



## Percepción de Salud y Calidad de Vida en Profesionales de la Salud

**Resumen.** La calidad de vida de los profesionales de la salud es un área que comenzó a evaluarse de manera reciente con múltiples evidencias de una calidad de vida relativamente baja en comparación a otras profesiones. El objetivo del trabajo fue analizar la percepción del estado de Salud y la Calidad de Vida de los trabajadores de un servicio en un Hospital de la Ciudad de Córdoba. Metodología Participaron del presente estudio un total de 70 profesionales pertenecientes a un Servicio del Hospital Nacional de Clínicas. El rango de edad se ubica entre los 26 a 70 años, la mayoría soltero con estudios universitarios finalizados. Se aplicó de manera autoadministrada el instrumento WHOQOL Bref de la OMS. Se dedica entre 4 a 72 horas a la semana a la actividad laboral. Un 19% trabaja más de 41 horas a la semana horas. El 31,4% reconoce encontrarse enfermos. El 11,4% de la población mencionó problemas de salud múltiple, le siguió la mención de problemas de tiroides con un 10%. Dentro de los problemas de salud, se encontraron problemas gástricos, diabetes, problemas de niveles de insulina, hipertensión, migrañas. Se mencionó la ansiedad como un problema de salud psicológico. Para las instituciones de salud es de gran importancia reconocer los factores que inciden en el estado de salud. Los profesionales de la salud se encuentran sometidos a altos niveles de estrés, lo cual puede repercutir en alteración en la salud y afectación de aspectos de su calidad de vida.

**Abstract.** The quality of life of health professionals is an area that began recently assessed how multiple evidence of relatively low quality of life compared to other professions. The objective of this study was to analyze the perception of health status and quality of life of workers of a service in a hospital in the city of Cordoba. Methodology participated in this study a total of 70 professionals belonging to a Service National Clinical Hospital. The age range is between 26 to 70 years, the single most with completed college. It was applied so self-administered instrument WHOQOL Bref WHO. Dedicated between 4-72 hours a week to work activity. 19% work more than 41 hours a week hours. 31.4% said patients found. 11.4% of the population mentioned multiple health problems, followed the mention of thyroid problems. Within 10% of health problems, gastric problems were found, diabetes, insulin levels, hypertension, migraines. Anxiety as a psychological health problem mentioned. For health institutions is of great importance to recognize the factors affecting health status. Health professionals are subject to high levels of stress, which can affect health impaired and impairment of aspects of their quality of life.

### 1. Introducción

A fines de los años setenta y comienzos de los ochenta, la profundización y perfeccionamiento de los indicadores sociales, comienzan a definir el concepto de calidad de vida como integrador y multidisciplinar, este comprendería diferentes áreas de la vida, conformándose por varias dimensiones. El concepto hace referencia a condiciones objetivas y a componentes subjetivos del individuo (Castellón Sánchez Del Pino & Aleixandre, 2001). En la actualidad existen de diversas conceptualizaciones sobre el término, el cual pertenece a un universo complejo, sobre el que se han planteado algunos puntos de consenso, principalmente de la mano de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cual conformó un grupo específico de científicos, dedicados a su investigación, el Grupo WHOQOL.

Chavez, Lorena Paola <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Psicopatología, Facultad de Medicina, Hospital Nacional de Clínicas; Universidad Nacional de Córdoba. Universidad Católica de Córdoba - Unidad Asociada de Ciencias Sociales y Humanidades del CONICET

#### Palabras claves

Calidad de vida; Percepción de salud; Profesionales de la salud.

#### Keywords

Quality of life; Perception of health; Health professionals.

#### Enviar correspondencia a:

Chávez, L.P.

E-mail:

[lorenapaolachavez@gmail.com](mailto:lorenapaolachavez@gmail.com)

El componente objetivo de la CV está determinado por las condiciones socioeconómicas y el componente subjetivo se refiere a la autopercepción del propio sujeto sobre su bienestar individual. Por lo que los parámetros de CV objetiva no son determinantes absolutos en la autopercepción de bienestar individual.

Los niveles de calidad de vida subjetiva pueden encontrar diferencias de los indicadores objetivos. Por ello, como plantea el grupo WHOQOL, es justificado pensar en el término de Calidad de Vida como una representación que describe todo un campo de interés, más que una sola variable.

Cuando estos factores se refieren a personas que padece alguna enfermedad, esto permitiría avanzar sobre procedimientos de atención y tratamientos que revaloricen la percepción de los sujetos y empodere a los mismos (Castellón Sánchez Del Pino & Romero, 2004). Esta visión integrativa otorga a los individuos mayor posibilidad de elección y decisión en la consideración que los mismos tienen sobre su propio bienestar.

Tal y como afirman Trujillo (2004) entre los cambios más importantes en su concepción se encuentra el haber Superado los meros indicadores estadísticos como el Producto Interno Bruto (PIB) o el Ingreso Per Cápita (IPC), para integrar factores como; el bienestar subjetivo, la participación en la vida familiar o en la comunidad, la posibilidad de gozar de una vida autogestionada, larga y sana y las relaciones positivas.

El aporte de algunas investigaciones en América Latina (Trujillo, Tovar, & Lozano, 2004) sugieren que la psicología contribuya al análisis de ejes interrelacionados como:

-La persona y la sociedad, su interacción con los grupos de pertenencia y las instituciones en general e identificar como distintos estilos de vida personales y condiciones del entorno contribuye a que la calidad de vida sumados a los ambientales y culturales.

-Aspectos objetivos-subjetivos: Algunos cuantificables (objetivos), mientras otros suponen valoraciones subjetivas. Este es un eje epistemológico, ya que contempla la interacción con los objetos de su conocimiento, consigo misma o con los demás, con la utilización de la razón o de la experiencia. Es en estos aspectos que se basa el desarrollo de la presente investigación.

Se adhiere a la concepción planteada por los mismos autores en el año 2004 donde expresan que “la calidad de vida objetiva y subjetiva no siempre coinciden ya que también repercuten factores como la influencia del grupo de adscripción y /o los relativos al grupo, cultura, etc.”(Trujillo, Tovar, & Lozano, 2004). En relación a esto, la calidad de vida de cada persona no se apoya únicamente en la familia o en sí mismo, sino también en las diversas instituciones públicas y privadas con las que se relaciona y a las que pertenece.

## 1.1. *Objetivos*

### *General*

Analizar las características de la Calidad de Vida de los trabajadores del Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas de la Ciudad de Córdoba.

### *Específicos*

Describir la percepción de Calidad de Vida y de estado de Salud en los trabajadores del Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas de la Ciudad de Córdoba.

Describir los dominios: físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente de la población en estudio.

Describir los dominios de Calidad de Vida en función de los variables sociodemográficas, la profesión y las horas dedicada a la actividad laboral.

Correlacionar los dominios, con la percepción de Calidad de Vida y la percepción de Estado de salud.

## **2. Metodología**

Los objetivos de este estudio se desarrollaron atento a las prioridades internacionales en materia de investigación sobre Calidad de Vida, salud de los agentes de salud y promoción de hábitos saludables en la población. Para su selección se han consultado las estrategias y políticas diseñadas por los organismos e instituciones más relevantes sobre estas materias.

### *2.1. Enfoque, Tipo de estudio, Diseño*

El presente, es un estudio descriptivo, transversal y observacional. Busca especificar las propiedades y características la Calidad de Vida de los trabajadores del Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas, considerando las dimensiones propuestas, dimensión física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. (Hernandez Sampieri, 2001).

### *2.2. Participantes*

La aplicación del instrumento se hizo en un único momento, sin asignar aleatoriamente los sujetos a la muestra, (Grasso, 1999) dado que se consideró la factibilidad e importancia de trabajar con el universo completo de trabajadores del Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas.

Se revisó previamente el número de trabajadores, a partir del registro aportado desde administración del Servicio. De la totalidad de 75 trabajadores, aceptaron participar voluntariamente del estudio un número de 70 participantes. La muestra constituye así la representación de los trabajadores en actividad del Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas al momento de realizar la investigación, e Incluyó a personal no docente y profesionales.

Los cuestionarios fueron completados durante el periodo de mayo de 2014 a enero del año 2015. Se debió extender el periodo previsto de administración debido a que la asistencia al servicio

disminuyó notablemente durante el receso de vacaciones de invierno (mes de julio) y verano (mes de diciembre y enero).

### 2.3. Instrumento

Se utilizó el instrumento WHOQOL, que fue desarrollado de forma paralela en 15 países y en la actualidad cuenta con versión adaptada en más de 30 lenguas en más de 40 países. Una de sus características de elegibilidad, fue que parte de un marco teórico desarrollado de forma simultánea en distintas culturas, lo que permitiría evaluar la **Calidad de Vida** en una variedad de situaciones y grupos de poblaciones.

**WHOQOL-BREF**: en relación a los estudios de la OMS, se utilizan las versiones españolas del World Health Organization Quality of Life Assessment y WHOQOL-Bref (1998) y en Argentina se utiliza la versión adaptada por la Dra. Silvia Bonicatto en el año 2000 el cual se utilizó en el presente estudio. Se recogen preguntas sobre el modo de vivir, las propias expectativas y las preocupaciones personales. Esta escala diseñada transculturalmente, concede valor a la percepción del individuo, como indicador subjetivo acerca de su propio bienestar.

Se desarrollan de forma específica cuatro áreas generales: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Estos aspectos coinciden con los objetivos del estudio, lo que fue decisivo para su elección frente a otros cuestionarios disponibles sobre salud, que también fueron evaluados en el diseño de los instrumentos.

Se seleccionó la versión abreviada y no la versión de 100 preguntas, por presentar una correlación de aproximadamente 0.9 con respecto a las puntuaciones del WHOQOL-100 y una administración en una menor cantidad de tiempo, lo que hace que esta sea la versión utilizada en las investigaciones actuales de CV. En cuanto a las propiedades psicométricas ambas versiones muestran validez de discriminación, validez de contenido y fiabilidad.

Contiene veintiséis preguntas en total; que incluye una de Calidad de Vida global y otra de salud general y 24 preguntas relacionadas a distintos dominios: *Físico* (Facetas: Dolor y Disconfort, Energía y Fatiga, Sueño y Descanso), *Psicológico* (Facetas: Sentimientos Positivos y Negativos, Imagen Corporal, Autoestima y Pensamiento, Aprendizaje, Memoria y Concentración), *Relaciones Sociales* (Facetas: Relaciones Personales, Soporte Social y Actividad Sexual), y *Medio Ambiente* (Facetas: Seguridad Física, Ambiente Hogareño, Medio Ambiente (Físico, Transporte) .

#### 2.3.1. Dimensiones de Calidad de Vida en el instrumento WHOQOL Bref

La dimensión física es la percepción del estado de salud, y se entiende como la evaluación que hace el individuo de sus posibles enfermedades o ausencia de las mismas, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos de un tratamiento. En esta dimensión, el cuestionario incluye: la percepción del dolor, del tratamiento médico, posibilidad de desplazamiento, energía, sueño y la

satisfacción con el trabajo. Las preguntas incluidas son: “¿hasta qué punto piensas que el dolor te impide hacer lo que necesitas?”, “¿cuánto necesitas de tratamiento médico para funcionar en tu vida?”, “¿tienes energía suficiente para tu vida diaria?”, “¿eres capaz de desplazarse de un lugar a otro?”, “¿cuán satisfecho estás con tu sueño?”, “¿cuán satisfecho estás con tu habilidad para realizar tus actividades en la vida diaria?”, “¿cuán satisfecho estás con tu capacidad de trabajo?”. La dimensión psicológica consiste en la valoración del individuo de su estado cognitivo y afectivo. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como: el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento, la presencia de sentimientos positivos y negativos, la conformidad con la imagen corporal, el pensamiento, el aprendizaje, la memoria y la concentración. Las preguntas del cuestionario relativas a la medida de este factor son: “¿cuánto disfrutas de la vida?”, “¿hasta qué punto sientes que tu vida tiene sentido?”, “¿cuál es tu capacidad de concentración?”, “¿eres capaz de aceptar tu apariencia física?”, “¿cuán satisfecho estás de ti mismo?”, “¿con qué frecuencia tienes sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad y depresión?”.

La dimensión social se refiere a la capacidad de relacionarse con los demás, a través de los roles sociales en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social. En qué posición el individuo piensa que está situado dentro del grupo de amigos y si estas relaciones se consideran satisfactorias o no. Las preguntas han sido: “¿cuán satisfecho estás con tus relaciones personales?”, “¿cuán satisfecho estás con tu vida sexual?”, “¿cuán satisfecho estás con el apoyo de tus amigos?”.

La dimensión ambiental incluye elementos de una organización que pueden interactuar con el ambiente. El individuo analiza la libertad y seguridad, el ambiente físico, los recursos económicos, la oportunidad de información, el ocio y el descanso, el hogar y la atención sanitaria/social. Las preguntas que se plantean en el WHOQOL Bref son: “¿cuánta seguridad sientes en tu vida diaria?”, “¿cuán saludable es el ambiente físico de tu alrededor?”, “¿tienes suficiente dinero para cubrir tus necesidades?”, “¿qué disponible tienes la información que necesitas en tu vida?”, “¿hasta qué punto tienes ocasión de realizar actividades de ocio?”, “¿cuán satisfecho estás con el lugar dónde vives?”, “¿cuán satisfecho estás con el acceso a los servicios sanitarios?”, “¿cuán satisfecho estás con tu transporte?”.

#### *2.4. Procedimiento*

En cada cuestionario se incluyó una hoja de recolección de datos sociodemográficos: como el sexo, edad, la fecha de nacimiento, el máximo nivel educativo alcanzado y el estado civil, u ocupación. Además, se incorporaron otros elementos diseñados ad hoc para la investigación; número de hijos y horas de trabajo. Se indagó sobre el promedio de cantidad de horas semanal dedicado a la actividad laboral en general y cantidad de horas de trabajo el Servicio del HNC atento a los antecedentes que planean la relevancia de este ítem- en relación a la Calidad de vida. Se solicitó a los entrevistados lo enunciaran en un promedio expresado en un número entero.

Es importante aclarar que este instrumento no posee un puntaje total, sino que su análisis propone puntajes para cada uno de los dominios, tampoco se plantea una categorización de los mismos. Sino que se considera a mayor puntaje mayor CV. Se propone un análisis diferente para la pregunta 1 sobre la percepción de la Calidad de Vida y la pregunta 2 sobre la percepción del estado de salud (WHO, 1996).

### 2.5. *Consistencia interna*

La fiabilidad del instrumento fue satisfactoria, obteniéndose un Alpha de Cronbach de 0,76 para el cuestionario total y para cada una de las preguntas entre 0,72-0,76 Respecto a la evaluación de la correlación ítem-test, no se observan correlaciones inversas y destaca con alta correlación una pregunta de la dimensión física ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria? Y dos de la dimensión psicológica ¿Cuánto disfruta de la vida? y ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?. Sólo dos preguntas obtienen correlaciones inferiores a 0,4, una de estas es ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual ?.

En relación a los resultados de consistencia interna según dimensiones también se obtienen valores adecuados mayores a 0,7 La mayor correlación ítem-test se encuentra en la dimensión psicológica, que al eliminarla del cuestionario provocaba la mayor disminución de la consistencia interna.

### 2.6. *Scoring del Cuestionario WHOQOL-BREF*

Produce un perfil con 4 ítems puntuados (salud física, psicológica, relaciones sociales y ambientes) y 2 ítems individuales sobre la percepción de la calidad de vida y salud. Los 4 ítems son puntuados en una dirección positiva del 0 al 100, los puntajes más altos muestran una mayor calidad de vida. Así también, los 2 ítems individuales son escalados en una dirección positiva, con una puntuación del 1 al 5, los puntajes más altos denotan una alta calidad de vida.

Para calcular los puntajes de los ítems se suman los puntajes obtenidos en cada pregunta, es decir, las preguntas que corresponden según ítems son las siguientes:

Salud Física:  $[6-(Q3)]+ [6-(Q4)]+ Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$

Salud Psicológica:  $Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + [6-(Q26)]$

Relaciones sociales:  $Q20 + Q21 + Q22$

Ambiente:  $Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$

Se utiliza la letra Q y número de la pregunta en el cuestionario para identificar cada reactivo del cuestionario, por ejemplo pregunta n° 3 es igual a Q3. Luego para transformar los puntajes de los 4 ítems a la escala de 0 a 100 se utilizan los rangos más altos de cada ítem y se utiliza una regla de 3.

En cambio para las variables de percepción (Calidad de vida y salud personal) se transforma el adjetivo en porcentaje (Muy malo = 20%, Malo = 40%, Regular o Normal= 60%, Bueno = 80% y Muy

bueno = 100%) Cada esfera es evaluada de manera independiente. La OMS acepta como valores saludables aquellos que se encuentran por encima del 60%.

### *2.7. Autorización para el uso del cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL-BREF*

Los instrumentos WHOQOL son proporcionados a través de los centro WHOQOL que participaron en el desarrollo de dicho instrumento. Se requiere permiso para usar la versión adaptada a la lengua y contexto, a otorgarse por el centro nacional correspondiente. Tanto la ayuda técnica, como manuales de análisis están disponibles para quien, con autorización previa del centro, lo solicite. Para obtener el permiso de uso de cualquiera de las versiones, es necesario entrar en contacto directo con los centros WHOQOL del país.

Se realizó la solicitud correspondiente para la autorización de uso del cuestionario para la presente investigación, la cual cuenta:

- Con la autorización del centro WHOQOL de Argentina ciudad de La Plata, otorgado por el Lic. Juan José Soria representante de la directora del centro Dra. Silvia Bonicatto a través del cual se envió el proyecto con objetivos, procedimientos y análisis de datos.
- Aprobación y aval del Jefe de Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas para la realización del trabajo de campo.

### *2.8. Procedimiento de recolección de datos*

El presente estudio inició con una fase de contacto e información al Jefe del Servicio en la que se explicó los fines y los objetivos de la investigación, el uso de la información y se respondieron a las inquietudes respecto al tema. Posteriormente a la autorización correspondiente para la realización del estudio, se finalizó con el proceso de diseño y se seleccionó las opciones de muestreo.

A pesar de la inestimable colaboración del personal administrativo, que brindó la información relativa a horarios, días de atención, durante el transcurso del estudio no siempre ha resultado sencillo contactar y entrevistar a los profesionales, debido a la constante rotación de los mismos. Se encontró que los profesionales en general asisten en distintos días u horarios, y en función a la agenda de pacientes, por lo que a veces no se encontró al profesional en el día asignado, debiendo retornar a la semana siguiente o establecer una comunicación telefónica. En temporada de invierno (mes de julio) y verano (diciembre-enero) la asistencia se redujo de manera considerable, y se consultó para ello el registro de licencias informadas.

Puede mencionarse que la mayoría de los trabajadores sólo permanecen en el Servicio durante horario de atención en consultorio, por lo que se debió considerar el inicio del horario de atención para solicitar completar el cuestionario, se consultó la grilla de distribución de consultorios.

Antes de completar la encuesta algunas de las inquietudes más frecuentes fueron sobre: los objetivos de la investigación y si los cuestionarios eran anónimos, generando este último punto

algunas suspicacias iniciales. Comentarios similares surgieron en relación a la pregunta sobre horas de trabajo dedicadas al trabajado en el Hospital. Tras la explicación de los recaudos en relación confidencialidad de los datos, la mayoría aceptó participar de la investigación. Los cuestionarios fueron recogidos en sobre cerrados identificados únicamente con un número de orden, de esta manera se estableció un criterio de confidencialidad en la identidad de quienes participaron en la investigación.

### 2.9. *Análisis de datos*

Se han utilizado medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación) para analizar las variables ordinales y de intervalo.

Para el análisis medidas descriptivas (media, desviación estándar y coeficiente de variación). Se utilizó el software estadístico INFOSTAT. Para evaluar la fiabilidad del instrumento aplicado a la población en estudio se determinó el alfa de Cronbach total y también de los 4 dominios.

Las variables del instrumento se analizaron de acuerdo a la naturaleza de las mismas, utilizando medidas de resumen para las variables mensurables y frecuencias de presentación para las variables categóricas. Las comparaciones se efectuaron por prueba T, y el análisis paramétrico (ANOVA) o test no paramétrico de acuerdo a la distribución de las variables mensurables. En todos los casos se utilizó un nivel de confianza del 95 % para el análisis de significación.

## 3. Resultados

### 3.1. *Características sociodemográficas*

Participaron un total de 17 hombres y 53 mujeres todos pertenecientes al Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas de la Ciudad de Córdoba. Este número refleja un 75,7% de género femenino con un sobre un 24,3% de sexo masculino en actividad en el Servicio. El rango de edad de los trabajadores se ubica entre los 26 a 70 años. Más de la mitad de la presenta 35 años o menos siendo el valor con mayor frecuencia en una distribución de datos los 30 años.

El instrumento propone un análisis en función del al estado civil; el porcentaje de personas que mencionan un estado civil Soltero, con el 41% (29 sujetos) un 34,3%(24 sujetos) Casados, un 12,9%(9 sujetos) que refieren Pareja y finalmente 11,4% (8 sujetos) que mencionan estar Separado o divorciado.

Se realizó una recategorización de las opciones de respuestas en relación a estar en pareja o no considerando lo propuesto en los antecedentes, separando aquellos que “No viven en pareja” de aquellos que “Viven en Pareja”. A continuación se detalla cada grupo:

- No viven en pareja; se incluyó las opciones “Soltero”, “Separado”, “Divorciado” y “Viudo”.
- Vive en Pareja: incluye las opciones “Casado” y “Vive en Pareja”.



Se observa una frecuencia similar entre quienes NO VIVEN EN PAREJA 37 sujetos, 52,9% y quienes VIVEN EN PAREJA 33 sujetos con el 47,1%.

Del total de la población el 54,3% no tienen hijos. Y de aquellos que mencionaron tener hijos, la mayoría tiene entre 1 y 2 hijos.

### 3.2. Profesión

El cuestionario propone una distinción entre Profesión y Ocupación, posibilitando la inclusión de actividades múltiples, o diferentes a la profesión. La mayoría de los profesionales pertenecen a Lic. en Psicología con un 55,7%, 28,6% son médicos (entre especialistas y en formación) y otras 15,7% pertenecientes a otras profesionales en las cuales se encontró nutricionista, psicomotricista. Puede decirse que 91,4% constituyen profesionales del área de salud mental específicamente.

### 3.3. Horas de trabajo

En relación a la cantidad de horas de trabajo, se consideró un promedio total de horas semanales y un promedio de horas dedicadas a actividad en el Hospital.

### 3.4. Semanal total

Los entrevistados dedican entre 4 a 72 horas a la semana a la actividad laboral, siendo 32 horas semanales la cantidad de horas más frecuente dedicada. Del total de la población un 19% trabaja más de 41 horas a la semana horas.

### 3.5. Semanal HNC

Los entrevistados dedican entre 2 a 49 horas a la semana a la actividad laboral en el hospital, siendo 13 horas la cantidad de horas más frecuente dedicada en el HNC. Del total de la población un 25,7% trabaja en promedio 10 horas, y un 21,4% refiere trabajar 20 horas. La mayoría de los profesionales, no asisten todos los días de la semana y la cantidad de horas se distribuye en relación a la disponibilidad de espacio.

### 3.6. Horas en relación a la profesión

Los 39 psicólogos entrevistados dedican 30 horas a la semana en promedio a su actividad laboral de las cuales 14 horas son en el Hospital. Como mínimo dedican 4 horas semanales y un máximo de 35 horas semanal.

Los 20 médicos entrevistados dedican en promedio 43 horas a la semana a su actividad laboral de las cuales 15 horas son en el HNC. Como mínimo dedican 6 horas semanales y un máximo de 72 horas semanal.

Los 11 profesionales restantes dedican en promedio 30 horas a la semana a su actividad laboral y 25 horas en el HNC. Con mínimo 10 horas semanal, y un máximo de 50 horas semanal.

En relación a la pregunta “¿Está actualmente enfermo/a?”, contenida en la hoja de recolección de datos, el 68,6% de la muestra niega estar enfermo al momento de realizar el cuestionario, el 31,4% reconoce encontrarse enfermos al momento de realizar el cuestionario.

Para la pregunta “Si tiene algún problema de salud, cuál es?”. Se tomó aquellas personas que mencionan Si en la opción de encontrarse enfermo y se numeró los problemas de salud mencionados.

Se encontró que 4 personas que respondieron NO en considerarse enfermo mencionaron en este ítem igualmente algún problema de problema de salud.

Se categorizaron los resultados de los problemas de salud mencionados según lo sugerido por el grupo WHOQOL en cuanto a la mención de Ningún problema de salud con una frecuencia de 44 personas 62,9%, mención de Problemas de Salud Físicos 24 personas 34,2% y mención de Problemas de Salud Psíquico 2,9% 2 personas. Ningún sujeto mencionó problemas psicológicos y físicos.

El 11,4% de la población mencionó problemas de salud físico múltiple, los que se computaron en la categoría “2 a más problemas de salud físico”. Le sigue la mención de problemas de tiroides con un 10%. Dentro de los problemas de salud, se identificaron problemas gástricos, diabetes, problemas de niveles de insulina, hipertensión, migrañas. Se mencionó la ansiedad como un problema de salud.

### 3.7. Descripción de los reactivos de Calidad de Vida

El WHOQOL Bref es un cuestionario de 26 ítems que se ha redactado con formato Escala tipo Likert, puntuando 1 a las respuestas relativas a la insatisfacción y 5 a la Valoración positiva de los ítems. El instructivo del cuestionario plantea un nivel de satisfacción en las respuestas, y plantea el análisis de las preguntas sobre la percepción de calidad de vida y sobre el estado de salud por separado.

Se realizó primero un análisis de las frecuencias y estadísticos de los reactivos y se identificó aquellos que presentan una frecuencia elevada de respuestas por sobre el nivel de satisfacción y aquellas por debajo del nivel de satisfacción y aquellas frecuencias llamativas.

Con respecto a si el dolor físico ha limitado para hacer las actividades un 4% plantea que se ha limitado “mucho” y un 20 % reconoce que más o menos ha limitado el hacer las actividades.

Con respecto a la necesidad de realizar algún tratamiento médico para realizar las tareas el 71% refiere no haber necesitado. En relación a disfrute con la vida, el 30% manifiesta que más o menos o poco (20 y 1 respectivamente), 20 personas consideran que su vida tiene muchísimo sentido con un 28%.

En relación al ítems “En qué medida siente que su vida tiene sentido”, 26 personas refieren haberse podido concentrar “más o menos“ en las actividades y 3 “poco”; con un porcentaje acumulado de 41% por debajo del nivel de satisfacción.

Con respecto al reactivo, “Siente que el entorno en que vive y se mueve es seguro” 29 personas consideran que “más o menos” y 7 personas consideran que “poco” seguro con un porcentaje acumulado del 51% en relación a la tranquilidad y la seguridad personal.

En relación a si “Se ha sentido con energía para hacer sus actividades diarias?”, 34 personas consideran que “más o menos” energía y 8 personas con poca energía, con un porcentaje acumulado de 60%.

En relación a si “Está conforme con su aspecto físico” 35 consideran que “más o menos”, 4 consideran que “poco” y 1 que “nada”, con un porcentaje acumulado de 57%.

En relación a si “Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades” el 74% se encuentra por debajo de la medida de satisfacción con frecuencias de 39 personas respondieron “más o menos”, 12 personas “poco” y 1 persona “nada”.

Si consideran que es fácil en su mayoría la accesibilidad a la información con un 78% de personas que consideran mucho y muchísimo.

Se identifica reactivos con frecuencias por sobre el nivel de satisfacción en los siguientes ítems; 17 personas poseen una percepción muy buena en relación a “Cómo es su calidad de vida” con un porcentaje de 24%, 16 personas consideran que están muy conformes en relación al ítem “Está conforme con el apoyo que le brindan sus amigos” un 23%, y 23 personas consideran estar “muy conformes en relación a, “Está conforme con las características de su vivienda” un 33%. En relación a “Está conforme con lo que duerme”, el 21,4% menciona estar “desconforme” o “muy desconforme” con lo que duerme.

A continuación se realiza una selección de reactivos considerando su valor cualitativo y en función de las frecuencias encontradas.

El 49,6% de la población considera que tiene más o menos o poca oportunidad de realizar actividades recreativas (de placer). Solo 4 personas consideran que disponen de “muchísimo” oportunidad de realizar actividades recreativas.

Con respecto a la percepción de la suficiencia de dinero para cubrir las necesidades. Se observa un 74,3% de insatisfacción con relación al dinero. En relación al descanso se observa 47,1% no llegan a estar conformes con la cantidad de horas de descanso al momento de la administración.

### *3.8. Percepción de Calidad de Vida y Salud*

#### *3.8.1. Percepción de Calidad de Vida*

Respecto de la Calidad de Vida Global (CVG) y Calidad de Vida en Salud (CVS) y tal como lo sugiere el Grupo WHOQOL, éstas preguntas fueron analizadas en forma independiente (Preguntas 1 y 2, respectivamente, del instrumento WHOQOL-BREF) .En la pregunta 1 “¿Cómo es su Calidad de Vida?”. Del total, 47 de los profesionales perciben la calidad de vida como buena conformando un

67% y 17 profesionales la perciben muy buena 24% frente a 6 profesionales que la consideran más o menos 9%. Ningún participante consideró su calidad de vida mala o muy mala.

### 3.8.2. *Percepción del Estado de Salud*

Respecto a la percepción del estado de salud, 40 participantes manifiesta estar conforme con su estado de salud, 11 muy conforme con el estado de Salud, mientras que 14 se encuentra más o menos conforme y 5 desconforme con el estado de salud. Lo que indica que del total, 17 personas no se encuentran suficientemente conforme o está desconforme con su estado de salud lo cual constituye un 27 % de la población.

## 4. **Discusión**

Los profesionales de la salud tienen un rol importante y primordial en contribuir a mejorar y/o mantener la calidad de vida del paciente y su familia. Pero ¿qué ocurre con la calidad de vida de las los mismos?, ¿Mantienen un equilibrio interno que les permita considerar su calidad de vida como adecuada?, ¿Influye la carga de trabajo y el tiempo disponible (Chango, 2013) Desde 1998 el Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL) con el desarrollo de los cuestionarios de calidad de vida (WHOQOL-100 y WHOQOL BREF) señalaba que entre los grupos prioritarios a ser evaluados tanto los pacientes portadores de enfermedades crónicas y terminales como el personal de salud que es identificado claramente como un grupo de alto riesgo (Barros, 2013).

El estudio de la calidad de vida a una población de profesionales de la salud mental presenta la dificultad de “traducir” un concepto complejo y ambiguo a un colectivo con ciertas particularidades, por ello resultó favorable a los fines contar con un número representativo de profesionales del Servicio con un 95% del total de la población.

Al detenernos en la muestra, esta presenta algunas características que resultan recurrentes con los hallazgos en otras investigaciones en cuanto al género: el número superior de casos de sexo Femenino, el cual representa el 75,7% de la población algo conforme con lo reportado en los ingresos a las carreras del área de ciencias de la salud, donde paulatinamente se ha invertido la proporción hombre-mujer en el último decenio (en 1980 los hombres representaban 57% de ingresos a carreras del área de la salud y para 1997 pasaron al 40%,11 hoy las mujeres predominan en todas estas áreas). Lo mismo ha sido mencionado en investigaciones realizadas en grupo de residentes (Albanesi De Nasetta, 2005 & Arias Amaral, 2008) enfermeros (Bueno Eurich, 2008 & Lenka Andrades Barrientos, 2007), médicos (Stumm Fernandes, 2013 Albanesi y Nasetta, 2008) de otras especialidades (Chango, 2013). El análisis de variables sociodemográficas desarrollado en otras investigaciones mostró que el género tuvo correlación significativa con la calidad de vida (Bueno Eurich, 2003), en la presente no se evidenció correlación estadística atendible aunque la Percepción de la salud presentó puntajes inferior en las mujeres frente a sus pares hombres.

El menor número de profesionales se encuentra entre los 46 años o más con un 15% identificándose una disminución progresiva del número de profesionales en relación a la edad con un 51,4% de 30 a 35 años, 32,9% de 36 a 45 años y más de 46 años un 15,7%.

Este dato puede explicarse en relación a que la mayoría los profesionales realizan su formación en especialidad en esta institución, permanecen para adquirir experiencia solo durante los primeros años de profesión. También puede responder a factores asociados a las características institucionales y condiciones de trabajo, las cuales no son objeto de esta investigación. Se propone considerar estas variables para investigaciones futuras atendiendo a factores que inciden en la ocupación.

No se observó una relación estadísticamente atendible entre la edad y los factores de calidad de vida. Se destaca un porcentaje elevado de personas solteras con el 41%, casados 34,3% un 12,9% viven con una pareja estable y el 11,4% restante está separada o divorciada.

No se identificó una diferencia atendible en cuanto a si viven en pareja o no, como se sugiere en antecedentes pertenecientes a otras poblaciones (Andrades Barrientos, 2007) donde una de las variables que resultó predictoras para la Calidad de Vida fue la situación de pareja. Aquellos que viven en pareja presentan puntajes similares en cuanto a la CV, estado físico y las dimensiones. Contrasta con otros estudios en población general y con patología (Cuevas, 2003) en los que se encontraron diferencias a favor de los casados o a vivir en pareja, aunque principalmente este factor es valorizado en poblaciones de adulto mayor. El afecto entre la pareja genera sentimientos y pensamientos positivos, se cuenta con una mejor autoestima y en general los problemas propios de la vida son muchas veces mejor afrontados si son compartidos con la pareja. Una pareja estable es un elemento importante de apoyo social. A su vez, un estudio concluyó que las relaciones humanas significan condicionantes potencializadoras de la Calidad de Vida, específicamente desde la perspectiva del trabajo. Por otro lado, el hecho de mantener una relación de pareja, permite vivir y disfrutar de la sexualidad de manera más estable. En relación a ese reactivo el 67,2% se encuentra conforme con su vida sexual.

Se incluyó la pregunta sobre la cantidad de hijos. El 54,3% no tienen hijos y 45,7% tienen hijos. Entre ellos la mayoría tiene 2 hijos. Podría pensarse el apoyo de la pareja, principalmente en la crianza de los hijos y las tareas domésticas. Mientras que en otro estudio se observó que los médicos residentes con hijos mostraban menos sentimientos de depresión que los médicos residentes sin hijos (Arias Amaral, 2008 & Prieto-Miranda, 2009)

En cuanto a la carga promedio total de trabajo semanal, los datos revelan que los profesionales llegan a tener una carga horaria promedio intensa superiores a las 50 hs, que puede considerarse como una realidad alarmante, indicando una excesiva carga de trabajo que puede traer repercusiones negativas actuales y futuras para la calidad de los servicios, la salud física y mental de estos profesionales. En otras investigaciones se plantea una afectación creciente a partir de las 40 hs

semanales. (López-Morales, 2007). Así mismo como plantean otras investigaciones las frecuencias de los factores laborales explorados que interfieren en la vida personal muestran que más del 50% de los profesionales sienten que el número de horas de trabajo la distorsiona su calidad de vida (López-Morales, 2007). Furuta De Marco plantea en el 2008 en Brasil una menor calidad de vida a mayor cantidad de horas de trabajo, esto mismo fue citado en otros trabajos (Henning, 2009; p. 102-110) y en Argentina (Baldi López, 2010).

Los entrevistados de nuestra investigación consideran dedicar en promedio 33 horas y media a la semana a su actividad laboral, lo cual marca una media dentro de los parámetros saludables. Con mínimo 4 horas semanal promedio, y un máximo de 72 horas semanal promedio. Del total de la población un 22,9% trabaja 30 horas, seguido por un 18,6% que refiere trabajar 35 horas, 50 horas semanales o más con un 12% de la muestra lo que pudiere implicar una jornada de 10 a 14 horas por día. En cuanto al trabajo en el HNC en promedio dedican la mitad de tiempo, 16 horas a la semana. Con mínimo 2 horas semanal promedio, y un máximo de 49 horas semanal promedio.

Del total de la población un 25,7% trabaja 10 horas, seguido por un 21,4% que refiere trabajar 20 horas. Es importante aclarar que la mayoría de los profesionales, no asisten todos los días de la semana, lo cual indica la presencia de pluriempleo, algo referido en otras investigaciones en los profesionales de la salud. (Barros, 2013 & Leiter, 1996)

Los psicólogos son los que dedican menos cantidad de horas al trabajo en total y en el Hospital, y similar cantidad de horas en el hospital y fuera de él. Otras profesiones como Lic. en Nutrición, trabajador social, son los que trabajan mayor cantidad de horas dentro del hospital. La mayor dedicación a la actividad laboral, principalmente es observada aquellos que se encuentran en periodo de formación, con la realización de guardias, o en profesiones asociadas a la cirugía.

Los médicos son los que dedican más cantidad de horas a trabajar por semana, con un promedio muy superior a los psicólogos y otras profesiones, lo cual es mencionado en otras investigaciones (Barros, 2013 & Leiter, 1996).

Para las instituciones de salud es de gran importancia reconocer los factores que inciden en la calidad de vida ya que el trabajo es una actividad humana individual y colectiva que requiere de esfuerzos, aptitudes y tiempo que los individuos llevan a cabo a cambio de compensaciones económicas y materiales, pero también psicológicas y sociales que contribuyen a sus necesidades. En particular los profesionales de la salud se encuentran sometidos a altos niveles de estrés, lo cual puede transformarse en situaciones de insatisfacción y afectación de aspectos de su calidad de vida.

La investigación sobre la calidad de vida es importante porque el concepto está emergiendo como principio organizador que puede aplicarse a la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas.

La revisión de la bibliografía sobre este tema nos muestra la necesidad de seguir avanzando a nivel nacional sobre el estudio de la calidad de vida de profesionales de la salud, considerada como

una población expuesta a niveles elevados de estrés y particularmente a agentes pertenecientes al ámbito de la salud mental, por lo que se considera la presente investigación un aporte en tal sentido.

## 5. Referencias

- Arias Amaral j. Et al.(2008) *Calidad de vida en médicos residentes en un hospital de tercer nivel*. Medicina interna de México. núm. 24(1);pp 16-21 (versión electrónica). [recuperado abril 2016]. Disponible en [www.cmim.org/boletin/pdf2008/medintcontenido01\\_05.pdf](http://www.cmim.org/boletin/pdf2008/medintcontenido01_05.pdf)
- Abellán, A. (2003). *Percepción del estado de salud*. Rev. Multigerontología (versión electrónica) may. núm. 13(5): pp. 340-342. [Recuperado abril 2016]; Disponible en <http://digital.csic.es/bitstream/10261/10500/1/g-13-5-007.pdf>
- Aigner, M. (2006). *What does the whoqol-bref measure?*. Social psychiatry & psychiatric epidemiology (version electronica), núm. 41(1);pp.81-86. [Recuperado abril 2016] Disponible en <http://search.epnet.com>.
- Albanesi de Nasetta S. N. (2005) *Medical residents and quality of life*. Vertex (versión electrónica). [Recuperado en febrero 2016]; núm 16(62);pp. 245-250. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16077865>
- Albanesi de Nasetta S. N. (2005) *Percepción de calidad de vida profesional en trabajadores de la salud*. Alternativas, tercera época. (Versión electrónica). Universidad nacional de San Luis, Argentina. [Recuperado en enero 2016];núm. 17(28). Disponible en <http://www.alternativas.me/index.php/numeros/28t/27-1-percepcion-de-calidad-de-vida-profesional-en-trabajadores-de-la-salud>
- Andrades Barrientos, L; Valenzuela Suazo, S.(2007) *Factores asociados a calidad de vida de enfermeras hospitalarias chilenas*. Rev. Latino. Enfermagem (Versión electrónica). núm 15 (3): pp. 480-486. [Recuperado noviembre 2015]; Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0104-11692007000300018&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0104-11692007000300018&lng=en). [Http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692007000300018](http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692007000300018).
- Baldi López, G.(2010) *Percepción de la calidad de vida en una muestra de individuos residentes en la región de cuyo, Argentina*. Fundamentos en humanidades.(Versión electrónica); núm 11(22);pp. 179-194. [Recuperado en noviembre 2015]. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18419812011>> issn 1515-4467.
- Bonicatto, S., Zaratiegui, R., Lorenzo, L., & Pesina, P. (2000). *Evaluación de calidad de vida en pacientes con depresión mayor: predictibilidad de los niveles de severidad*. Acta psiquiátrica y psicológica de américa latina. (versión electrónica), núm 46(4), pp. 318-324. [Recuperado enero 2016] Disponible en <http://www.bireme.br>.
- Barros,M., Araújo, M., Johann, R. (2013) *El cuidador necesita atención: estudio sobre la calidad de vida en profesionales de la salud mental*. Psicología e Saúde (versión electrónica). núm 5(1): pp. 32-39.Universidade Federal de Sergipe, Campo Grande. [Recuperado enero 2016]. Disponible en <http://pepsic.bvsalud.org>.
- Bueno, E. R., Kluthcovsky A. (2008) *Avaliação da qualidade de vida de acadêmicos de graduação em Enfermagem do primeiro e quarto anos: influência das variáveis sociodemográficas*. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul (Version electronica). núm 30( 3 ): pp 211-220. [Recuperado febrero 2016]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082008000400010&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000400010&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082008000400010>.
- Castellón Sánchez del Pino, a., & Aleixandre, M. (2001). *Calidad de vida y salud*. Multidisciplinar de gerontología (versión electrónica), núm1(1), 12-19. [Recuperado febrero 2016]. Disponible en <http://www.nexusediciones.com>.
- Castellón Sánchez Del Pino, A., & Romero, V. (2004). *Autopercepción de la calidad de vida*. Multidisciplinar de gerontología (version electrónica), núm 14(3), pp. 131-137. [Recuperado febrero 2016]. Disponible en <http://www.nexusediciones.com>.
- Chango, D., Pancha, F., & Paredes, E. (2013). *Evaluación comparativa de la calidad de vida entre anestesiólogos y cirujanos generales que trabajan en hospitales públicos del segundo y tercer nivel del distrito metropolitano de quito por medio del test whoqol – bref*, (Tesis) [recuperado en julio 2015]. Disponible en <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1084/1/T-UCE-0006-43.pdf>
- Cuevas Fernández F.(2003) *Percepción de la calidad de vida de los pacientes hipertensos: factores influyentes* (Tesis). Disponible en <ftp://tesis.btbk.ull.es/ccpytec/cp197.pdf>
- Galli, D. (2005). *Autopercepción de calidad de vida: un estudio comparativo*. Psicodebate psicología, cultura y sociedad (version electronica), Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Palermo. núm(6), 85-106. [Recuperado febrero 2016]. Disponible en <http://dspace.palermo.edu>.
- Gentile, G. (2013). *Bienestar y calidad de vida relacionada con la salud en una muestra urbana de jóvenes*. [Recuperado el abril de 2015]. Disponible en <http://zagan.unizar.es>

- González Pérez U.(2002) *El concepto de Calidad de Vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud*. Rev. Cub. Salud Públ. (version electronica), núm 28(2): pp.157-175 [Recuperado enero 2016], Disponible en <http://scielo.sld.cu>.
- Grasso L.(1999) *Introducción a la estadística en ciencias sociales y del comportamiento*. Cap. 9. Córdoba capital. Taller de publicaciones de la facultad de filosofía y humanidades. Universidad Nacional De Córdoba.
- Group, Whoqol. (1998). *Development of the world health organization whoqol-bref quality of life assessment. The whoqol group*. Revista psychological medicine (version electronica), núm. 28(3),pp 551-558[Recuperado enero 2016]. Disponible en <http://www.bireme.br> .
- Grupo Whoqol . (1993). Study protocol for the world health organization project to develop a quality of life assessment instrument (whoqol). Quality of life research. (version electronica). núm 2, pp 153-159. [Recuperado febrero 2016].Disponible en <http://www.scielo.org.ar>.
- Henning, M., Hawken S, Hill A. (2009).*The quality of life of New Zealand doctors and medical students: What can be done to avoid burnout?*. New Zealand Medical Journal (version electronica), núm 122(1307): pp. 102-110 [Recuperado abril 2016]; Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20148052>
- Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C. (2004) *Metodología de la investigación*. Tercera edición. Ed. Mexico DF: Mc Graw Hill.
- Leiter, M., & Shaufeli, W. (1996). *Consistency of the burnout construct across occupations.anxiety, systress and coping* (version electronica), num 9, pp. 229-[Recuperado abril 2016]. Disponible en <http://www.wilmarschaufeli.nl/>.
- López-Morales A. Et al.(2007) *Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas*. Rev. Med inst.(versión electrónica), núm 45: pp. 233-242 [Recuperado en abril 2016]; Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im073e.pdf>
- Trujillo S, Tovar C, Lozano M. (2014) *Formulación de un modelo teórico de la calidad de la vida desde la psicología*. (versión electrónica), núm 3(1):89-98. Universitas psychologica. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. Colombia. [Recuperado en abril]; Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/647/64730109.pdf>.
- Schwartzmann, L. (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales*. Ciencia y enfermería (versión electrónica), núm 9(2), pp. 9- 21. [Recuperado abril 2016]. Disponible en <http://dx.doi.org>.
- Trujillo, S., Tovar, C., & Lozano, M. (2004). *Formulación de un modelo teórico de la calidad de la vida desde la psicología*. Universitas psychologica (versión electrónica), Pontificia Universidad Javeriana, Bogota Colombia, núm 3(1), pp. 89-98. [Recuperado abril 2016] Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/647/64730109.pdf>.
- Vasconcelos-Silva A., Todorov João C., Silva R. (2012). *Cultura organizacional: a visão da análise do comportamento*. Rev. Bras. Ter. Comport. Cogn. (versión electrónica), núm 14( 2 ):pp. 48-63 [Recuperado nov 2015]; Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1517-55452012000200005&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1517-55452012000200005&lng=pt).
- Who. (1996). *Whoqol-bref. Introduction, administration, scoring and generis versión of the assessment*.
- Whoqol. (2005). *Medición de la calidad de vida. Instrumento de calidad de vida de la OMS*. Whoqol-100 Y Whoqol-Bref.
- Whoqol Group. (1998). *Development of the world health organization whoqol-bref quality of life assessment. The whoqol group*. Psychological medicine (versión electrónica), núm 28(3), p.551.[Recuperado abril 2016]. Disponible en <http://www.bireme.br>.