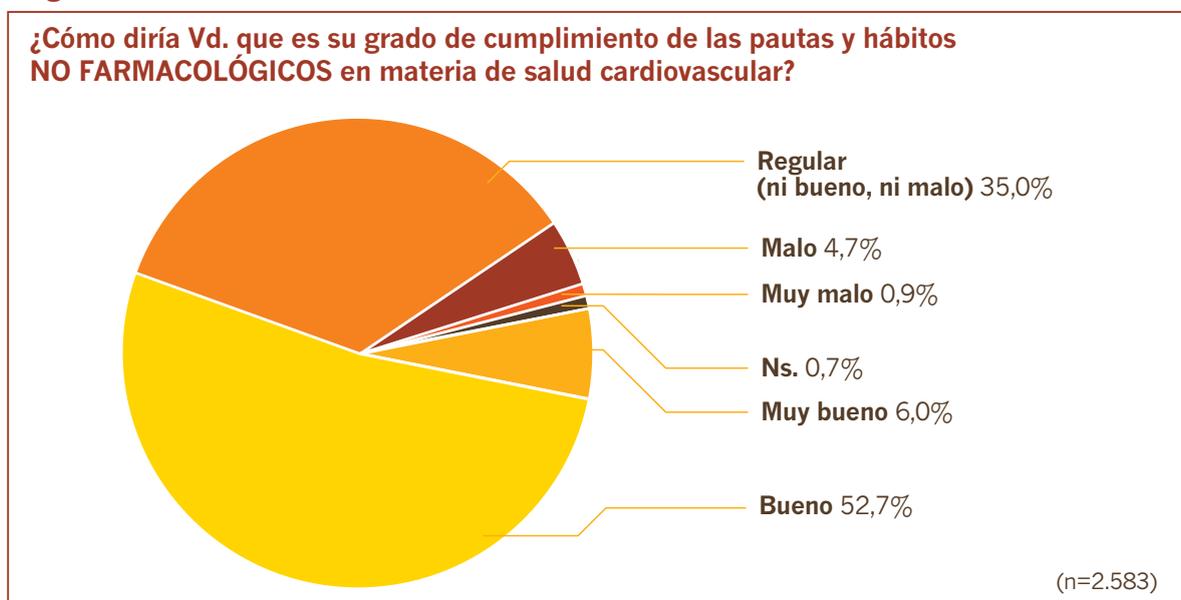
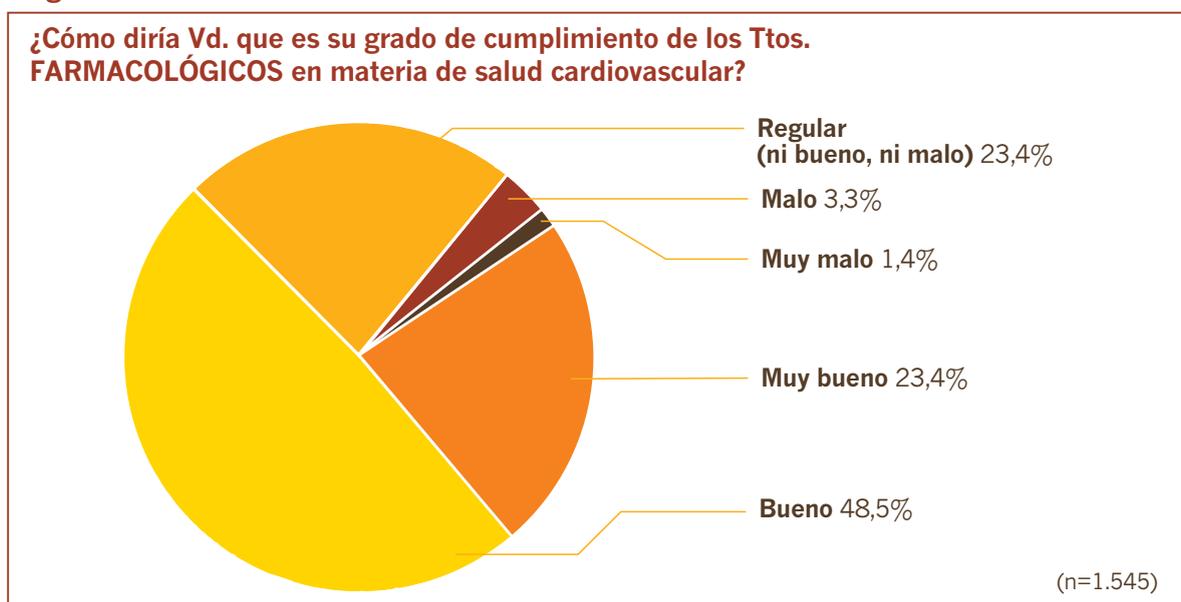


Figura 22



3. La coherencia del médico

Como se ha visto en el análisis cualitativo de este estudio, existen dos “discursos” antagónicos respecto de la coherencia entre o que el médico recomienda a sus pacientes y su propia práctica preventiva y hábitos saludables. Una posición defiende la independencia de lo personal respecto de lo profesional y otra, apuesta por la relación entre unas prácticas saludables y visibles del médico, con la eficiencia de las recomendaciones a sus pacientes. Preguntando directamente por este hecho, se obtuvieron las siguientes respuestas.

Tabla 15

¿Es coherente lo que Vd. hace con lo que recomienda a sus pacientes?	TOTAL (n=2.583)
	%
Totalmente coherente (+2)	22,5
Bastante coherente (+1)	53,0
Regular (“más o menos”)	17,2
Poco coherente (-1)	5,1
Nada coherente en absoluto (-2)	0,5
No lo sé	0,2
Sin datos	1,5
TOTAL	100,0
Media (escala +2/-2)	+0,9

Figura 23

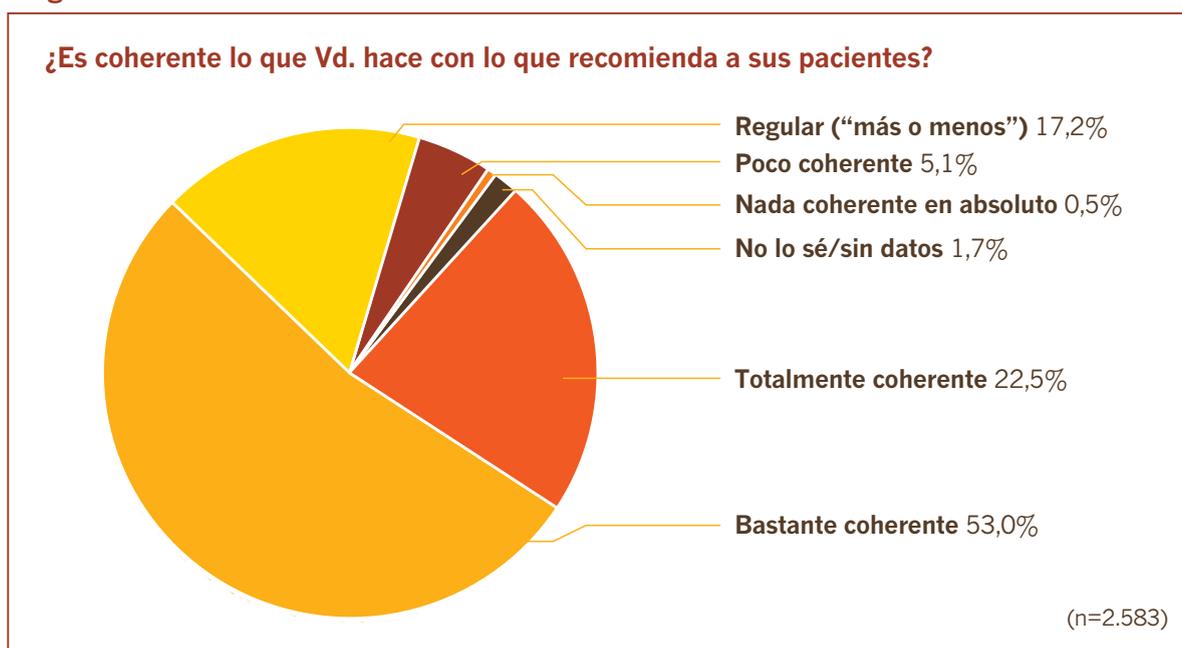
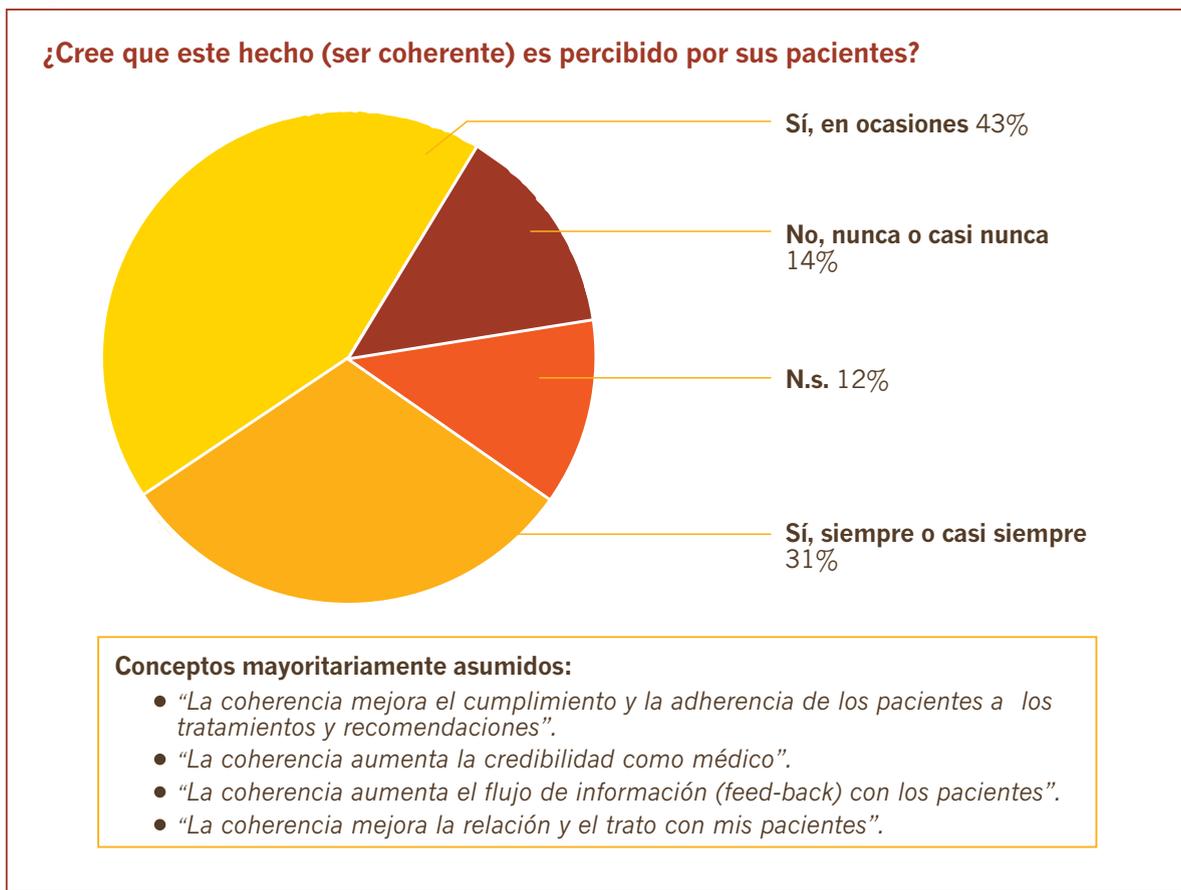


Figura 24

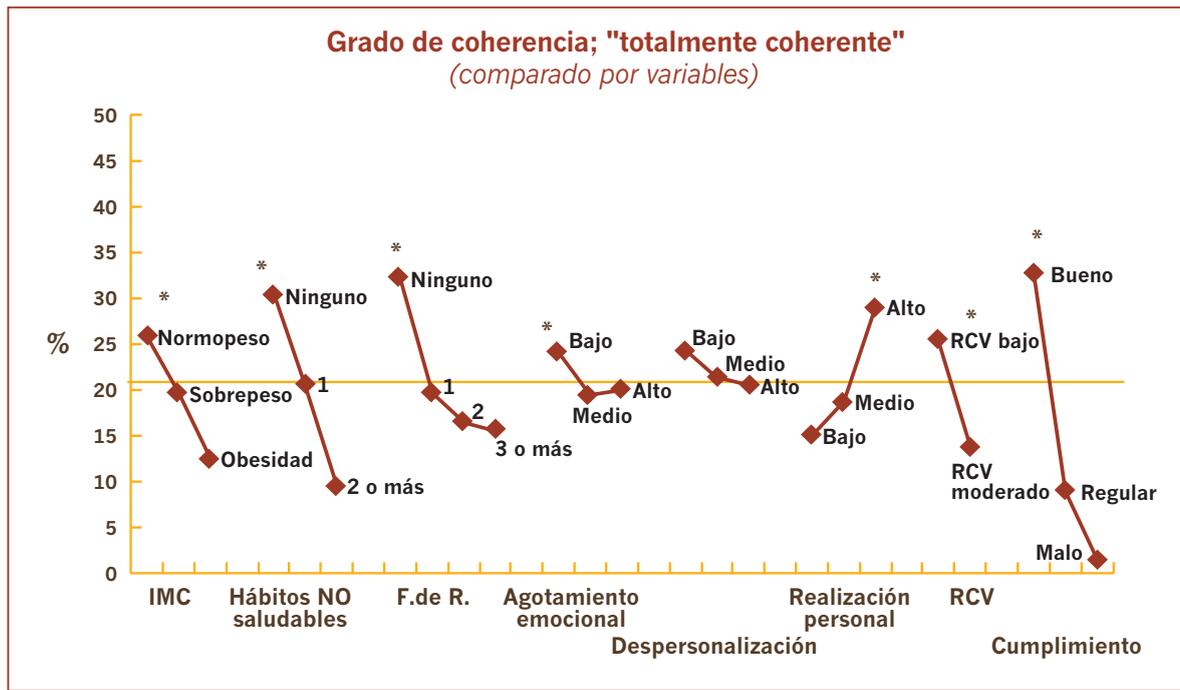


La mayoría de los médicos se consideró coherente con los que recomienda a sus pacientes. Un 22,5% dijo ser “totalmente coherente”. Además, existe la posibilidad de que independientemente de serlo o no serlo, este hecho sea percibido por sus pacientes y que, en tal caso, influya en su comportamiento, por ejemplo respecto de la adherencia del tratamiento. Una mayoría piensan que este hecho (ser coherentes o no) es percibido por sus pacientes, pero sólo en ocasiones, no siempre, incluso el 14% cree que los pacientes no se dan cuenta “nunca” o “casi nunca”. Lo que sí resulta mayoritario es la creencia de que ser coherente...

- “Mejora el cumplimiento y la adherencia de los pacientes a los tratamientos y recomendaciones” (92,0%).
- “Mejora la credibilidad del médico” (94,0%).
- “Aumenta el flujo de información (Feed-Back) médico-paciente” (92,1%).
- “Mejora el trato y relación con sus pacientes” (89,5%).

También se ha apuntado el hecho de que llevar prácticas y hábitos preventivos en materia de salud cardiovascular aporta al médico una suerte de “autoridad moral” que se refleja en la contundencia con la que se expresen sus recomendaciones. Esta contundencia, sobre todo en la primera consulta, resulta determinante en el cumplimiento y adherencia de los pacientes al tratamiento ya sea farmacológico o de prácticas saludables.

Figura 25



El grado de coherencia declarado correlaciona perfectamente con su práctica saludable y estado de salud o factores de riesgo cardiovascular del médico. Así, en el gráfico se refleja como se declararon significativamente más “totalmente coherentes”, que el total (22,5%), los médicos con un IMC en grado de normopeso (26,0%), sin ningún hábito no saludables (30,3%), sin ningún factor de RCV (32,1%), con bajo RCV percibido (25,5), con un alto índice en el test MBI en cuanto a “realización personal en el trabajo” (29,0%) o con un buen cumplimiento de los tratamientos no farmacológicos (33,0%). En definitiva, existe una gran correlación entre la coherencia subjetiva declarada y los hechos objetivos de tal coherencia.

4. Situación socioprofesional del médico de atención primaria

4.1 Relación entre salud y situación socioprofesional

Se parte de la hipótesis de que el médico de atención primaria se ve influido negativamente en su salud por algunos factores de orden socio profesional tales como el estrés o la carga asistencial en el trabajo y que a su vez, el estado de salud del médico repercute en la eficiencia de su trabajo, y en consecuencia, en la calidad asistencial que reciben los pacientes.

Figura 26

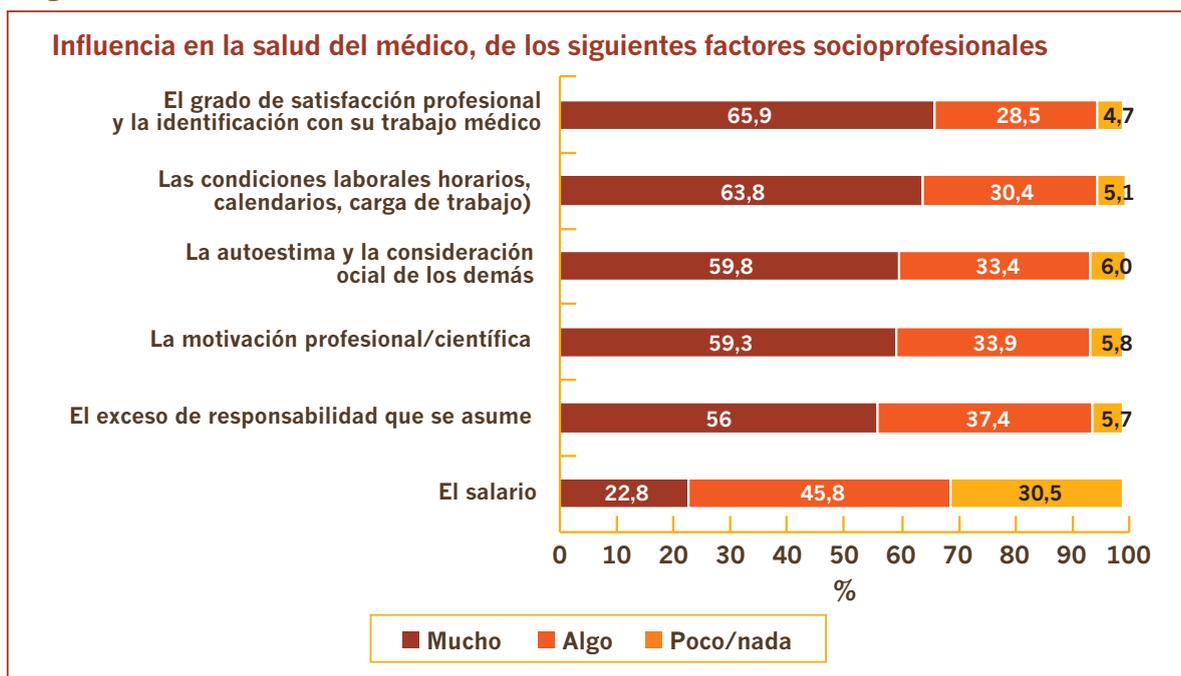
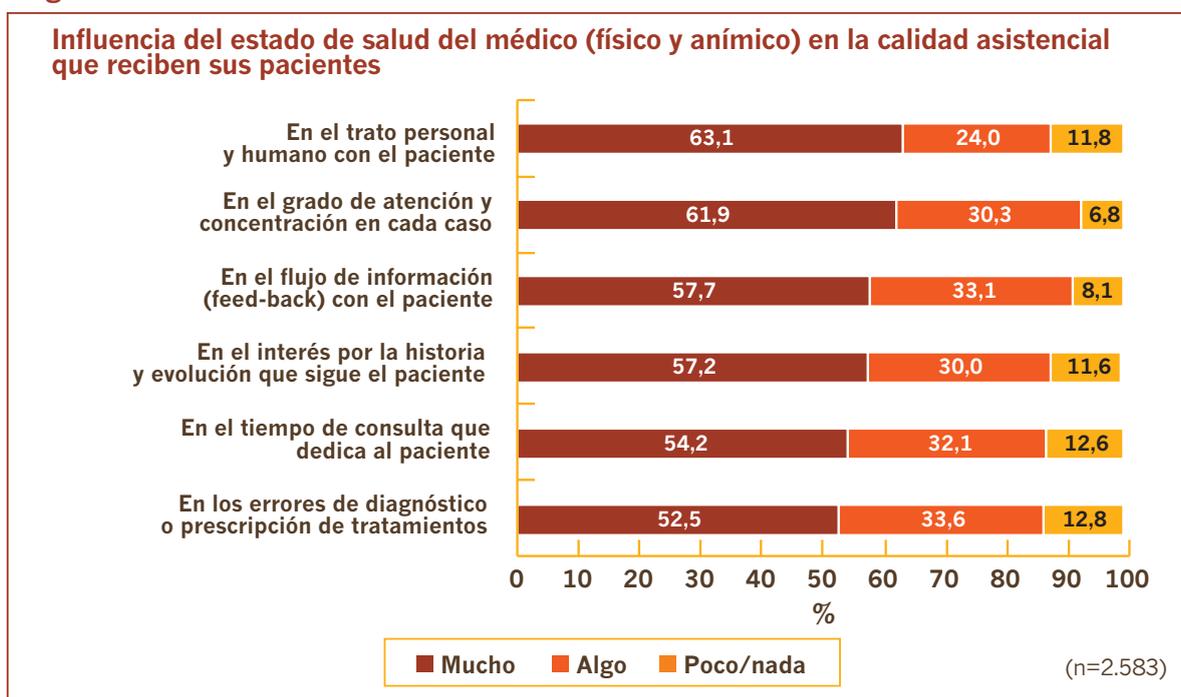


Figura 27



En opinión de los médicos, lo que más influía negativamente en su salud era el grado de insatisfacción y la falta de identificación con el propio trabajo. También las condiciones laborales materiales tales como los calendarios, los horarios y la carga de trabajo o el exceso de responsabilidad que se asume, influía negativamente. La autoestima y la consideración social de los demás o la motivación científica y profesional, son elementos cuya presencia o ausencia determinan de forma importante la salud. Finalmente el nivel salarial es el elemento que, en opinión de los médicos, menos afecta a su salud.

El estado de salud del médico sí condiciona fuertemente la calida asistencial que recibe el paciente, que se manifiesta en el deterioro del trato personal y humano con los pacientes, en la falta de atención y concentración en los casos clínicos, en la pérdida de los flujos de información médico-paciente, en la falta de interés por la historia y evolución de los pacientes o la disminución del tiempo de consulta. En menor medida se dan, consecuencia de la salud del médico, errores de diagnóstico o prescripción de tratamientos.

4.2 Grado de estrés y satisfacción en el trabajo

Se midió en una escala que variaba del “1” (nada estresante) al “7” (muy estresante), el grado en el cual los médicos posicionan su nivel de estrés en el trabajo. Los resultados obtenidos reflejan un considerablemente grado de estrés percibido (media de 4,6 en la escala 1-7). Ello no impide sin embargo, considerar su trabajo como “muy satisfactorio” (Media de 4,7). Este hecho es muy común en todas aquellas profesiones con un elevado componente vocacional o de compromiso.

El grado estrés resultó ser significativamente mayor en el caso de:

- *Las mujeres (media=4,8).*
- *En las edades entre 41 y 51 años (media=4,7).*
- *Con más carga de trabajo o nº de pacientes/día (media= 4,9).*
- *Altas puntuaciones en los indicadores de “agotamiento emocional” y “despersonalización” o distanciamiento con el trabajo del test MBI (Maslach Burnout Inventory).*

Un elevado grado de satisfacción con el trabajo se correlaciona con las variables contrarias: Edades más avanzadas y mayor experiencia, menor carga asistencial, menor “agotamiento emocional”, “despersonalización” y mayor puntuación en la dimensión “realización personal” del test MBI.

Figura 28

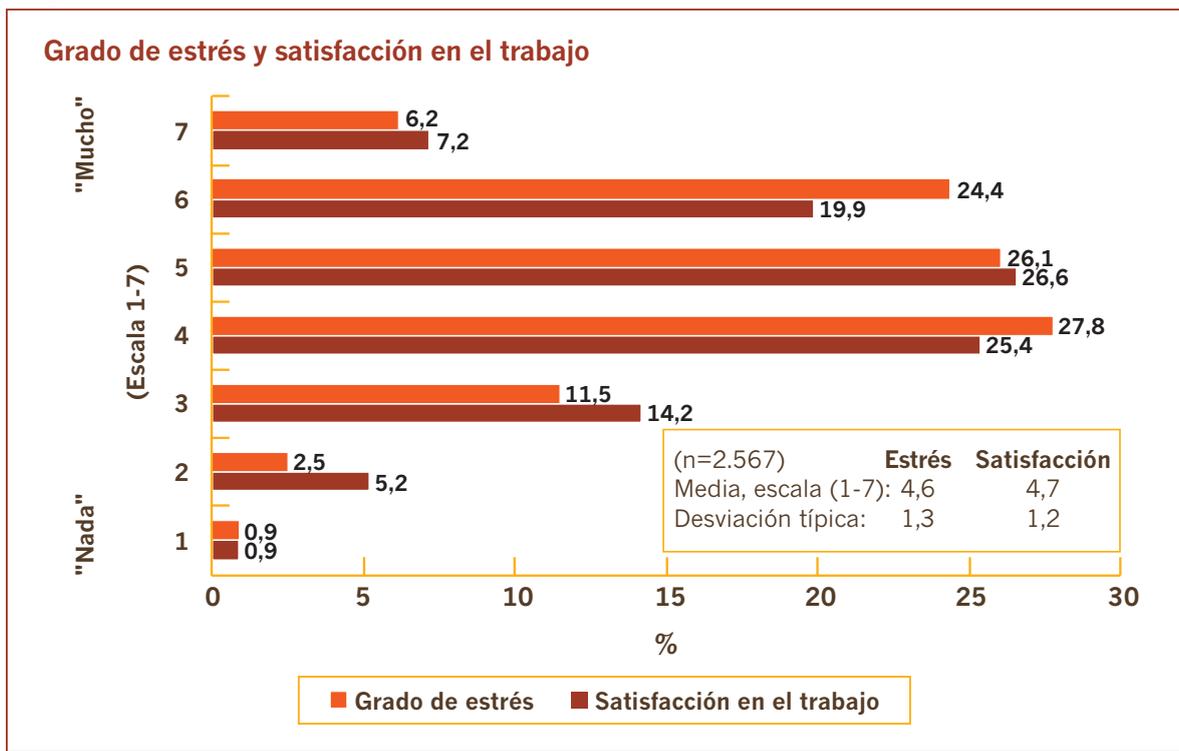


Figura 29

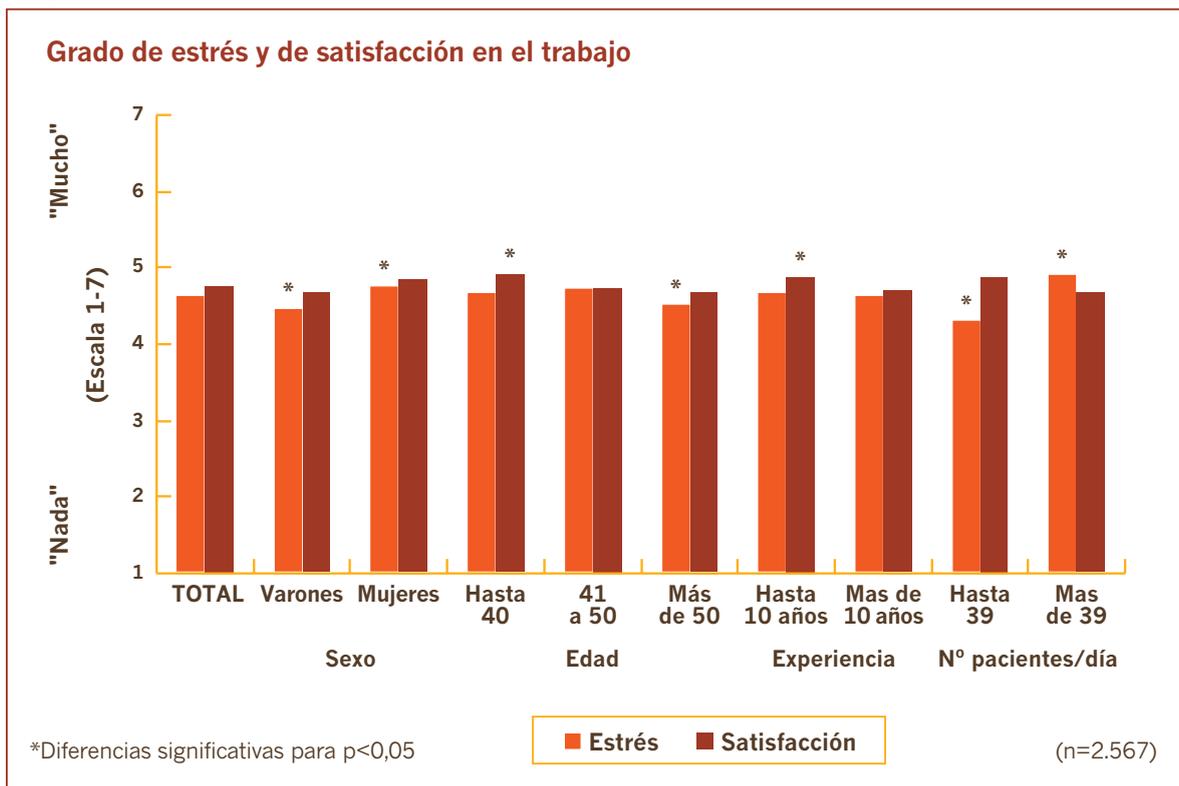
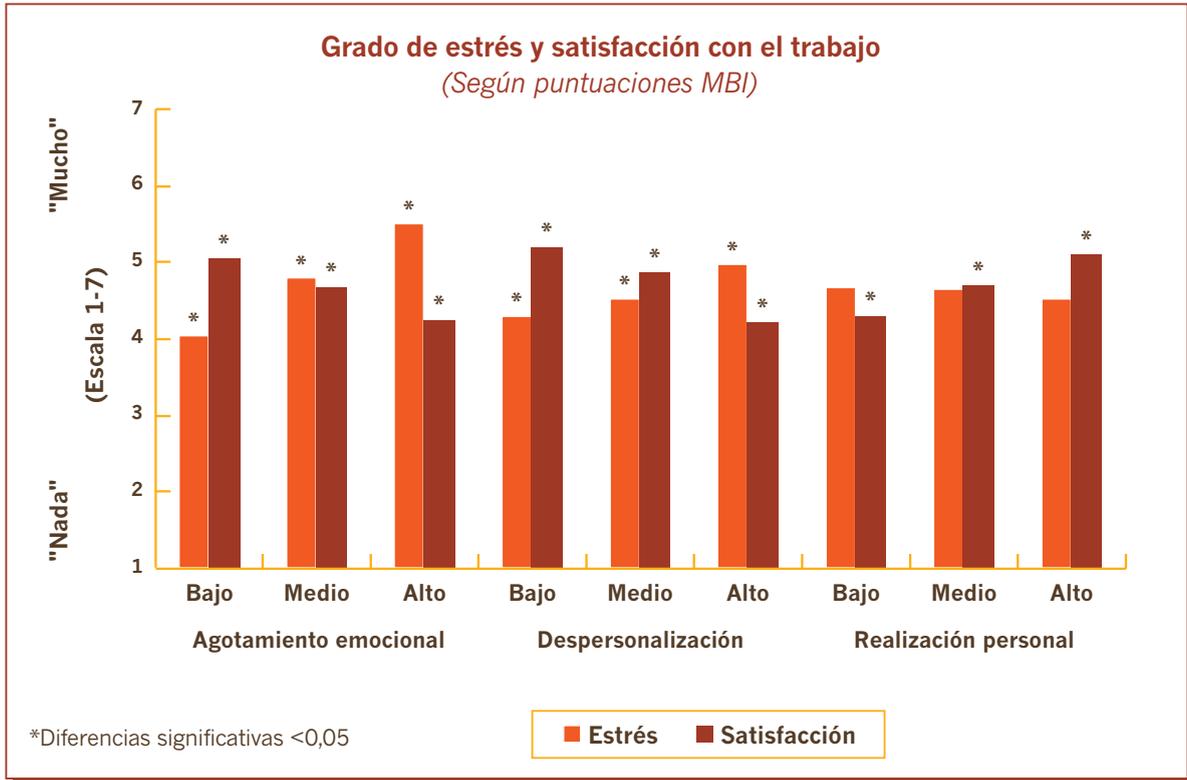


Figura 30



5. Test MBI (*Maslach Burnout Inventory*)

El Test MBI es un instrumento validado para la medición de tres dimensiones de tipo laboral/profesional; El “*agotamiento emocional*” (AE), la “*despersonalización o distanciamiento*” con el trabajo (DP) y la “*realización personal*” (RP). Estas tres dimensiones se miden a partir de las puntuaciones obtenidas en una escala de frecuencia, relativa a una serie de ítems con relación al trabajo y desarrollo profesional. En nuestra encuesta hemos utilizado una versión reducida del test que contempla 16 ítems y una escala reducida de respuesta:

Tabla 16

Escala:

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que usted siente los enunciados:	Frecuencia →			
	Nunca o pocas veces al año	Una o más veces al mes	Una o más veces a la semana	Todos los días
	Dimensión que corresponde			
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.				Agotamiento Emocional
2. Al final de la jornada me siento agotado.				Agotamiento Emocional
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.				Agotamiento Emocional
4. El trabajo diario es realmente una tensión para mí.				Agotamiento Emocional
5. Pienso que puedo resolver con eficacia los problemas que surgen en el trabajo.				Realización Personal
6. Me siento “quemado” por el trabajo.				Agotamiento Emocional
7. Pienso que estoy haciendo una contribución significativa a los objetivos de esta organización.				Realización Personal
8. Creo que desde que empecé en este puesto he ido perdiendo interés por mi trabajo.				Despersonalización
9. Pienso que he perdido el entusiasmo por mi profesión.				Despersonalización
10. Creo que soy bueno en mi trabajo.				Realización Personal
11. Me siento estimulado cuando logro algo en el trabajo.				Realización Personal
12. Creo que he logrado muchas cosas que valen la pena en este trabajo.				Realización Personal
13. Sólo deseo hacer mi trabajo y que no me molesten.				Despersonalización
14. Creo que me he vuelto más cínico en mi trabajo.				Despersonalización
15. Dudo de la importancia de mi trabajo.				Despersonalización
16. Creo que tengo confianza en mi eficacia para alcanzar los objetivos.				Realización Personal

Los resultados del test se expresan en tres grupos (Alto, Medio y Bajo) en función de las puntuaciones obtenidas en cada una de las tres dimensiones que se estudian. Las puntuaciones obtenidas en la encuesta reflejan un moderado grado de *Agotamiento Emocional* (30,7% de los médicos obtuvieron una puntuación “Alta” y el 69,3% “Media” o “Baja”). Algo mayor grado fue la puntuación obtenida respecto del grado de *Despersonalización o Distanciamiento* con el trabajo (36,4% “Alta” y 63,6% “media” o “Baja”). Sin embargo, se obtiene una mucho mejor puntuación en lo relativo al grado de *Realización Personal* (44,3% “Alta” y 55,7% “Media” o “Baja”). Este resultado confirma el aspecto vocacional y de compromiso con la medicina y la asistencia sanitaria que manifiestan los médicos, a pesar de condicionantes físico-anímicos o laborales y profesionales.

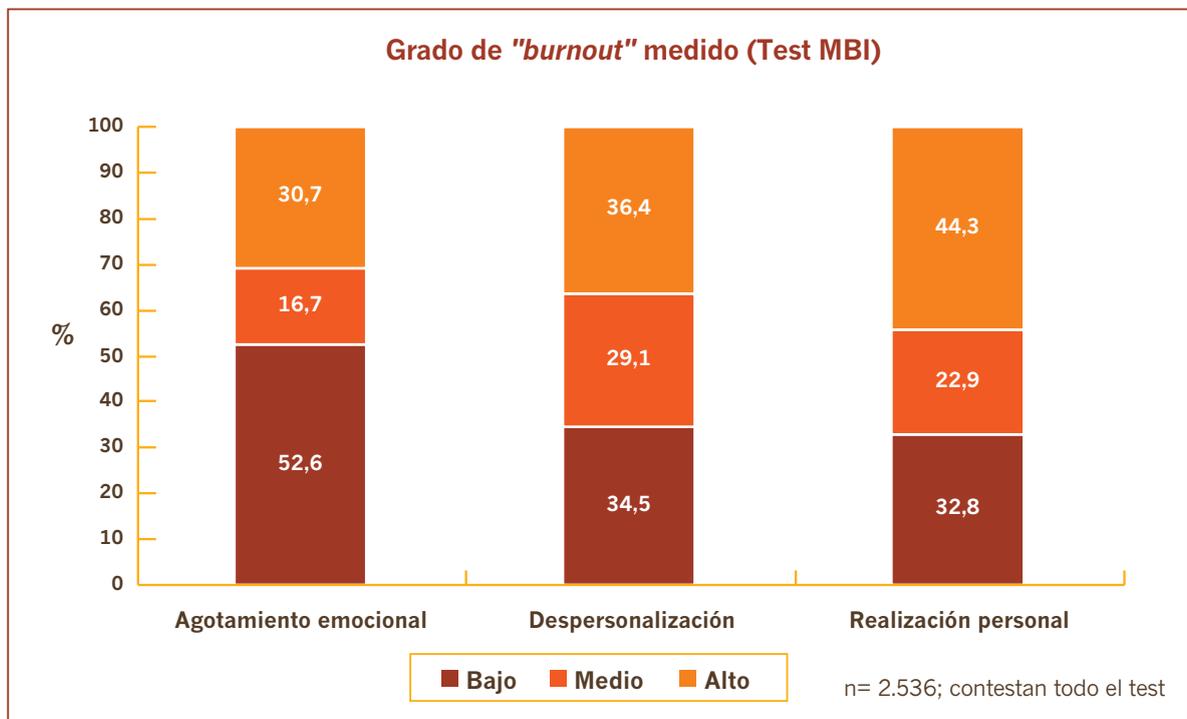
Tabla 17

Test MBI (Maslach Burnout Inventory)	Factores del síndrome ("Burnout")		
	Agotamiento emocional (Ítems: 1,2,3,4,6) (n=2.436)	Despersonalización (Ítems 8,9,13,14,15) (n=2.436)	Realización personal (Ítems: 5,7,10,11,12,16) (n=2.436)
	%	%	%
Bajo	52,6	34,5	32,8
Medio	16,7	29,1	22,9
Alto	30,7	36,4	44,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Intervalos de las puntuaciones del test MBI para los grupos "Alto", "Medio" y "Bajo"⁶

	BAJO	MEDIO	ALTO
	%	%	%
AE (1,2,3,4,6)	≤10	11-14	≥15
DP (8,9,13,14,15)	≤5	6-9	≥10
RP (5,7,10,11,12,16)	≤25	26-29	≥30

Figura 31



El **"agotamiento emocional"** se relaciona en mayor medida que el total, con las siguientes variables:

- Mujeres (35,1%).
- Edades por debajo de los 40 años (34,5%).
- Con menos de 10 años de experiencia (33,8%).
- Con más carga asistencial; más de 39 pacientes/día (36,5%).

El “**distanciamiento del trabajo**” se relaciona significativamente más con:

- Los varones (41,1%).
- Los médicos de más de 50 años (38,4%).
- Con mayor experiencia (38,5%).

Finalmente obtienen puntuaciones más elevadas en “**realización personal**”:

- Los varones (49,2%).
- Los mayores de 50 años (49,5%)
- Con más de 10 años de experiencia (46,8%).

Figura 32

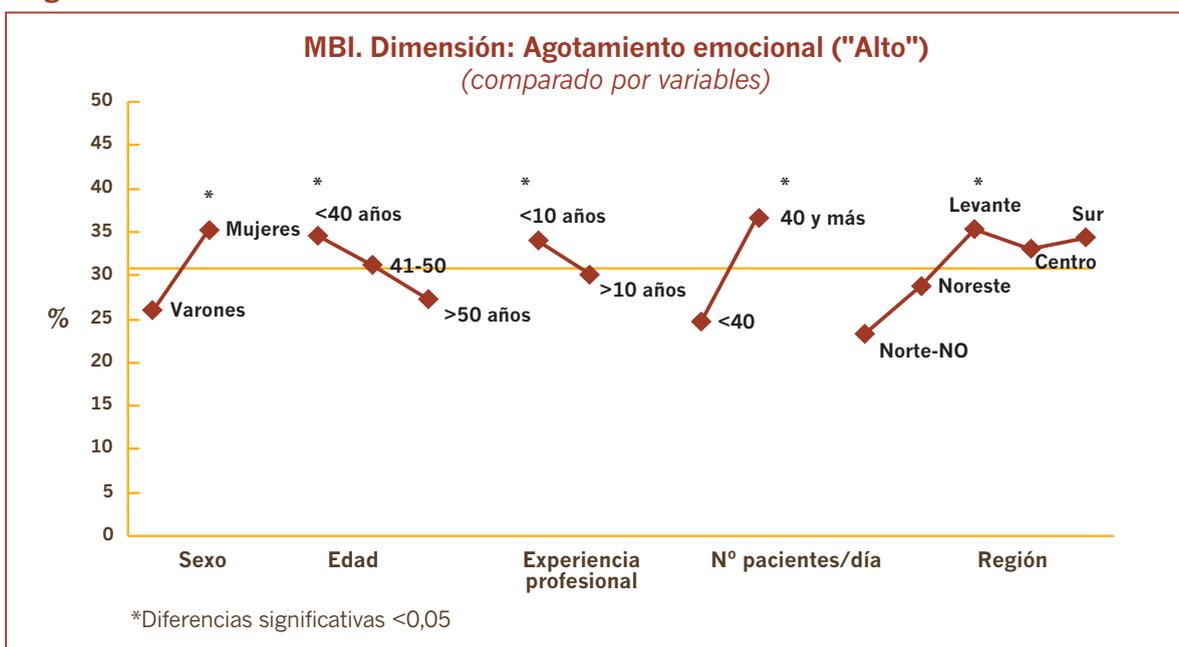


Figura 33

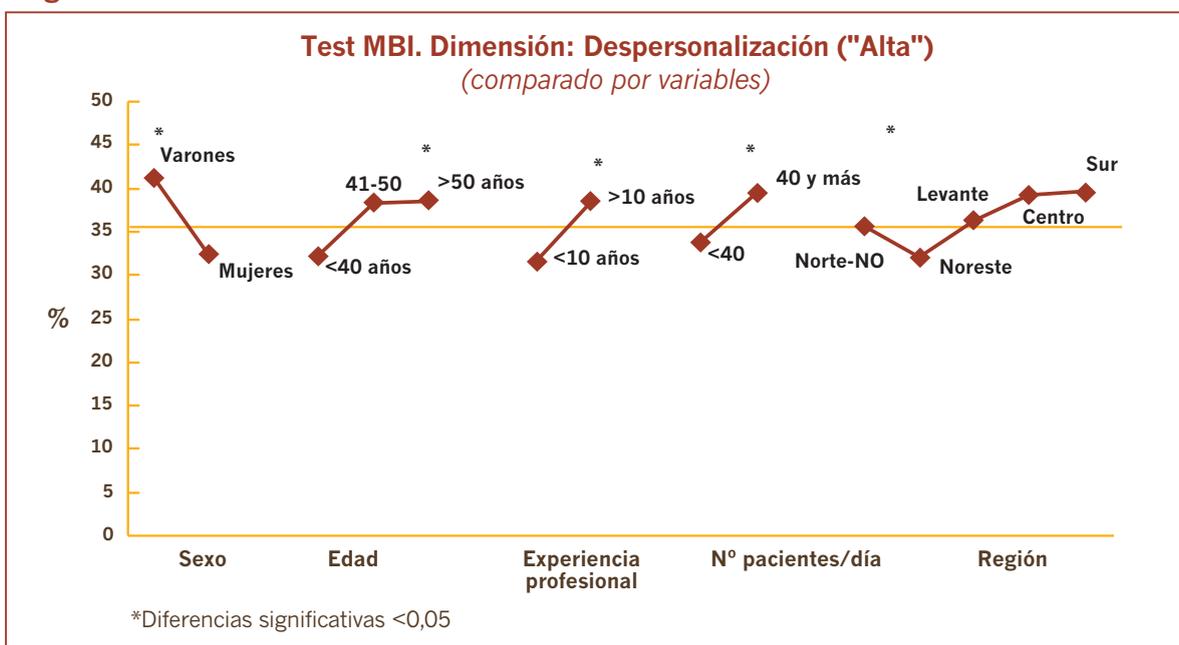
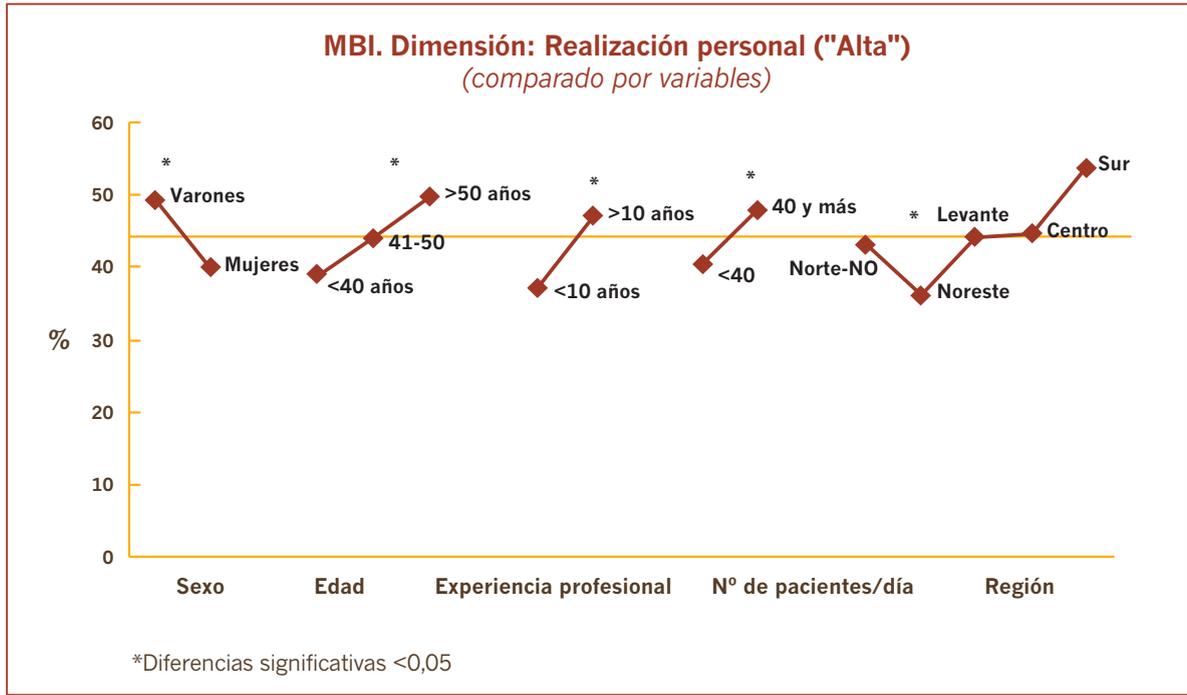


Figura 34



6. Las actitudes ante la salud y su relación con el trabajo: Grupos tipológicos

Las actitudes de los médicos ante su salud, su relación con el trabajo y el impacto en sus pacientes son importantes a la hora de abordar estrategias de comunicación o sensibilización y pueden llegar a determinar el éxito o fracaso de las mismas. La "actitud" que se tiene, a diferencia de la "opinión" que se declara, refleja mejor los comportamientos reales en la práctica diaria. No tiene porqué ser consciente ni fruto de la reflexión, como sí lo es la respuesta ante una pregunta concreta.

Por ello y para detectar esas actitudes, se solicitó a los médicos participantes en la encuesta que indicaran si ellos asumían o no, algunos comportamientos tópicos, que reflejan todas ellas formas antagónicas de entender y abordar la propia salud en relación al desarrollo profesional. La autoidentificación mayor o menor con estos comportamientos nos permitió ver la actitud general y poder además segmentar grupos específicos. Los resultados obtenidos se reflejan en el siguiente cuadro y gráfico.

Tabla 18

Escala:

Actitudes (Frasas que reflejan las diferentes actitudes, comportamientos y valoraciones) ⁸	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo
	1	2	3	4	5
	← Desacuerdo			Acuerdo →	
“Yo soy muy exigente conmigo mismo en seguir hábitos de vida saludables”	4,5	16,6	28,2	37,2	12,9
“El tiempo que le dedico al paciente en consulta también depende de mi motivación y de mi estado emocional”	9,0	15,3	14,3	39,1	21,4
“Si a los pacientes les recomiendas unas cosas y luego ven que tú no las haces, pierdes mucha credibilidad”	2,2	5,7	11,1	33,2	46,80
“La verdad es que el hecho de ser médico no hace que sea mucho más cuidadoso con mis prácticas y hábitos de prevención CV”	23,3	29,4	14,8	22,6	8,9
“Me gusta implicarme en programas o estudios al margen del trabajo clínico diario”	5,0	12,6	21,4	33,7	26,2
“Mi estado de salud no cambia en nada la calidad de la atención que reciben mis pacientes”	16,3	35,1	15,1	20,0	12,7
“El paciente no tiene porqué ver en su médico un ejemplo o modelo a seguir”	20,1	32,3	18,9	18,3	9,4
“Ver todos los días casos de alto riesgo CV, hace que yo mismo tome medidas preventivas”	3,4	10,8	25,3	43,1	16,3
“Las condiciones laborales y profesionales me hacen perder mucho interés por el trabajo”	17,1	23,5	20,5	28,4	9,4
“Mis pacientes no saben si yo tengo o no tengo hábitos saludables de vida”	7,0	23	25,4	27,2	16,5
“La verdad es que con estas condiciones, yo me limito a cumplir con las obligaciones estipuladas en contrato”	35,7	32,8	18,9	9,4	2,3
“El hecho de ponerte a ti mismo como ejemplo (no fumo, hago deporte, como sano...etc.) influye mucho en los pacientes”	7,7	14,3	28,8	33,7	14,4
“La carga y el estrés profesional influyen muy negativamente en mis pacientes y la calidad de mi trabajo”	7,3	13,7	15,5	39,6	22,9
“Yo me cuido a mi mismo en cuanto al control de mis factores de riesgo CV. No es necesario que acuda a otros colegas”	6,1	20,6	21,6	33,5	17,2
“Mantengo un buen equilibrio entre mi trabajo como médico y el resto de actividades de mi vida”	2,9	12,1	19,8	38,3	25,9

(Diferencias a 100% = Sin datos, Ns./Nc.)

⁸ Frases elaboradas y recogidas a partir de una fase cualitativa previa con entrevistas a médicos de atención primaria

De estos datos se deduce que la actitud de los médicos de AP es, en general, **comprometida con la salud y sus propios hábitos de vida, proactiva ante la adversidad que suponen las condiciones socio-profesionales negativas, no dejando que éstas influyan en su actividad clínica y asistencial.** Es una actitud que busca el equilibrio entre su profesión y su salud. Se considera importante su propia salud porque influye mucho en su eficiencia profesional y en la calidad asistencial que reciben sus pacientes. Su salud, que no se considera especialmente mala, está muy determinada por los condicionantes laborales / profesionales. A pesar de ello, se realiza un esfuerzo máximo para que esto no ocurra. También este análisis revela la importancia de ser coherente con sus propios hábitos preventivos en materia de salud cardiovascular y de su influjo positivo que ello tiene en los pacientes.

Las frases que más reflejan esta actitud son:

Más de acuerdo:

- *“Si a los pacientes les recomiendas unas cosas y luego ven que tú no las haces, pierdes mucha credibilidad”.*
- *“Mantengo un buen equilibrio entre mi trabajo como médico y el resto de actividades de mi vida”.*
- *“La carga y el estrés profesional influyen muy negativamente en mis pacientes y la calidad de mi trabajo”.*
- *“El tiempo que le dedico al paciente en consulta también depende de mi motivación y de mi estado emocional”.*
- *“Me gusta implicarme en programas o estudios al margen del trabajo clínico diario”.*

Más en desacuerdo:

- *“La verdad es que con estas condiciones, yo me limito a cumplir con las obligaciones estipuladas en contrato”.*
- *“La verdad es que el hecho de ser médico no hace que sea mucho más cuidadoso con mis prácticas y hábitos de prevención CV”.*
- *“El paciente no tiene porqué ver en su médico un ejemplo o modelo a seguir”.*

No obstante, ésta es la actitud general. Existen grupos con actitudes antagónicas que responden a perfiles muy distintos unos de otros y respecto de los que hay que seguir diferentes estrategias de comunicación. Para ello hemos realizado un análisis multivariable (*cluster analysis*) que nos ha permitido segmentar **5 tipologías o grupos homogéneos** internamente y heterogéneos entre sí, que responden a muy distintas formas de abordar y entender su salud en relación a su profesión como médicos.

Cada uno de estos grupos se distancia, en más o en menos, de la actitud general vista. Dos grupos proactivos que manifestaron, en mayor grado aún, su motivación y compromiso profesional y el hecho de ser referentes y ejemplos para sus pacientes, no decayendo ante ningún tipo de adversidad. Tres grupos algo más escépticos, que manifestaron no ser tan próximos con sus pacientes, ni dar tanta importancia a la coherencia y al tiempo ser algo más críticos con los condicionantes laborales y profesionales.

GRUPOS FORMADOS POR EL ANÁLISIS CLUSTER

Los Grupos determinados por el análisis cluster quedaron definidos de la siguiente manera:

GRUPO 1: “Referentes y ejemplo para sus pacientes”. Este grupo está formado por el 23,6% de la muestra y lo definimos como un grupo muy riguroso y exigente con su propia salud y sus hábitos preventivos. Se consideran una referencia para sus pacientes a los que deben dar ejemplo y con los que mantienen una estrecha relación. La eficiencia de su actividad médica está condicionada por su propia salud y por su coherencia.

Este grupo estaba significativamente más en desacuerdo que los demás, (rechaza más), las siguientes frases:

- *“El paciente no tiene porqué ver en su médico un ejemplo o modelo a seguir”.*
- *“Mi estado de salud no cambia en nada la calidad de la atención que reciben mis pacientes”.*
- *“Mis pacientes no saben si yo tengo o no tengo hábitos saludables de vida”.*
- *“La verdad es que el hecho de ser médico no hace que sea mucho más cuidadoso con mis prácticas y hábitos de prevención CV”.*

Y por el contrario, están más de acuerdo que los demás en:

- *“Yo soy muy exigente conmigo mismo en seguir hábitos de vida saludables”.*

Perfil del Grupo: En este grupo están significativamente más presentes que en el total:

- *Médicos con más de 10 años de experiencia profesional.*
- *Con edades intermedias (41-50 años).*
- *Con menos hábitos No saludables y menos FRCV.*
- *Con menor RCV autodeclarado.*
- *Con más IMC en normopeso.*
- *Con baja puntuación en la dimensión “Agotamiento emocional” del test MBI.*
- *Con alta puntuación en “Realización personal” MBI.*
- *Con mejor cumplimiento de los Tratamientos No farmacológicos.*
- *Con más grado de satisfacción en el trabajo.*

GRUPO 2: “Reservados y distantes”. Este grupo está formado por el 19,7 % de la muestra. Es el grupo contrario al anterior. Lo definimos como un grupo con cierto distanciamiento y separación intencionada entre sus actitudes personales y su eficacia profesional. No están tan convencidos (Menos grado de acuerdo) con que exista relación entre coherencia personal y credibilidad como médicos. Tampoco están tan convencidos que su experiencia profesional influya en sus autocuidados y son menos exigentes con su propia salud.

En este grupo se estaba menos de acuerdo que los demás (se rechaza más) las siguientes frases:

- *“Si a los pacientes les recomiendas unas cosas y luego ven que tú no las haces, pierdes mucha credibilidad”.*
- *“El hecho de ponerte a ti mismo como ejemplo (no fumo, hago deporte, como sano...etc.) influye mucho en los pacientes”*
- *“Ver todos los días casos de alto riesgo CV, hace que yo mismo tome medidas preventivas”*
- *“Yo soy muy exigente conmigo mismo en seguir hábitos de vida saludables”*

Y por el contrario, se está más de acuerdo (asumen más) la siguiente frase:

- *“El paciente no tiene porqué ver en su médico un ejemplo o modelo a seguir”.*

Perfil del Grupo: En este grupo están significativamente más presentes que en el total:

- *Médicos de la zona Noreste (Cataluña, Aragón, Baleares).*
- *Con menos de 40 años de edad y menos de 10 años de experiencia profesional.*
- *Con menor nº de pacientes/día.*
- *Con más FRCV y más hábitos No saludables.*
- *Con mayor grado de obesidad en su IMC calculado.*
- *Con alto RCV percibido.*
- *Con más puntuación en la dimensión “Despersonalización o distanciamiento profesional” del test MBI y con una baja puntuación en la dimensión “Realización personal” del test MBI.*
- *Con peor cumplimiento de los tratamientos No farmacológicos.*

GRUPO 3: “Poco motivados, condicionados por el entorno laboral / profesional”.

Este grupo, formado por el 20,9% de la muestra, queda definido por tratarse de un grupo con menor motivación que los demás y algo resentidos con el sistema. Este grupo se limita más a cumplir sus obligaciones, pierden interés por el trabajo derivado de unas condiciones laborales que no les son propicias. También tienen una menor relación personal con el paciente del que no se consideran ejemplo ni referencia. Se sienten más afectados por estrés laboral que el resto.

Este grupo estaba significativamente más de acuerdo (asumen más que los demás) en las siguientes frases:

- *“La verdad es que con estas condiciones, yo me limito a cumplir con las obligaciones estipuladas en contrato”.*
- *“Mis pacientes no saben si yo tengo o no tengo hábitos saludables de vida”.*
- *“El paciente no tiene porqué ver en su médico un ejemplo o modelo a seguir”.*
- *“Yo me cuido a mi mismo en cuanto al control de mis factores de riesgo CV. No es necesario que acuda a otros colegas”.*
- *“Las condiciones laborales y profesionales me hacen perder mucho interés por el trabajo”.*

Perfil del Grupo: En este grupo están significativamente más presentes que en el total:

- *Médicos de la zona Centro.*
- *Varones.*
- *Con mayor nº de pacientes/día.*
- *Con alta puntuación en la dimensión “Despersonalización” del test MBI.*
- *Con baja puntuación en “Realización personal” (MBI).*
- *Con mayor grado de estrés en su trabajo.*
- *Con menor grado de satisfacción con el trabajo.*

GRUPO 4: “Más inseguros y autocríticos”. Este grupo lo conforma el 19,8% de la muestra. Se trata de un grupo más escéptico, “descreído” de su propia labor como médico y autocríticos con su propia labor. Ponen menos cuidado en su salud y en sus hábitos preventivos.

Este grupo rechazaba más (o estaba menos de acuerdo) las siguientes frases:

- *“Mantengo un buen equilibrio entre mi trabajo como médico y el resto de actividades de mi vida”.*
- *“La verdad es que el hecho de ser médico no hace que sea mucho más cuidadoso con mis prácticas y hábitos de prevención CV”.*
- *“Yo soy muy exigente conmigo mismo en seguir hábitos de vida saludables”.*
- *“Mi estado de salud no cambia en nada la calidad de la atención que reciben mis pacientes”.*

Y por el contrario estaban más de acuerdo (asumen más) la siguiente frase:

- *“La verdad es que el hecho de ser médico no hace que sea mucho más cuidadoso con mis prácticas y hábitos de prevención CV”.*

Perfil del Grupo: En este grupo están significativamente más presentes que en el total:

- *Médicos con menos de 40 años.*
- *Con más FRCV y más hábitos de vida No saludables.*
- *Con mayor grado de obesidad en su IMC calculado.*
- *Con más RCV autodeclarado.*
- *Con alta puntuación en la dimensión “Agotamiento emocional” del test MBI.*
- *Con peor cumplimiento de los Tratamientos No farmacológicos.*
- *Con mayor grado de estrés en su trabajo.*

GRUPO V: “Fuertemente motivados, responsables y profesionales”. El 25,9% de la muestra configura esta tipología. Se define como un grupo que no se dejan influir en su labor médica por el estrés o por las condiciones laborales, ni siquiera por su salud. Están más comprometidos que los demás con la medicina y con la responsabilidad que asumen respecto de sus pacientes.

Este grupo rechazaba más (o estaban menos de acuerdo) las siguientes frases:

- *“La carga y el estrés profesional influyen muy negativamente en mis pacientes y la calidad de mi trabajo”.*
- *“Las condiciones laborales y profesionales me hacen perder mucho interés por el trabajo”.*
- *“El tiempo que le dedico al paciente en consulta también depende de mi motivación y de mi estado emocional”.*
- *“La verdad es que el hecho de ser médico no hace que sea mucho más cuidadoso con mis prácticas y hábitos de prevención CV”.*

Por el contrario, estaban más de acuerdo (asumían más) las siguiente frases:

- *“Mi estado de salud no cambia en nada la calidad de la atención que reciben mis pacientes”.*
- *“Me gusta implicarme en programas o estudios al margen del trabajo clínico diario”*

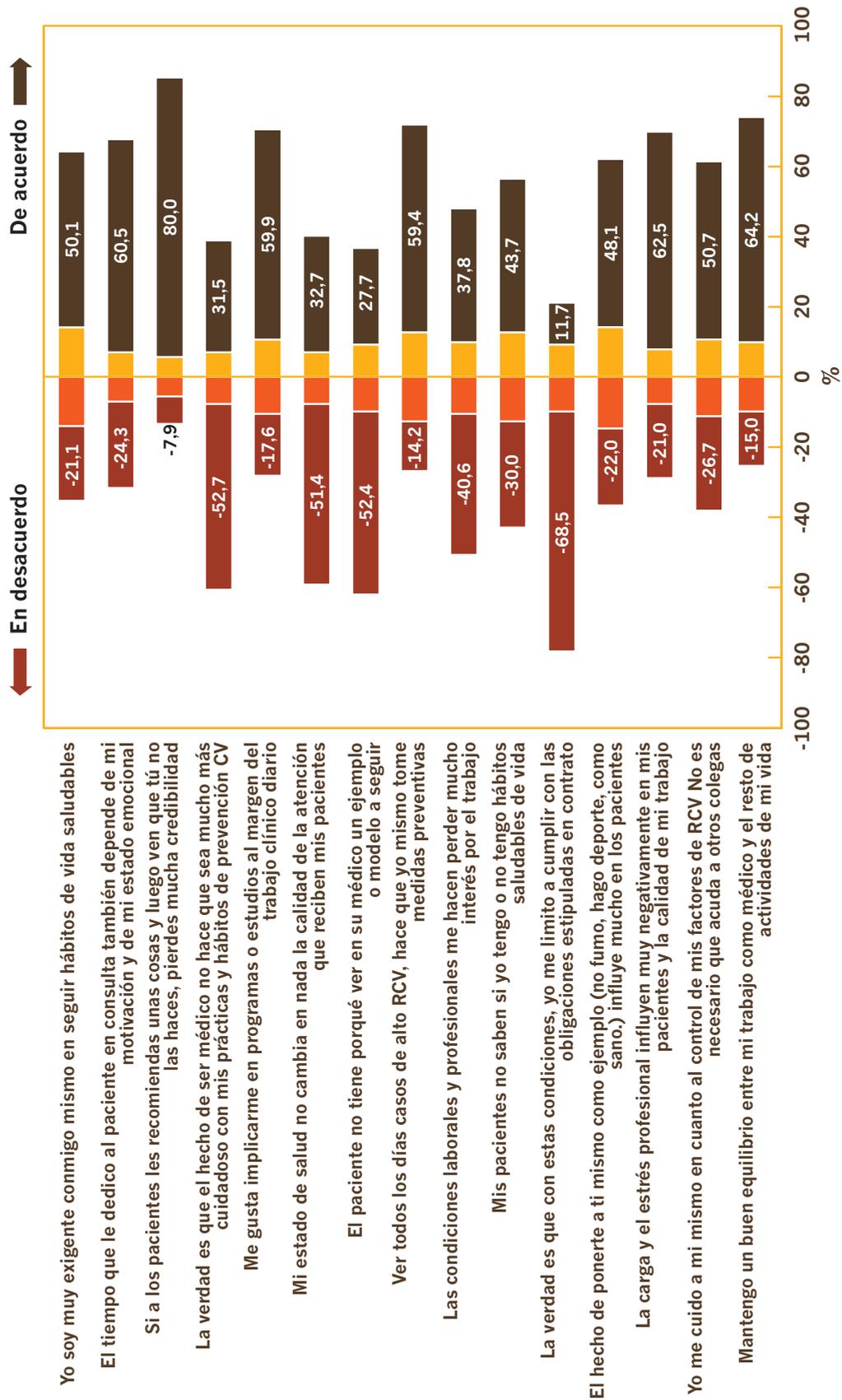
Perfil del Grupo: En este grupo están significativamente más presentes que en el total:

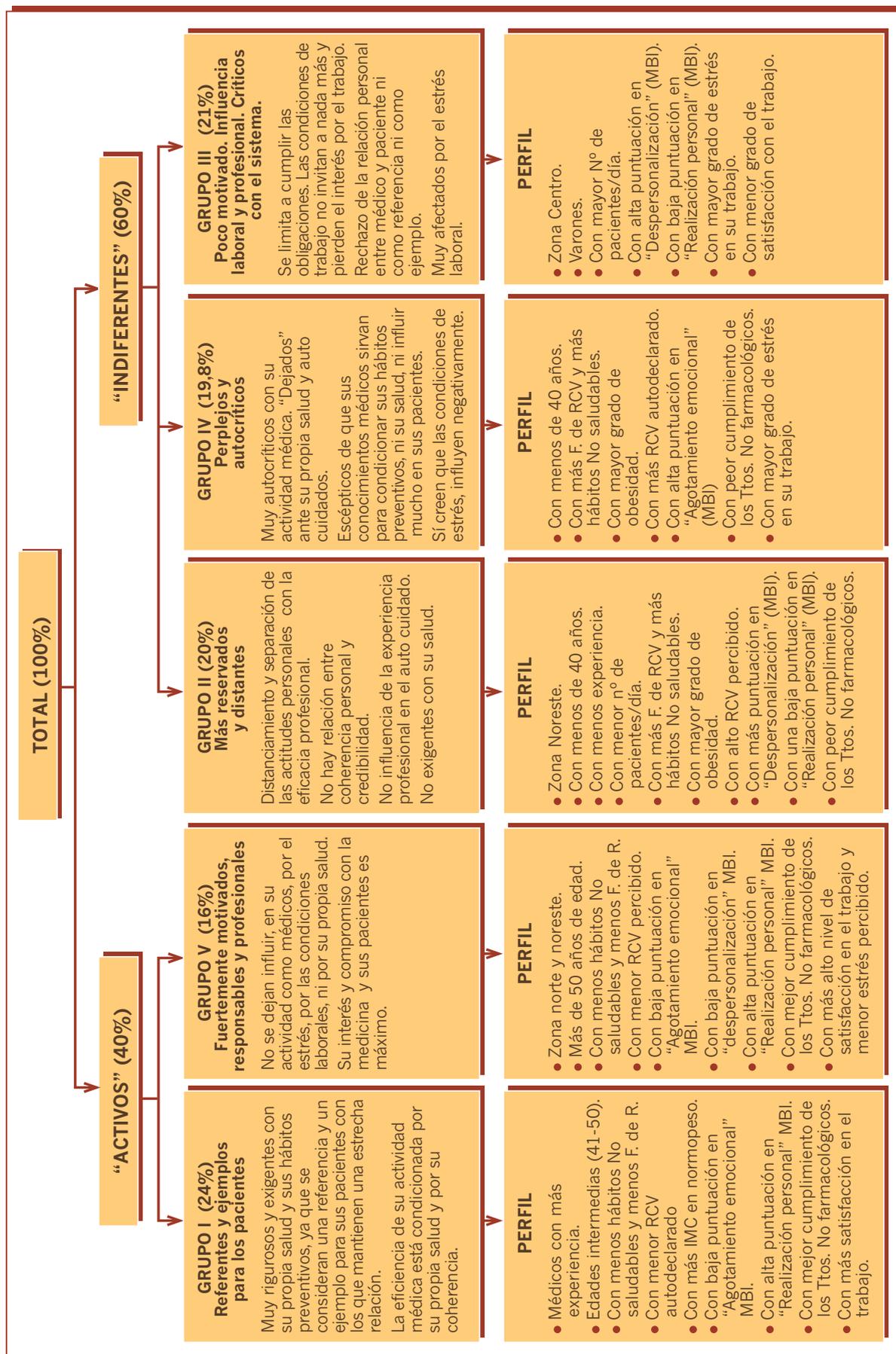
- *Médicos de la zona norte y noreste.*
- *Con más de 50 años de edad.*
- *Con menos hábitos No saludables y menos FRCV.*
- *Con menor RCV percibido.*
- *Con baja puntuación en la dimensión “Agotamiento emocional” del test MBI.*
- *Con baja puntuación en la dimensión “Despersonalización” del test MBI.*
- *Con alta puntuación en la dimensión “Realización personal” del test MBI.*
- *Con mejor cumplimiento de los Tratamientos No farmacológicos.*
- *Con más alto nivel de satisfacción en el trabajo y menor estrés percibido.*

Todos estos resultados se reflejan en los siguientes cuadros y gráficos:

Actitudes de los médicos de AP

Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo
1	2	3	4	5





**GRUPO III (21%)
Poco motivado. Influencia laboral y profesional. Críticos con el sistema.**

Se limita a cumplir las obligaciones. Las condiciones de trabajo no invitan a nada más y pierden el interés por el trabajo.
Rechazo de la relación personal entre médico y paciente ni como referencia ni como ejemplo.
Muy afectados por el estrés laboral.

PERFIL

- Zona Centro.
- Varones.
- Con mayor N° de pacientes/día.
- Con alta puntuación en “Despersonalización” (MBI).
- Con baja puntuación en “Realización personal” (MBI).
- Con mayor grado de estrés en su trabajo.
- Con menor grado de satisfacción con el trabajo.

VI. Conclusiones

La salud de los médicos de atención primaria y en concreto su perfil de riesgo cardiovascular es un hecho sociosanitario relevante en la medida en que tiene un impacto directo en la calidad asistencial que reciben los pacientes y, en consecuencia, en la salud de la población. Esta relación se manifiesta en aspectos como las bajas laborales, las sustituciones, los aplazamientos, las derivaciones, la pérdida de seguimiento y control, la falta de resolución, o el absentismo. También cuando el paciente percibe una ausencia de hábitos preventivos o saludables en su médico, se produce una falta de credibilidad en las recomendaciones, lo que lleva a su incumplimiento o a un déficit en los flujos de información médico-paciente. Independientemente del grado de esta influencia, tratar de mejorar estas situaciones será siempre una acción positiva.

Los médicos, como expertos en salud cardiovascular y con mayor disponibilidad de información y medios a su alcance, reflejaron unos perfiles de riesgo más benignos que el resto de la población (aisladas las variables de edad y actividad). Pero, por otra parte, los médicos se ven afectados en ocasiones por unas condiciones laborales y profesionales que pueden llevar a un alto grado de frustración, agotamiento emocional y físico, distanciamiento de su labor como médicos, pérdida de la autoestima profesional y realización personal. Todo ello ha sido ampliamente estudiado y se ha conocido como *burnout* o “síndrome del quemado”.

- *La Encuesta CHABS se ha realizado entre una muestra representativa de 2.583 médicos de atención primaria de toda España. Se han recogido datos en todas las CCAA. considerando los distintos grupos de edad, que con una media de 44,9 años, reflejan la mayor o menor experiencia profesional. Se recogió también la distinta carga asistencial, tales como el número de pacientes/día (media de 39 pacientes/día) y horas trabajadas (39,5 horas), la realización de guardias (49,7%), el ámbito rural/urbano, así como la titulación MIR (60,5%).*
- *La presencia de factores de RCV resultó entre los médicos relativamente baja si se compara con la de la población general. La gran mayoría no presentó ningún factor o sólo uno, siendo el más común el tener antecedentes familiares de ECV. El 18,7% presentó hipercolesterolemia, aunque sólo el 43,6% recibió tratamiento. El 13,3% señaló el tabaquismo como uno de sus FRCV, (aunque el 15,7% fumaba). El 11,7% declaró padecer HTA, que se trató en el 87,1% de los casos, con un elevado nivel de control (95,8%). Sólo un 2,6% padecía diabetes (I o II). Estos factores se mostraron directamente relacionados con la edad y resultaron también más prevalentes entre los varones.*
- *El IMC indicó que un 34,7% de médicos tenía sobrepeso y un 8,4% obesidad. Los FRCV presentes en la población de médicos, resultaron claramente menores que los de la población general (para similares edades), sobre todo en el caso del tabaquismo y de la obesidad, siendo este hecho mejor aún en el caso de las mujeres.*
- *Los médicos de atención primaria mostraron un buen nivel de seguimiento preventivo de algunos de los factores de riesgo, si tenemos en cuenta que se trata de una muestra de población sana. La frecuencia de controles preventivos fue también mayor que en la población general. La gran mayoría de los médicos (90,0%), se ha medido la presión arterial en el último año y un 70,8% se ha realizado analíticas de sangre para control de lípidos.*

- *La autovaloración que hicieron los médicos de su propio RCV fue relativamente baja (sólo un 23,0% lo califican de “moderado” o “alto”), aunque prevén que aumentará en el periodo de los próximos 5 años. La percepción de un riesgo “elevado” es coherente y correlaciona muy bien con la presencia de factores objetivos de riesgo (edad, IMC y hábitos de vida).*
- *El 42,3% de los médicos declaró no tener ningún hábito no saludable y el 37,5% sólo uno. No hubo grandes diferencias por sexo o por edad. El descanso insuficiente (23,8%) y el sedentarismo (22,6%) son los hábitos no saludables que más se reconocieron. En mucha menor medida, se reconoció también el consumo de alcohol (9,5%) o la mala alimentación (6,3%).*
- *El aspecto vocacional de la medicina, especialmente en atención primaria, hace que, aunque el grado de estrés percibido fuera considerablemente alto (media de 4,6 en la escala 1-7), exista un alto nivel de satisfacción profesional. El grado estrés fue significativamente mayor en el caso de las mujeres, de los más jóvenes, con menos experiencia profesional y con más carga asistencial (Nº de pacientes/día).*
- *El 40,6 % de los médicos reconocía que sus prácticas preventivas en materia de salud CV eran “regulares” o “malas” y, aún así, cuando las comparan con las de sus propios pacientes, las califican claramente como “mejores” o “mucho mejores”. Se reconocía la dificultad de dejar de fumar, que resultó “difícil” o “muy difícil” para el 57,9% de los fumadores, aunque hay que destacar también que un 29,9% de los fumadores no quería dejar de fumar o no lo había intentado.*
- *Un 28,1% reconocía que su cumplimiento de los tratamientos farmacológicos era “regular”, “malo” o “muy malo”. En cualquier caso, éste nivel de cumplimiento se consideran siempre mucho mejor que el de sus propios pacientes.*
- *La mayoría de los médicos se consideró coherente con los que recomienda a sus pacientes. Piensan que ser coherentes, o no serlo, es percibido por sus pacientes la mayoría de las veces y que ser coherente mejora el cumplimiento de los tratamientos, la credibilidad del médico, aumenta el flujo de información médico-paciente y mejora el trato y relación con sus pacientes.*
- *Las condiciones profesionales y laborales influyen mucho en su propia salud. De igual manera, consideraron que su estado físico y anímico, influye en la calidad asistencial del trabajo que finalmente repercute en el paciente.*
- *Las puntuaciones obtenidas en el test MBI reflejaron un moderado grado de “agotamiento emocional” (30,7%), algo mayor de “despersonalización o distanciamiento” con el trabajo (36,4%) y, sin embargo, un alto grado de “realización personal” (44,3%). Este resultado confirma el aspecto vocacional y de compromiso con la medicina y la asistencia sanitaria. El “agotamiento emocional” se asoció, en mayor medida que el total, con las mujeres, las edades más jóvenes, con menos experiencia y con más carga asistencial. El “distanciamiento del trabajo” se asoció más con los varones, con los de más edad y mayor experiencia. Finalmente, se encontraron “más realizados personalmente” los varones de más edad y experiencia.*

- *Entre los médicos de atención primaria existe una actitud general positiva ante la adversidad. Consideran que aunque su estado de salud influye mucho en su eficiencia profesional y en la calidad asistencial que reciben sus pacientes, se realiza un esfuerzo máximo para que esto no ocurra. Se considera muy importante ser coherente con sus propios hábitos preventivos en materia de salud cardiovascular y de su influjo positivo en los pacientes. No obstante, existe una tipología de cinco grupos, que se distancian en más o en menos de esta actitud general. Algunos grupos son muy activos y manifiestan, en mayor grado aún, su motivación y compromiso profesional y el hecho de ser referentes y ejemplos para sus pacientes, no decayendo ante ningún tipo de adversidad. Otros grupos de médicos son, sin embargo, algo más indiferentes, no son tan próximos con sus pacientes, no dan tanta importancia a la coherencia y son más críticos con los condicionantes laborales y profesionales.*

Mejorar este estado de cosas pasa, necesariamente, por disminuir la carga de trabajo que sufren los médicos de atención primaria y mejorar la gestión asistencial. Diseñar planes de gestión basados en la motivación profesional y en la calidad de atención médica y no sólo en la mejora de los indicadores administrativos o económicos. Para ello se requiere aumentar las dotaciones de recursos materiales, pero sobre todo organizativos y humanos, que permitan aligerar las condiciones de estrés profesional. La salud cardiovascular de los médicos de atención primaria y la salud de la población están íntimamente relacionadas.

VII. Bibliografía

Michael S. Krasner, MD; Ronald M. Epstein, MD; Howard Beckman, MD; Anthony L. Suchman, MD, MA; Benjamin Chapman, PhD; Christopher J. Mooney, MA; Timothy E. Quill, MD. Association of an Educational Program in Mindful Communication With Burnout, Empathy, and Attitudes Among Primary Care Physicians. *JAMA*.2009;302(12):1284-1293.

Tait D. Shanafelt, MD. Enhancing Meaning in Work. A Prescription for Preventing Physician Burnout and Promoting Patient-Centered Care. *JAMA*.2009;302(12):1338-1340.

Lawrence S. Phillips, MD; William T. Branch, Jr., MD; Curtiss B. Cook, MD; Joyce P. Doyle, MD; Imad M. El-Kebbi, MD; Daniel L. Gallina, MD; Christopher D. Miller, MD; David C. Ziemer, MD; and Catherine S. Barnes, PhD. Clinical Inertia. *Annals of Internal Medicine* 2001; 135 (9):825-834.

V Sánchez Ventín a, I Jiménez Pereira b, L García Méndez c. Burnout en médicos de Atención Primaria de los centros de salud del municipio de Vigo. *SEMERGEN* 2009; 35:211-3.

Pedro R.Gil-Monte, Eva María Nuñez-Román,Yago Selva-Santoyo. *Interamerican Journal of Psychology*, 2006. Vol 4, num.2 pp.227-232.

Maslach c, Jackson S. Maslach burnout Inventory. 2nd. Edition. Palo Alto Consulting Psychologist Press. 1986 (Version española adaptada por Nicolás Seisdedos Cubero, TEA; 1987).

Kay MP, Mitchell GK, Del Mar CB. Doctors do not adequately look after their own physical health. *Med J Aust* 2004; 181: 368–70.

Nyman K. The health of general practitioners. A pilot survey. *Aust Fam Phy* 1991; 20: 637-41, 644-45.

Wachtel TJ, Wilcox VL, Moulton AW, et al. Physicians' utilization of health care. *J Gen Intern Med* 1995;10: 261-5.

Richards JG. The health and health practices of doctors and their families. *N Z Med J* 1999; 26: 96–9.

Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RM. Young doctors' health – II. Health and health behaviour. *Soc Sci Med* 1997; 45: 414.

Frank E, Breyan J, Elon L. Physician disclosure of healthy personal behaviors improves credibility and ability to motivate. *Arch Fam Med* 2000; 9: 287-90.

Frank E. Physician Health and Patient Care. *JAMA* 2004; 291: 637.

Frank E, Segura C. Health practices of Canadian physicians. *Canadian Fam Phy* 2009; 55: 810-811.

Frank E, Brogan DJ, Mokdad AH, Simoes EJ, Kahn HS, Greenberg RS. Health-related Behaviors of Women Physicians vs Other Women in the United States. *Arch Intern Med* 1998; 158: 342-348.

Ramachandran A, Snehalatha C, Yamuna A, Murugesan N. High Prevalence of Cardiometabolic Risk Factors among Young Physicians in India. *JAPI* 2008; 56: 17-20.

Frank E, Rothenberg R, Lewis C, Belodoff B. Correlates of Physicians Prevention-Related Practices. Findings From the Women Physicians Health Study. *Arch Fam Med* 2000; 9: 359-367.

Otras fuentes:

Realización de 12 entrevistas en profundidad con médicos de atención primaria (8 en Madrid y 4 en Barcelona). A partir de un guión abierto. Grabadas en audio para su posterior análisis.

INE-MSC: Encuesta Nacional de Salud, 2006.

Búsqueda en Internet de noticias, artículos y opiniones.

VIII. Anexo

Cuestionario utilizado

<ul style="list-style-type: none"> • Horas trabajadas semanales: _____ horas • Jornada laboral/Turno: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche/Refuerzo • ¿Realiza guardias?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí • ¿Dispone habitualmente de enfermera?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí • ¿Participa en docencia?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí • ¿Realiza investigación?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí • ¿Participa en Sociedades Científicas/ Grupos de Trabajo relacionados con el FCV?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí • Nº aprox. pacientes que ve al día: _____ pacientes • Duración media por visita: _____ minutos 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Trabaja por objetivos marcados?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí • Si es así, ¿alcanza los objetivos?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí • ¿Está conforme con su salario?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí • ¿Ha tenido baja laboral en el último año?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí • Globalmente y teniendo en cuenta las condiciones en que realiza su trabajo, indique cómo considera el nivel de estrés de su trabajo, según una escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante). <ul style="list-style-type: none"> ← "Nada" <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 → ← "Mucho" → • Teniendo en cuenta las características de su trabajo, indique en qué medida considera su trabajo satisfactorio según una escala de 1 (nada satisfactorio) a 7 (muy satisfactorio). <ul style="list-style-type: none"> ← "Nada" <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 → ← "Mucho" →
--	---

"Evaluación de la salud cardiovascular, entorno socio-sanitario y conductas preventivas de los médicos de centros de salud del SNS"
Estudio CHABS

Investigadores coordinadores y dirección
Dr. José Ramón Barnegas - Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública - Universidad Autónoma de Madrid
Dr. Luis Miguel Rulope - Jefe de la Unidad de Hipertensión - Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

Investigadores
Dr. Juan José de la Cruz Troca - Dto. De Medicina Preventiva y Salud Pública - Universidad Autónoma de Madrid
Dr. Alfredo del Campo Martín - Sociólogo, director de Sociología y Comunicación - Gabinete de estudios socio-sanitarios.
Dr. José Luis Uliarte - En representación de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria
Dr. José María Lobos Bejarano - En representación de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
Dr. Javier Gamarrá Ortiz - En representación de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Los datos que Vd. nos facilite en este cuestionario son confidenciales y utilizados exclusivamente como agregados estadísticos, nunca individualmente. A ello estamos obligados profesional y legalmente¹

Código Investigador: _____

2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

<ul style="list-style-type: none"> • Centro: _____ • Provincia: _____ • Tipo de centro: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Consultorios locales <input type="checkbox"/> Otros: _____ • Ámbito de práctica: <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbano • Años de experiencia profesional: _____ Años • Médico de Atención Primaria: <input type="checkbox"/> MIR <input type="checkbox"/> No MIR 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer • Edad: _____ Años • Nacionalidad: _____ • Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Pareja de hecho <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado/Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo • Años de convivencia con la pareja: _____ Años • ¿Su pareja trabaja?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí • ¿Tiene hijos?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí • Si es así, número de hijos: _____ hijos
--	---

3. SITUACIÓN PROFESIONAL Y LABORAL

¹ Los datos recogidos en este cuestionario serán incorporados a un fichero de datos automatizados propiedad de TRIAL FORM SUPPORT debidamente inscrito en el registro general de la Agencia Nacional de Protección de Datos. La única finalidad es la obtención de agregados estadísticos y no el tratamiento individual. Si lo desea UD. puede ejercer los derechos de oposición, acceso, rectificación y/o cancelación en virtud de lo previsto en la L.O. 1/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, dirigiéndose a nuestra dirección: CS.Consult@de.Vicm.394-5335-0900@Borobd.com

4. DATOS ANTROPOMÉTRICOS Y ESTILO DE VIDA

• **Peso:** _____ Kg. • **Talla:** _____ cm. • **Perímetro abdominal:** _____ cm.

• **En relación a su talla, diría que su peso es:**
 Bastante mayor de lo normal Algo mayor de lo normal
 Normal Menor de lo normal

• **Consumo de tabaco:**
 Sí, fumo diariamente: N° cigarrillos/día: _____ No fumo actualmente, pero he fumado antes
 Sí, fumo pero no diariamente No fumo, ni he fumado nunca

• **Si fuma habitualmente, ¿a qué edad comenzó a fumar?:** _____ Años

• **¿Ha intentado dejar de fumar?:** No Sí

• **¿Alguna persona fuma habitualmente en su vivienda?:** No Sí

• **¿Ha bebido en las últimas dos semanas alguna bebida alcohólica?:** No Sí

• **¿Consumo más de 2 unidades de bebida (UB) al día?:** No Sí
(1 UB = unidad de bebida = 1 cerveza = 1 copa de vino = 1/2 copa licor)

• **Aproximadamente, ¿cuántas horas duerme habitualmente al día?:** _____ horas

• **¿Las horas que duerme le permiten descansar lo suficiente?:** No Sí

• **¿Durante su tiempo libre, realiza alguna actividad física (caminar, hacer algún deporte, gimnasia)?:** No Sí

• **Número de días a la semana que realiza alguna actividad física:** _____ días

• **¿Utiliza habitualmente las escaleras?:** No Sí

• **Durante su tiempo libre, ¿hace todo el ejercicio físico que desearía?:** No Sí

• **Si no es así, ¿por qué motivo?:**
 Porque me lo impiden mis problemas de salud
 Porque prefiero realizar otro tipo de actividad de ocio (ir al cine, leer un libro, ver TV...)
 Porque no dispongo de un lugar para realizar la actividad física que deseo
 Por falta de tiempo
 Por falta de fuerza de voluntad
 Otras razones: _____

5. HÁBITOS ALIMENTICIOS

• **En el momento actual, ¿sigue usted alguna dieta o régimen especial?:** No Sí

• **Si es así, ¿cuál es la razón principal por lo que sigue esta dieta o régimen especial?:**
 Para perder peso Por una enfermedad o problema de salud
 Para mantener su peso actual Por otra razón
 Para vivir más saludablemente

• **¿Cómo considera que es la alimentación que sigue habitualmente:**
 Muy sana y equilibrada Más bien mala, poco equilibrada
 Más o menos sana Muy mala

• **¿Qué número de comidas realiza al día?:** 1 2 3 4 5

• **¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?:**

	Frecuencia →			
	Nunca o casi nunca	<1 vez/semana	1-2 veces/semana	3 o más veces/semana
- Fruta fresca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Huevos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pescado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Verduras y hortalizas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pasta, arroz, patatas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pan, cereales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Legumbres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Embutidos y fiambres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Productos lácteos (leche, queso, yogur...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dulces (galletas, bollería, mermeladas...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Refrescos con azúcar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. ACTITUD PROFESIONAL / LABORAL

6

Test MBI-GS²

P.1 - Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que usted siente los enunciados:	Frecuencia →			
	NUNCA O POCAS VECES AL AÑO	UNAO MÁS VECES AL MES	UNA O MÁS VECES A LA SEMANA	TODOS LOS DÍAS
1.- Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Al final de la jornada me siento agotado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- El trabajo diario es realmente una tensión para mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Pienso que puedo resolver con eficacia los problemas que surgen en el trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- Me siento "quemado" por el trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- Pienso que estoy haciendo una contribución significativa a los objetivos de esta organización.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- Creo que desde que empecé en este puesto he ido perdiendo interés por mi trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- Pienso que he perdido el entusiasmo por mi profesión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.- Creo que soy bueno en mi trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.- Me siento estimulado cuando logro algo en el trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.- Creo que he logrado muchas cosas que valen la pena en este trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.- Sólo deseo hacer mi trabajo y que no me molesten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.- Creo que me he vuelto más cínico en mi trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.- Dudo de la importancia de mi trabajo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.- Creo que tengo confianza en mi eficacia para alcanzar los objetivos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

² Escala reducida (16 ítems) y respuestas agrupadas.

6. ESTADO DE SALUD

• En el último año, diría que su estado de salud ha sido:

- Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo

• Durante el último año, ¿alguna enfermedad le ha limitado de alguna forma sus actividades habituales?:

- No Sí → ¿Cuál?: _____

• ¿Acude habitualmente al médico cuando se encuentra enfermo? No Sí

• ¿Es usted titular o beneficiario de algunas de las siguientes modalidades de seguro sanitario?: No Sí

- Empresas colaboradoras de la Seguridad Social
- Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS...) acogidas a la Seguridad Social
- Mutualidades del Estado (MUFACE, ISFAS...) acogidas a un seguro privado
- Seguro médico privado concertado individualmente
- Seguro médico privado concertado por la empresa
- No tiene seguro médico, utiliza siempre médicos privados
- Otras situaciones

7. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

• Señale los factores de riesgo cardiovascular que presente:

- HTA Recibe tratamiento → No Sí Está controlado No Sí
- Hipercolesterolemia → No Sí No Sí
- Diabetes → Tipo I Tipo II No Sí No Sí
- Tabaquismo
- Sedentarismo
- Historia familiar de enfermedad cardiovascular

• Señale si padece o ha padecido alguna manifestación o enfermedad cardiovascular: No Sí

- Cardiopatía isquémica
- Accidente vascular cerebral
- Arteropatía periférica
- Otra: _____

• ¿Se ha medido la presión arterial en el último año?: No Sí

• ¿Se ha realizado analíticas en el último año?: No Sí

5

9. SALUD CARDIOVASCULAR Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS

P.2 - En su opinión ¿cuál diría que es su riesgo cardiovascular ACTUALMENTE?: - Riesgo Bajo..... - Riesgo Moderado..... - Riesgo Alto..... - No lo sé.....	Actualmente 1 2 3 4	Hace 5 años 1 2 3 4	En los próximos 5 años 1 2 3 4
---	--	--	---

P.3 - ¿Y hace 5 años, su riesgo CV, era....?: →
P.4 - ¿Y en los próximos 5 años, cual prevé que será su riesgo CV?: →

P.5 - ¿Se auto-diagnostica Vd.?: - Si siempre/casi siempre - Si, en ocasiones - No, nunca	Auto-prescribe 1 2 3	Consulta 1 2 3
---	--------------------------------------	--------------------------------

P.6 - ¿Se auto-prescribe un tratamiento? →
P.7 - ¿Suele consultar con algún colega sobre su situación? →

P.8 - ¿Vd. por el hecho de ser médico dispone en la realidad de más facilidades para su asistencia y tratamiento médico que el resto de la población?: - Sí, muchas más facilidades..... - Si, algunas más facilidades..... - No, las mismas facilidades..... - No lo sé.....	1 2 3 4
--	------------------

P.9 - ¿Por qué Razones tiene Vd. más facilidades: - Dispone de más información sobre centros, consultas, especialistas..... - Tiene más facilidad de acceso a consultas con colegas..... - Tiene más facilidad de acceso a pruebas, análisis y tratamientos..... - Me tratan mejor por mi condición de médico..... - Otras razones (especificar):.....	1 2 3 4
--	------------------

P.10 - ¿Cómo calificaría Vd. sus propios hábitos de vida y prácticas preventivas en materia de salud cardiovascular?: - Muy Buenos..... - Buenos..... - Regulares (ni buenos, ni malos)..... - Malos..... - Muy Malos..... - No lo sé.....	1 2 3 4 5 6	P.11 - ¿Y en relación con los de sus pacientes, diría Vd. que son...?:Mucho Mejores -Algo Mejores -Iguales -Algo Peores -Mucho Peores -No lo sé -
---	----------------------------	--

P.12 - ¿Es para Vd. fácil o difícil hacer todos los días dieta?: - Es muy difícil..... - Es difícil..... - Ni difícil, ni fácil, normal..... - Es fácil..... - Es muy fácil.....	1 2 3 4 5	Ejercicio físico 1 2 3 4 5	Dejar de fumar 1 2 3 4 5
--	-----------------------	--	--

P.13 - ¿Y hacer ejercicio físico? →
P.14 - (Sólo si fuma): ¿Y dejar de fumar? →

P.15 - El estilo de vida saludable (dietas, ejercicio físico o dejar de fumar), le afecta mucho, poco o nada a ...	Mucho	Poco	Nada
...su actividad diaria en su trabajo?	1	2	3
...su vida social (actividades sociales, culturales, viajes, ocio)?	1	2	3
...su vida familiar (relación de familia o de pareja)?	1	2	3
...su estado de ánimo, emocional o psicológico?	1	2	3

P. 16 – Valore la influencia de los siguientes hechos en su estilo de vida:	Influye Mucho	Influye Algo	Influye Poco o Nada
1 - Sus conocimientos médicos.....	1	2	3
2 - La experiencia diaria con situaciones de sus pacientes.....	1	2	3
3 - Su carácter y personalidad, su "manera de ser".....	1	2	3
4 - Las facilidades o dificultades materiales para llevar hábitos saludables (horarios, lugares, vida social.....)	1	2	3
5 - Su nivel cultural y de formación en general.....	1	2	3
6 - Las condiciones laborales y profesionales del trabajo diario..	1	2	3
- Otros aspectos que influyen (especificar): _____			

P.17 - ¿En general, cómo diría Vd. que es su grado de cumplimiento de las pautas/hábitos NO FARMACOLÓGICOS en materia de salud cardiovascular?	1	2	3	4	5	6
- Muy Bueno.....						
- Bueno.....						
- Regular (ni bueno, ni malo).....						
- Malo.....						
- Muy Malo.....						
- No lo sé.....						

P.18 - ¿Y en relación con el grado de cumplimiento de sus pacientes?	1	2	3	4	5	6
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

(Sólo en TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CARDIOVASCULAR):

P.19 - ¿En general, cómo diría Vd. que es su grado de cumplimiento de los tratamientos FARMACOLÓGICOS en materia de salud cardiovascular?	1	2	3	4	5	6
- Muy Bueno.....						
- Bueno.....						
- Regular (ni bueno, ni malo).....						
- Malo.....						
- Muy Malo.....						
- No lo sé.....						

P.20 - ¿Y en relación con el grado de cumplimiento de sus pacientes?	1	2	3	4	5	6
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

P.21 - ¿Es coherente lo que Vd. hace con lo que recomienda a sus pacientes?:	1	2	3	4	5	6
- Totalmente coherente.....						
- Bastante coherente.....						
- Regular ("más o menos").....						
- Poco coherente.....						
- Nada coherente en absoluto.....						
- No lo sé.....						

P.22 - ¿Cree que este hecho es percibido por sus pacientes?:	1	2	3	4
- Si, siempre o casi siempre.....				
- Si, en ocasiones.....				
- No, nunca o casi nunca.....				
- No lo sé.....				

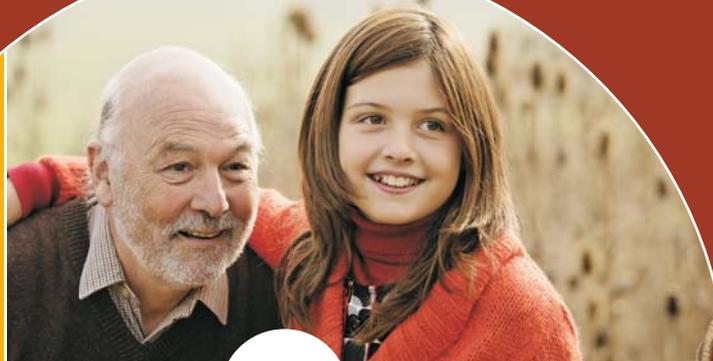
P.23 – Indique si está de acuerdo o no con las siguientes afirmaciones:	Si	No
- La coherencia mejora el cumplimiento y la adherencia de los pacientes a los tratamientos y recomendaciones.....	1	2
- La coherencia aumenta la credibilidad como médico.....	1	2
- La coherencia aumenta el flujo de información (feed-back) con los pacientes	1	2
- La coherencia mejora la relación y el trato con mis pacientes.....	1	2

P.24 - ¿En qué grado diría Ud. que influye en su salud personal, los siguientes factores...?:	Influye Mucho	Influye Algo	Influye Poco o Nada
- Las condiciones laborales (horarios, calendarios, carga de trabajo).....	1	2	3
- El salario.....	1	2	3
- El grado de satisfacción profesional y la identificación con su trabajo de médico.....	1	2	3
- La motivación profesional /científica.....	1	2	3
- La autoestima y la consideración social de los demás.....	1	2	3
- El exceso de responsabilidad que se asume.....	1	2	3
- Otros aspectos que influyen (especificar): _____			

P.25 - ¿Cómo influye su estado de salud personal (físico y anímico) en la calidad de la atención que reciben sus pacientes?	Influye Mucho	Influye Algo	Influye Poco o Nada
- Su grado de atención y concentración en cada caso.....	1	2	3
- El tiempo de consulta que dedica al paciente.....	1	2	3
- El interés por la historia y evolución que sigue el paciente.....	1	2	3
- El trato personal y humano con el paciente.....	1	2	3
- El flujo de información (feed-back) con el paciente.....	1	2	3
- Los errores de diagnóstico o prescripción de tratamientos....	1	2	3
- Otros aspectos que influyen (especificar): _____			

P.26 - A continuación hay una serie de frases sobre su trabajo en Atención Primaria que han dicho otros médicos. Indique el grado de "acuerdo" o de "desacuerdo" que tiene Ud. con cada una de las frases, según esta escala en la que el "1" significa un total desacuerdo y el "5" un total acuerdo con la frase.	1	2	3	4	5
	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo, ni desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo
- "Yo soy muy exigente conmigo mismo en seguir hábitos de vida saludables"	1	2	3	4	5
- "El tiempo que le dedico al paciente en consulta también depende de mi motivación y de mi estado emocional"	1	2	3	4	5
- "Si a los pacientes les recomiendo unas cosas y luego ven que tú no las haces, pierdes mucha credibilidad"	1	2	3	4	5
- "La verdad es que el hecho de ser médico no hace que sea mucho más cuidadoso con mis prácticas y hábitos de prevención CV"	1	2	3	4	5
- "Me gusta implicarme en programas o estudios al margen del trabajo clínico diario"	1	2	3	4	5
- "Mi estado de salud no cambia en nada la calidad de la atención que reciben mis pacientes"	1	2	3	4	5
- "El paciente no tiene porqué ver en su médico un ejemplo o modelo a seguir"	1	2	3	4	5
- "Ver todos los días casos de alto riesgo CV, hace que yo mismo tome medidas preventivas"	1	2	3	4	5
- "Las condiciones laborales y profesionales me hacen perder mucho interés por el trabajo"	1	2	3	4	5
- "Mis pacientes no saben si yo tengo o no tengo hábitos saludables de vida"	1	2	3	4	5
- "La verdad es que con estas condiciones, yo me limito a cumplir con las obligaciones estipuladas en contrato"	1	2	3	4	5
- "El hecho de ponerle a ti mismo como ejemplo (no fumo, hago deporte, como sano... etc.) influye mucho en los pacientes"	1	2	3	4	5
- "La carga y el estrés profesional influyen muy negativamente en mis pacientes y la calidad de mi trabajo"	1	2	3	4	5
- "Yo me cuido a mi mismo en cuanto al control de mis factores de riesgo CV. No es necesario que acuda a otros colegas"	1	2	3	4	5
- "Mantengo un buen equilibrio entre mi trabajo como médico y el resto de actividades de mi vida"	1	2	3	4	5

FIN DEL CUESTIONARIO. MUCHAS GRACIAS.



ESTUDIO CHABS*

**Cardiovascular Health And Behaviors Survey*

**EVALUACIÓN DE LA SALUD CARDIOVASCULAR,
ENTORNO SOCIO SANITARIO Y CONDUCTAS
PREVENTIVAS DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN
PRIMARIA DE CENTROS DE SALUD DEL SNS**



**HIPERTENSIÓN
ARTERIAL
Y POLÍTICA DE
SALUD EN ESPAÑA
ESTUDIO CHABS**

