



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA (UAI)
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA FARMACOLÓGICA

**TRABAJO FINAL DE CARRERA PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MAGISTER
EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA FARMACOLÓGICA**

TÍTULO:

**SALUD PSÍQUICA Y FÍSICA EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD EN DOS
UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE CABA**

MAESTRANDO:

TUYSUZ GALVEZ, FABIÁN IGNACIO

TUTOR:

KLIMOVSKY, EZEQUIEL

TUTOR EXTERNO:

CANOVA BARRIOS, CARLOS

AGOSTO, 2020

Tabla de contenido

Resumen	3
Introducción	¡Error! Marcador no definido.
Justificación	8
Marco teórico y antecedentes	10
Objetivos	14
<i>Objetivo Primario</i>	14
<i>Objetivos Secundarios</i>	14
Hipótesis	15
Materiales y métodos	16
<i>Tipo de estudio</i>	16
<i>Población y muestra</i>	16
<i>Criterios de inclusión y de exclusión</i>	16
<i>Instrumento</i>	17
<i>Variables</i>	19
<i>Definición operacional de las variables</i>	20
<i>Análisis de datos y procesamiento estadístico</i>	21
<i>Aspectos éticos</i>	23
Resultados	24
Discusión	30
Conclusión	32
Bibliografía	34
Anexos	42
<i>Cuestionario SF 36</i>	43

Resumen

En el marco de la salud ocupacional, se ha buscado generar entornos de trabajo que sean seguros para los trabajadores, con el objetivo de evitar que el trabajo dañe a la salud y que el deterioro de esta influya en el desempeño profesional. Surge como medida para evaluar el estado de salud psico-física de las personas, la Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

El objetivo del presente trabajo es analizar la calidad de vida relacionada con la salud en una muestra de médicos y enfermeros(as) de dos unidades de cuidados intensivos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. El presente es un estudio analítico, transversal y cuantitativo.

Se utilizó el cuestionario SF-36 en su versión en español y validado para la población hispanoparlante. Participaron 95 profesionales de dos UCIs, de una institución privada (58%) y el restante, de una institución pública. La mayoría fueron mujeres (57%), médicos (37%) con una edad media de 42 años y con título máximo pregrado y grado (59%). La dimensión vitalidad fue la peor percibida (53,3) y la función física fue la mejor evaluada (87,8). Asimismo, las dimensiones que conforman el componente físico presentaron una mejor evaluación frente a las del componente mental. Las variables sexo (hombre), edad (>40 años), presencia de enfermedades crónicas, titulación (médico), carga horaria de trabajo (>40 horas semanales) y antigüedad laboral (>11 años), influyen negativamente sobre la calidad de vida relacionada con la salud.

Se concluye que es necesario implementar estrategias tendientes a reducir el impacto de la actividad laboral sobre la salud psíquica y física de los profesionales de la salud, estableciendo estrategias de promoción de la salud y prevención de los riesgos psicosociales y ergonómicos conocidos, y adecuando las cargas y la duración de las jornadas de trabajo para preservar la integridad del trabajador de la salud.

Palabras clave: Calidad de vida, Unidades de cuidados intensivos, Enfermeras y Enfermeros, Médicos, Salud laboral.

Introducción

El concepto de salud ha ido evolucionando con el paso del tiempo, transitando desde su concepción mágico-religiosa de las culturas primitivas ⁽¹⁾, hasta nuestra época, donde es considerada como “como un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades” ⁽²⁾.

En el marco de la salud ocupacional, se ha buscado generar entornos de trabajo que sean seguros para los trabajadores, con el objetivo de evitar que el trabajo dañe a la salud y que el deterioro de esta influya en el desempeño profesional ⁽³⁾. El impacto ocasionado a la salud puede ser medido usando diversidad de indicadores objetivos y subjetivos, siendo la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) una medida integradora de ambas, generando un indicador del bienestar global del trabajador ⁽⁴⁾.

La calidad de vida relacionada con la salud es definida como “la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permite realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar” ⁽⁵⁾. La calidad de vida relacionada con la salud está integrada por aspectos como el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad, el cuidado personal, y el bienestar emocional ⁽⁶⁾. En una definición más sencilla, Trujillo et al., la caracterizan como “la satisfacción de un individuo con los aspectos físicos, sociales, y psicológicos de su vida, en la medida en que estos se afectan o se ven afectados por su salud” ⁽⁷⁾.

Según Román citado por Trujillo et al., podría decirse que la calidad de vida relacionada con la salud es el valor asignado por individuos, grupos de personas o la

sociedad a la duración de la vida modificada por las deficiencias, los estados funcionales, las percepciones y las oportunidades sociales, que están influidas por la enfermedad, las lesiones, el tratamiento médico y/o las políticas sanitarias, por lo cual se reconoce que es un concepto eminentemente subjetivo, que debe ser evaluado preguntándole a la persona sobre sí misma ⁽⁷⁾.

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud es un fenómeno emergente en la literatura médica, con una historia que apenas llega a las tres décadas ⁽⁸⁾. En los últimos tiempos se ha producido un incremento progresivo de las publicaciones sobre calidad de vida relacionada con la salud como una herramienta de medición de este nivel de bienestar y para la evaluación de los sistemas de salud desde una perspectiva social.

Actualmente, las investigaciones realizadas en torno a la medición de la calidad de vida relacionada con la salud han estado orientadas sobre tres enfoques principales:

- Como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad, determinada sobre su calidad de vida en general.
- Para evaluar el efecto de un tratamiento en diversos ámbitos de la vida del paciente, y sobre su bienestar físico, emocional y social.
- Para identificar y evaluar las necesidades de atención a la salud de la población, con la implantación de políticas y programas tendentes a mejorar el nivel de salud.

La incorporación de la calidad de vida relacionada con la salud representa uno de los avances más importantes en materia de evaluación de la salud, y en los últimos años, ha sido usada como una forma de medir el impacto de las condiciones de trabajo (duración de la jornada, carga de trabajo, poliempleo) sobre la salud del trabajador ⁽¹⁰⁾. En el caso

de los profesionales de la salud, el deterioro en la salud psico-física, limita el potencial para prestar una atención sanitaria de calidad, derivando en el debilitamiento de los servicios asistenciales y el aumento en la morbilidad y mortalidad de los pacientes ⁽¹¹⁻¹²⁾, influye en aspectos extralaborales como la relación de pareja y con la familia, tiempo destinado al ocio y los hábitos de sueño ⁽¹³⁻¹⁵⁾.

Actualmente, la República Argentina por cada 10,000 habitantes cuenta con 39,6 médicos y 25,8 enfermeros (técnicos y licenciados), ascendiendo esta última a 42,4 si se cuentan los auxiliares de enfermería, y una razón de 0,56 enfermeros/médico ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Sin embargo, Aunque la cantidad de médicos es superior a la media de la región, la distribución en el territorio nacional es inequitativa, mientras, respecto al personal de enfermería, como se mencionó, el 48% de estos son auxiliares y ayudantes, evidenciando la carencia de profesionales enfermeros y esta carencia se profundiza, cuando de profesionales capacitados en atención al paciente críticamente enfermo se habla.

Respecto al entorno de trabajo en las unidades de cuidados intensivos (UCIs), se han reportado decenas de factores que afectan la salud de los trabajadores y que incluyen elevadas cargas físicas de trabajo y largas jornadas de pie, alto nivel de estrés derivado de los eventos de muerte, sufrimiento y dolor, el impacto emocional en el desempeño del rol, la sobrecarga de trabajo, los conflictos con compañeros de trabajo y los superiores, desconocimiento del manejo de un equipamiento médico, la falta de personal para cubrir adecuadamente las demandas del servicio, el alto nivel de dependencia de los pacientes, el miedo a cometer un error, ansiedad ante la incertidumbre en un entorno complejo, y la nula presencia de programas para prevenir y tratar el impacto de estos factores, lo cual resalta la necesidad de realizar un diagnóstico situacional para entender mejor el impacto de estos factores sobre la salud del personal ⁽¹⁸⁻²²⁾.

Por todo lo anterior, se planteó la necesidad de responder a la pregunta ¿Cuál es el impacto de las condiciones medioambientales y de la jornada de trabajo, sobre la salud física y psíquica de los médicos y enfermeros dos unidades de cuidados intensivos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina?

Justificación

Es sabido que el personal de la salud es susceptible a presentar problemas de salud mental y física que impactan de manera importante en las esferas que componen la calidad de vida, afectando las relaciones familiares, laborales, e interpersonales y generando malestar físico manifestado en diversidad de formas ⁽²³⁻²⁴⁾.

La calidad de vida relacionada con la salud en el entorno laboral es un concepto que surge a mediados de los años setenta, debido a la necesidad de humanizar los entornos de trabajo con especial atención en el desarrollo del recurso humano y la mejora de la calidad de vida, lo que dio origen al movimiento de calidad de vida laboral y la calidad del empleo ⁽²⁵⁾.

Gran parte de los estudios realizados han buscado analizar el impacto de las enfermedades sobre la salud física y psíquica de los pacientes con diversas patologías crónicas y agudas, en las esferas que integran la calidad de vida, sin embargo, poco se ha realizado para estimar el impacto de la carga de trabajo sobre la salud percibida por el trabajador de las ciencias de la salud. Lo anterior, trae consigo la pérdida de capital humano en las organizaciones de salud ⁽²⁶⁾.

Un estudio realizado en Cuba, y publicado en el año 2014, mostró que el trabajo impactaba negativamente sobre la salud general, la vitalidad, la prevalencia de dolor corporal y la salud mental de los trabajadores; mientras en esa muestra, no se encontró impacto negativo de la jornada laboral sobre la función física, la función social, el rol físico y el rol emocional ⁽⁷⁾.

Se han descrito factores que contribuyen con el deterioro de la salud de los trabajadores pudiendo mencionarse el agotamiento emocional, la despersonalización, las jornadas laborales extensas, el sexo masculino y la carga de trabajo elevadas. Por el contrario, altos niveles de realización personal y buena calidad de vida, dan lugar a la mejora de la salud física y mental de profesionales sanitarios lo que, a su vez, redundaría en la calidad de la asistencia prestada por el personal de salud, así como su nivel de productividad y menores índices de ausentismo ⁽²⁷⁾.

Marco teórico y antecedentes

Son conocidos los distintos riesgos a los cuales se expone un trabajador en su centro de trabajo y en el caso de los profesionales de la salud, estos son diversos y abarcan desde aspectos psicosociales (como estrés), químicos, biológicos hasta ergonómicos. Es bien definida la compleja, incierta y recíproca relación entre la salud y el trabajo, y en los profesionales sanitarios, se busca una no afecte a la otra, y derive en dificultades en la ejecución del rol profesional, ausentismo y baja productividad.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la salud ocupacional se define como:

“...es una actividad multidisciplinaria dirigida a promover y proteger la salud de los trabajadores, mediante la prevención y el control de enfermedades y accidentes y la eliminación de los factores y condiciones que ponen en peligro la salud y la seguridad en el trabajo. Además, procura generar y promover el trabajo seguro y sano, así como buenos ambientes y organizaciones de trabajo, realizando el bienestar físico, mental y social de los trabajadores y respaldando el perfeccionamiento y el mantenimiento de su capacidad de trabajo. A la vez que busca habilitar a los trabajadores para que lleven vidas social y económicamente productivas y contribuyan efectivamente al desarrollo sostenible. La salud ocupacional permite su enriquecimiento humano y profesional en el trabajo.” ⁽²⁸⁾

Los riesgos de trabajo difieren del lugar y área de desempeño del trabajador y pueden derivar en enfermedades ocupacionales que pueden incidir en los problemas de salud preexistentes, o que pueden derivar en la implementación de conductas poco saludables como el hábito tabáquico, sedentarismo y dietas poco saludables ⁽²⁸⁾.

Los empleadores por su lado deben no solo proveer de atención sanitaria a sus trabajadores, sino también, del diseño e implementación de estrategias tendientes a la mitigación del riesgo mismo como servicios de vigilancia médico-ocupacional que detecten precozmente las enfermedades, y revengan los traumatismos ocupacionales y relacionados con el trabajo.

Según los datos de la OMS, aproximadamente un 70% de los trabajadores carecen de seguros de salud que pudiesen indemnizarlos en caso de enfermedad laboral, y los problemas de salud derivados del trabajo, ocasionan pérdidas que van del 4 al 6% del producto interno bruto de los países. Respecto al costo de la atención de estos trabajadores, se estima cuestan entre 18 y 60 dólares por trabajador ⁽²⁹⁾. Tan solo en el año 2018 en la República Argentina, se informaron 126,191 accidentes en el trabajo y 669 muertes relacionadas con estos ⁽³⁰⁾.

En las grandes organizaciones de salud, las características propias distinguen el abordaje de las problemáticas de otros tipos de instituciones, e incluso, entre instituciones con fines similares, y en áreas cuyo funcionamiento es 24 horas por día, 7 días a la semana y donde se está en contacto frecuente con el sufrimiento y la muerte, siendo las áreas cerradas (unidades de cuidados intensivos, salas de emergencia, unidades coronarias, entre otras).

Según la OMS, en la región de las Américas se concentra cerca de 21 millones de trabajadores de la salud, de los 59,2 millones de profesionales a nivel mundial. En la República Argentina según datos del Ministerio de Salud, se cuenta con 172,502 médicos y 179,170 enfermeros, estos últimos, distribuidos en 19,730 licenciados, 73,373 técnicos y 86,073 auxiliares ⁽¹⁶⁾. Por otro lado, en Argentina se cuenta con cerca de 950 unidades de terapia intensiva y cerca de 8500 camas ⁽³¹⁾, siendo estas las de interés para el presente trabajo de posgrado.

Como fue mencionado anteriormente, se han reportado decenas de factores que afectan la salud de los trabajadores en las unidades cerradas que incluyen elevadas cargas físicas de trabajo, largas jornadas de pie, alto nivel de estrés derivado de los eventos de muerte, sufrimiento y dolor, el impacto emocional en el desempeño del rol, la sobrecarga de trabajo, los conflictos con compañeros de trabajo y los superiores, desconocimiento del manejo de un equipamiento médico, la falta de personal para cubrir adecuadamente las demandas del servicio, el alto nivel de dependencia de los pacientes, el miedo a cometer un error y ansiedad ante la incertidumbre en un entorno complejo ⁽¹⁸⁻²²⁾.

Es difícil estimar el peso de las áreas de trabajo cerrada en los profesionales, en parte por el pluriempleo que genera disparidad en la generación de los datos, la existencia de enfermedades preexistentes que genera sintomatología confusora, y sumado, a que en la región de América Latina, solo se notifica entre el 1 y el 5% de las enfermedades profesionales, principalmente aquellas que originan incapacidad o que ameritan de indemnización, generando un subregistro que deriva en datos poco fiables ⁽³²⁾.

La producción de datos y su posterior análisis, sirve para la producción de información que permita la toma de decisiones en salud que incidan sobre los procesos de morbilidad y mortalidad en los sujetos mencionados. Esto, es dificultado por la producción de datos insuficientes, diagnóstico deficiente y ausencia de reconocimiento de las enfermedades del trabajo. Si esto es sumado a la precarización laboral en los entornos de salud y la falta de reporte de los accidentes laborales por parte de los propios trabajadores, generan un panorama complejo y desconocido.

Llama aún más la atención la prevalencia de errores detallada en la literatura derivada de la baja calidad de vida relacionada con la salud, por ejemplo, da Silva & Kimura detallan que los profesionales envueltos en errores en la medicación mostraban

mayor afectación en los dominios de la calidad de vida relacionada con la salud ⁽³³⁾, así como accidentes ocupacionales ⁽³⁴⁾. También se describe que la baja calidad de vida relacionada con la salud afecta los niveles de ausentismo ⁽³⁵⁾.

Como fue referido, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud llegó al campo sanitario como una medida para evaluar el bienestar de los pacientes como respuesta a los cuidados de la salud, y se ha extrapolado al campo laboral como medida del seguimiento de las fluctuaciones en la salud de los trabajadores ⁽³⁶⁾.

Por un lado, se considera que la calidad de vida relacionada con la salud es una parte de la Calidad de Vida en general, mientras, también se las ha considerado como sinónimos, al asumir que ambos constructos, evalúan similares dimensiones. Sin embargo, en las ciencias médicas, la calidad de vida relacionada con la salud es usada para evaluar los cambios como resultados de intervenciones médicas o para establecer el impacto de la enfermedad o ciertas condiciones relacionada con ésta, en la vida diaria ⁽³⁷⁾. Surge entonces la necesidad de mantener óptimas condiciones de vida para los trabajadores y este indicador puede ser y ha sido usado para tal fin en diversidad de estudios ^(3,4,7,8,23,33,34).

Se espera que los datos del presente estudio contribuyan con el conocimiento del impacto de las variables laborales sobre la calidad de vida de los trabajadores de la salud de las unidades de cuidados intensivos.

Objetivos

Objetivo Primario

Analizar el impacto de las condiciones medio-ambientales y de la jornada de trabajo, sobre la salud física y psíquica de los médicos y enfermeros de dos unidades de cuidados intensivos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Objetivos Secundarios

Identificar las características sociodemográficas y laborales de los trabajadores de la salud de la unidad de las Unidades de Cuidados Intensivos de interés.

Describir el comportamiento de las dimensiones que componen la calidad de vida relacionada con la salud de los trabajadores encuestados.

Analizar la relación entre las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil y tenencia de hijos) y las dimensiones Función física, Rol físico, Dolor corporal, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional, Salud Mental, y Evolución Declarada de la salud que componen la salud física y psíquica de los trabajadores.

Analizar la relación entre las características laborales (centro de trabajo público o privado, duración de la jornada de trabajo, antigüedad laboral, nivel de formación) y las dimensiones Función física, Rol físico, Dolor corporal, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional, Salud Mental, y Evolución Declarada de la salud que componen la salud física y psíquica de los trabajadores.

Hipótesis

Las hipótesis que se manejarán para el presente estudio son:

- Hipótesis 1: A mayor carga de trabajo, se espera hallar mayores niveles de afectación sobre la salud psico-física de los trabajadores de las Unidades de Terapia Intensiva indagados.
- Hipótesis 2: Las mujeres presentarán menor grado de afectación al ser comparados con los hombres.
- Hipótesis 3: La dimensión Función Física presentará un bajo nivel de afectación, mientras, las dimensiones Vitalidad y/o Salud General, se verán afectadas negativamente.

Materiales y métodos

Tipo de estudio

Estudio analítico, transversal, con enfoque cuantitativo.

Población y muestra

La población de interés fueron los profesionales que trabajan en las Unidades de Cuidados Intensivos - Adulto (UCI-A) de la CABA.

La muestra estuvo conformada por el personal médico y de enfermería de dos Unidades de Cuidados Intensivos - Adulto (UCI-A) de dos instituciones sanitarias de tercer nivel de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La muestra estuvo integrada por 40 personas de la institución pública y 55 de la institución privada, para un total de 95 sujetos. Esta muestra es correspondiente al 100% de los trabajadores de esta área de estas dos instituciones.

Criterios de inclusión y de exclusión

Como criterios de inclusión se consideró: ser Técnico en Enfermería/Enfermero profesional, Licenciado en Enfermería, o Médico; ser personal estable de la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto y acceder a ser parte de la investigación de manera voluntaria.

Como criterio de exclusión, se consideró a los auxiliares de enfermería (si los hubiere), pasantes, practicantes o personal que se encuentre realizando suplencias en los

servicios, trabajadores con menos de 6 meses de antigüedad en el servicio y, no acceder a ser parte del estudio de manera voluntaria.

Instrumento

Se utilizó el cuestionario SF-36 en su versión en español. Este ha sido utilizado en diversos estudios y ha sido validado para la población argentina. ⁽³⁸⁻³⁹⁾.

Este es un instrumento genérico que contiene 36 ítems que cubren ocho dimensiones del estado de salud y proporcionan un perfil de este. Sus ítems detectan tanto estados positivos como negativos de la salud. Para cada dimensión, los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global.

La modalidad de aplicación de este cuestionario permite que sea autoadministrado, en una entrevista o por comunicación telefónica, proporciona una manera eficiente y psicométrica la medición de la salud desde el punto de vista de la persona a evaluar puntuado respuestas estandarizadas, representa ocho conceptos de salud más relevantes incluidos en el Medical Outcomes Study (MOS), y cada aspecto a evaluar que la compone de dos a diez ítems y una compuesta por un solo ítem de transición de salud declarada que no se utiliza para puntuar ninguno de los ocho conceptos ⁽⁴⁰⁾.

Los ítems de la escala SF-36 están puntuadas de forma que a mayor puntuación mejor estado de salud. Se resalta que siete de los ítems han de ser puntuados a la inversa para asegurar que un valor más alto indique mejor estado de salud y se mantenga la consistencia en todos los ítems a evaluar (Imagen I).

Para el cálculo de las puntuaciones, después de la administración del cuestionario, hay que realizar los siguientes pasos:

- Homogeneización: De las respuestas mediante la recodificación de los 10 ítems que lo requieren, con el fin de que todos los ítems sigan el gradiente de a mayor puntuación, mejor estado de salud.
- Cálculo del sumatorio: De los ítems que componen la escala (puntuación cruda de la escala).
- Transformación lineal: De las puntuaciones crudas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100 (puntuaciones transformadas de la escala).

Imagen I. Dimensiones del SF-36.

Cuadro I
ESCALAS DEL ESTADO DE SALUD E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS BAJOS Y ALTOS. ENCUESTA DE SALUD SF-36

Conceptos	No. de preguntas	Significado de los resultados	
		Bajo	Alto
Función física	10	Mucha limitación para realizar todas las actividades físicas incluyendo bañarse o vestirse debido a la salud	Realiza todo tipo de actividades físicas, incluyendo las más vigorosas, sin limitantes debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy severo y extremadamente limitante	Ausencia de dolor o limitaciones debido a dolor
Salud general	5	Evalúa la salud personal como mala y cree que probablemente empeorará	Evalúa la salud personal como excelente
Vitalidad	4	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia frecuente y extrema con las actividades sociales normales debido a problemas físicos y emocionales	Realiza actividades sociales normales sin interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias como resultado de problemas emocionales
Salud mental	5	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo
Transición de salud notificada	1	Cree que su salud es mucho mejor ahora que hace un año	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año

Nota: traducción adaptada y modificada de The MOS 36-Item Short Form Health Survey (SF-36).¹⁰

Fuente: Vilagut et al., (2005), pp. 137 ⁽⁴¹⁾

Respecto al tiempo de aplicación, responder el cuestionario toma entre 10 y 15 minutos siendo rápido y sencillo de responder.

Variables

Las variables de interés para el presente trabajo fueron las siguientes:

- *Caracterización sociodemográfica:* Edad, sexo, estado civil, hijos (si - no), nivel de instrucción (pregrado – grado).
- *Caracterización laboral:* horas de trabajo semanales, poliempleo, antigüedad laboral, cargo.
- *Calidad de vida relacionada con la salud:* función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental y transición de salud.

Definición operacional de las variables

- *Caracterización laboral:* Son las características relacionadas con el empleo que ejerce el sujeto, las cuales incluyen carga de trabajo (en tiempo), cargo ocupado, poliempleo y antigüedad laboral.
- *Calidad de vida relacionada con la salud:* nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud.
- *Función física:* Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, levantar o llevar objetos pesados, y los esfuerzos moderados e intensos.
- *Rol físico:* Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.
- *Dolor corporal:* La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.

- *Salud general:* Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.
- *Vitalidad:* Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.
- *Función social:* Grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
- *Rol emocional:* Grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
- *Salud Mental:* Salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general.
- *Evolución declarada de la salud:* Valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás.

Análisis de datos y procesamiento estadístico

Los datos recolectados fueron tabulados en una base de datos en el programa Microsoft Excel. Luego, fueron analizados usando el programa estadístico Infostat versión libre.

El análisis descriptivo se realizó describiendo los hallazgos usando medidas como la media, mediana, desviación estándar (DE), y frecuencias absolutas y relativas.

Se realizó el procedimiento descrito en el apartado *Instrumento* y la *Imagen I*, y se analizó utilizando los test estadísticos: las pruebas test de Wilcoxon y Kruskal Wallis para el análisis de las dimensiones del instrumento tal y como se muestra en la siguiente

tabla. Además, se calculó el IC95% para las variables que integran la calidad de vida relacionada con la salud (variable dependiente).

Test	Variable independiente		Variable dependiente	
Test de Wilcoxon	Sexo	Hombre	CVRS	Función Física Rol Físico Dolor Corporal Salud General Vitalidad, Función Social Rol Emocional Salud Mental Transición de Salud
		Mujer		
	Edad*	<40 años		
		>41 años		
	Hijos	Si		
		No		
	Poliempleo	Si		
		No		
	Nivel de instrucción	Grado		
		Pregrado		
	Institución	Pública		
		Privada		
Enfermedades crónicas	Si			
	No			
Kruskal Wallis	Estado civil	Soltero		
		Casado/Unión Libre		
		Divorciado		
		Viudo		
	Cargo	Técnico en Enfermería		
		Licenciado en Enfermería		
		Médico		
	Horas de trabajo por semana**	<40 hs		
		41-60 hs		
>61 hs				

*Se dividió a fines del análisis estadístico a los trabajadores en <40 años y >41 años usando como base la media de la edad de la población de médicos y enfermeros (entre 40 y 45 años) disponible en el Informe del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud (2015). Además, la media de edad de la muestra del presente estudio fue de 42 años.

**La carga horaria fue estratificada en función de la legislación vigente que indican una asignación horaria en terapia intensiva entre las 36 y las 40 horas (Decreto 11 de Marzo 1930, Art. 6, inciso 15; Resolución 2038/ 2014). Dada la distribución de las horas informadas por los profesionales, se estratificaron los resultados en un 30% superior a la carga horaria (12 horas diarias / 5 días por semana) y superior al 31% (>12 horas día o >61 horas semanales).

Se diseñaron cuadros de doble entrada usando las variables dicotómicas y la calidad de vida relacionada con la salud (Buena, Mala) y se aplicó la prueba de Chi² para identificar asociaciones entre las variables.

Se aplicó el test de Correlación de Pearson para identificar correlación entre las variables numéricas (edad, antigüedad laboral, antigüedad en el servicio y carga horaria semanal de trabajo) y las dimensiones que componen la calidad de vida relacionada con la salud.

Aspectos éticos

Se solicitó a los participantes su consentimiento informado previo a la entrega del instrumento. No se solicitaron datos filiatorios con la finalidad de proteger la identidad del participante y garantizar el diligenciamiento sin presiones. Al ser un estudio observacional no se puso en riesgo algunos a quienes accedieron a responder la encuesta. La investigación se llevó a cabo sujeta a las leyes 25 326 y 26 529, leyes de protección de datos personales y derechos del paciente ^(42,43), a la declaración de Helsinki ⁽⁴⁴⁾ y Resolución 1480/11 del Ministerio de Salud de la Nación ⁽⁴⁵⁾.

Resultados

La muestra estuvo integrada por 95 sujetos, de los cuales el 58% fueron trabajadores de una institución privada, mayoritariamente mujeres (57%) y médicos (37%). La media de edad fue de 42 años (DE: 8,42), con un rango comprendido entre los 24 y los 60 años. Respecto a la formación, el 59% refiere poseer título máximo pregrado y grado; el porcentaje restante se distribuye entre especialistas (22%), magisters (17%) y doctores (2%). El 17% declaró tener alguna enfermedad crónica, siendo la hipertensión arterial la más común. En la Tabla I, se muestra la caracterización sociodemográfica discriminada por institución.

Tabla I. Caracterización sociodemográfica.

Variable	Categoría	Institución	
		Pública (n: 40, 42%)	Privada (n: 55, 58%)
Edad		45,38 años (DE: 8,27)	39,71 años (DE: 7,75)
Sexo	Hombre	20 (50%)	18 (33%)
	Mujer	20 (50%)	37 (67%)
Profesión	Técnico(a) en Enfermería	14 (35%)	15 (27%)
	Licenciado(a) en Enfermería	9 (23%)	22 (40%)
	Médico	17 (43%)	18 (33%)
Nivel máximo de estudios alcanzado	Pregrado-Grado	22 (55%)	34 (61%)
	Posgrado	18 (45%)	21 (39%)
Enfermedad crónica	Si	10 (25%)	6 (11%)
	No	30 (75%)	49 (89%)

Respecto a la caracterización laboral, la media de antigüedad en el servicio fue de 9,6 años (DE: 7,3) y antigüedad laboral promedio de 14,7 años (DE: 8,4). Se encontró que la media de horas de trabajo por día fue de 11 horas (DE: 5,7) y 5 días de trabajo por semana, para un total de 47 horas (DE: 21,6) promedio de trabajo semanal, con un mínimo de 18 y un máximo de 102 horas de trabajo por semana (7 sujetos reportaron más de 96 horas de trabajo semanal).

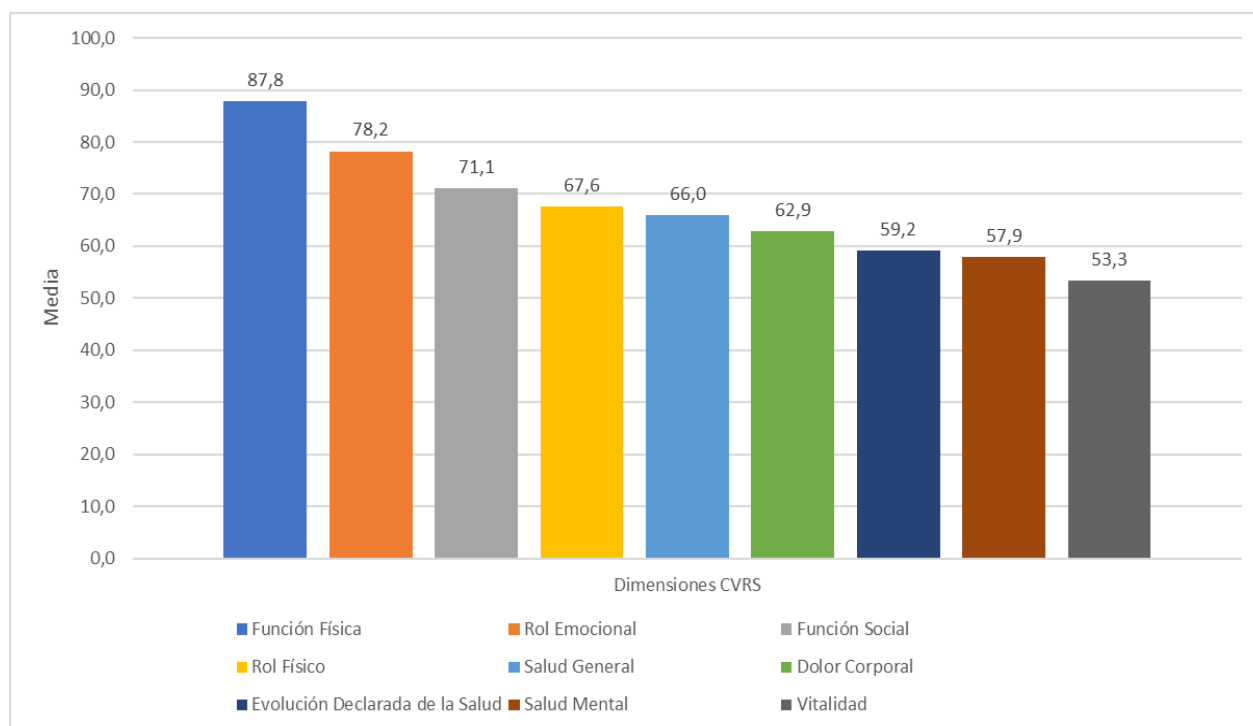
Respecto a la Calidad de vida relacionada con la salud, la dimensión Vitalidad fue la peor percibida con una media de 53,3 (DE: 15,5; IC95%: 50,2-56,5) y la dimensión Función Física fue la mejor evaluada con una media de 87,8 (DE: 14,9; IC95%: 84,8-90,9) (Tabla II). Las dimensiones vitalidad, salud mental y transición de salud mostraron una media que las categoriza como en riesgo de baja calidad de vida relacionada con la salud (50 ± 10).

Tabla II. Comportamiento de las dimensiones de la CVRS.

Resumen de medidas (Componentes)	Dimensión	Media (DE)	mediana	IC95%	Mínimo	Máximo
Salud Física	Función Física	87,8 (14,9)	95	84,8-90,9	30	100
	Rol Físico	67,6 (37,5)	75	59,9-75,2	0	100
	Dolor Corporal	62,9 (22,2)	62	58,4-67,5	10	90
	Salud General	66,0 (17,6)	67	62,5-69,7	17	100
Salud Mental	Vitalidad	53,3 (15,5)	55	50,2-56,5	5	85
	Función Social	71,1 (22,4)	75	66,6-75,7	25	100
	Rol Emocional	78,2 (36,3)	100	70,8-85,6	0	100
	Salud Mental	57,9 (14,5)	60	55,0-60,9	16	80
Transición de la salud	Evolución Declarada de la Salud	59,2 (23,3)	61	54,5-63,9	0	100

DE: Desviación estándar. **IC:** Intervalo de Confianza

Imagen II. Media de las Dimensiones de la CVRS.



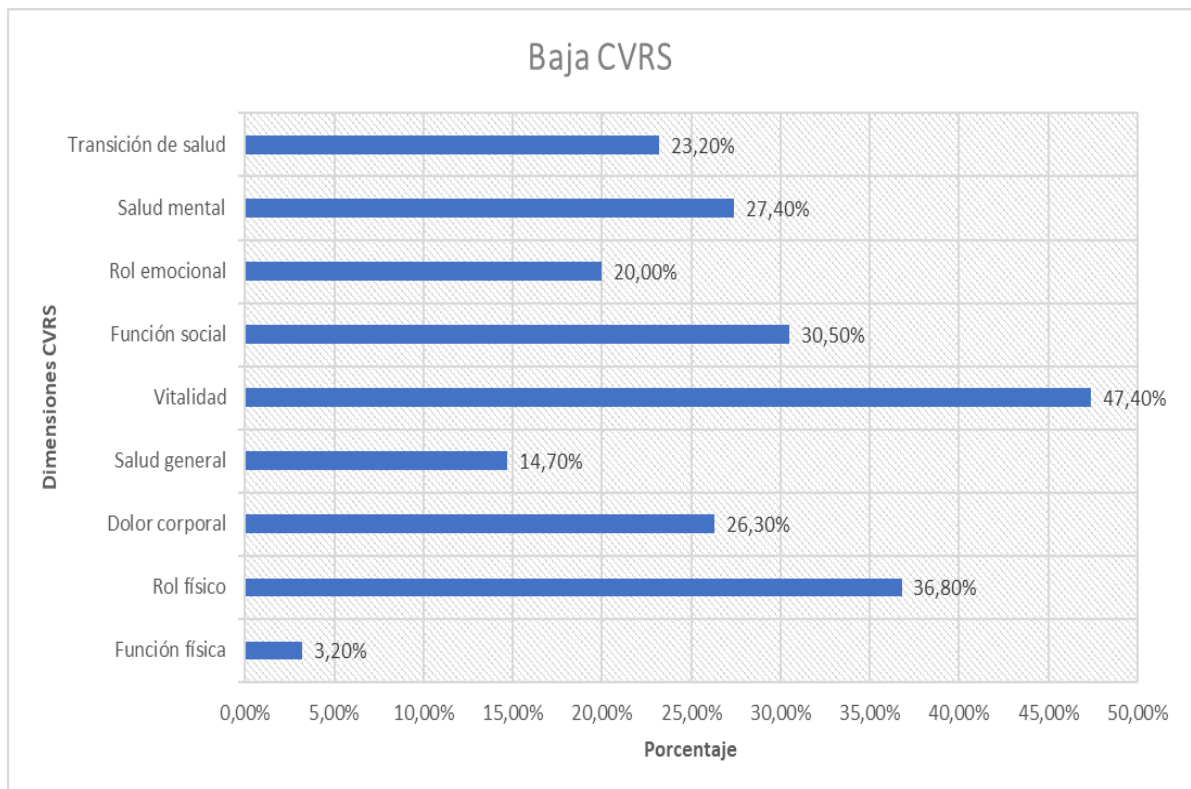
La función física fue la dimensión con mejor evaluación general, hallándose que el 96,8% de los encuestados presentaron puntajes por encima de 50, mientras, la dimensión vitalidad, fue la peor evaluada con un 47,4% de la muestra con puntajes por debajo de 50. Los datos completos se muestran en la Tabla III e Imagen III.

Tabla III. Categorización de la CVRS.

Dimensión	Baja CVRS		Alta CVRS	
	N	%	N	%
Función física	3	3,2%	92	96,8%
Rol físico	35	36,8%	60	63,2%
Dolor corporal	25	26,3%	70	73,7%
Salud general	14	14,7%	81	85,3%
Vitalidad	45	47,4%	50	52,6%
Función social	29	30,5%	66	69,5%
Rol emocional	19	20,0%	76	80,0%
Salud mental	26	27,4%	69	72,6%
Transición de salud	22	23,2%	73	76,8%

CVRS: <50, Alta CVRS: >51.

Imagen III. Baja CVRS por dimensión.



Al aplicar la prueba de U de Mann-Whitney-Wilcoxon para muestras independientes, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones que componen la CVRS según el tipo de centro, público y privado ($p > 0,05$). Respecto al sexo, las mujeres presentaron medias superiores en las dimensiones rol físico (57,2 vs 74,6; $p: 0,05$), salud general (62,3 vs 68,6; $p: 0,05$) y función social (65,4 vs 75,0; $p: 0,02$). Las personas menores de 40 años ($n: 38$) presentaron mejor evaluación de la dimensión función física (91,1 vs 85,7; $p: 0,03$) y en aquellas con enfermedad crónica diagnosticada, se hallaron menores puntuaciones en las dimensiones función física (78,4 vs 89,8; $p: 0,007$), rol físico (53,1 vs 70,5; $p: 0,05$), dolor corporal (52,0 vs 61,1; $p: 0,03$), salud general (52,3 vs 68,8; $p: 0,001$), función social (60,1 vs 73,4; $p: 0,03$) y salud mental (51,0 vs 59,3; $p: 0,02$).

Se aplicó la prueba de Kruskal Wallis para identificar diferencias estadísticamente significativas en las medias de las variables con más de dos categorías, encontrándose

respecto de la profesión que los técnicos en enfermería presentaron una mejor salud general con una media de 72,9 en comparación con médicos y licenciados(as) en enfermería con 62,9 y 63,7, respectivamente ($p: 0,03$).

Respecto a la carga horaria de trabajo, se dividió a la muestra en tres grupos (<40 horas, 41 a 60 horas y >61 horas semanales de trabajo) y se encontró en términos generales que, a mayor carga horaria, las medias de las dimensiones que componen la calidad de vida relacionada con la salud disminuyen, sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Se aplicó la prueba de χ^2 categorizando a la muestra en dos grupos: <40 horas semanales de trabajo y >41 horas semanales de trabajo, y no se encontraron relaciones entre esta variable y las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud ($p>0,05$).

Para analizar la relación entre la antigüedad en el servicio y la calidad de vida relacionada con la salud, se aplicó un test de correlación de Pearson. Se encontró una correlación negativa entre la antigüedad laboral y la Función Física ($r: -0.22$, $p: 0.0362$), es decir que a mayor antigüedad menor es la calidad de vida en esta dimensión, experimentando los profesionales mayor grado de limitación para realizar las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, levantar o llevar objetos pesados, y los esfuerzos moderados e intensos (Tabla IV). Por otro lado, se encontró una correlación positiva entre la antigüedad y la transición en el estado de salud ($r: 0.22$, $p: 0.0287$), es decir que, a mayor antigüedad en el servicio, mejor es la evolución del estado de salud de los trabajadores (Tabla IV).

Tabla IV. Test de Correlación de Pearson, Antigüedad laboral vs Dimensiones de la CVRS.

Variable 1	Variable 2	Pearson	p-valor
Antigüedad en el servicio	Función Física	-0,22	0,0362
	Rol Físico	0,07	0,4960
	Dolor Corporal	-0,06	0,5574
	Salud General	-0,2	0,0577
	Vitalidad	0,04	0,6894
	Función social	-0,06	0,5520
	Rol emocional	-0,1	0,3160
	Salud mental	-0,11	0,2874
	Transición de salud	0,22	0,0287

NS: $p < 0.05$

No se encontró correlación entre la antigüedad laboral en la profesión y las dimensiones que componen la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. La edad se correlacionó negativamente con la Función Física (r : -0,31, p : 0,0022), mientras, la carga horaria de trabajo semanal se correlacionó positivamente con esa misma dimensión (r : 0,25, p : 0,0129).

Discusión

Los trabajadores de la salud se enfrentan en sus centros de trabajo a riesgos de accidentes, enfermedades transmisibles, violencia, estrés y diversidad de otros factores que impactan sobre su salud psíquica, física y emocional ⁽⁴⁶⁾. Surge el concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud como una manera de realizar un seguimiento al impacto de los factores relacionados con el empleo sobre la salud del trabajador.

En el presente estudio se pudo constatar una alta afección de las dimensiones que integran el componente mental de la calidad de vida relacionada con la salud, los cual coincide con los hallazgos de Burgos et al., quienes encontraron una afectación de las variables del componente mental que las sitúa dentro de los parámetros de baja calidad de vida relacionada con la salud ⁽⁴⁾.

Al comparar los resultados de este trabajo con el reporte de Augustovski et al., todas las dimensiones con excepción de transición del estado de salud mostraron un menor puntaje evidenciando un peor estado de salud percibido en los profesionales sanitarios en comparación con la población general ⁽³⁸⁾.

Trujillo et al., hallaron una mayor afectación en las dimensiones salud general, vitalidad, dolor corporal y salud mental y una mejor evaluación en las dimensiones función física y rol emocional ⁽⁷⁾.

Por el contrario, Viltres & Rodríguez, reportan una mejor evaluación de las dimensiones del componente mental que del físico, contrastando con el presente estudio donde se halló lo contrario ⁽⁴⁷⁾.

El perfil de la calidad de vida relacionada con la salud hallado, nos sugiere analizar si contamos con profesionales en las unidades de cuidados intensivos en cantidad suficiente para cubrir las necesidades de los pacientes en los servicios y con calificación suficiente (formación profesional) para desempeñar adecuadamente su rol y que sus competencias no se encuentren subutilizadas. Las jornadas de trabajo largas y la carga de trabajo aumentada muestran influenciar sobre la salud psíquica y física de los trabajadores, tal y como ha sido referido en estudios similares ⁽⁴⁷⁾.

Dentro de las limitaciones de la presente investigación pueden citarse que al ser un estudio transversal, no se cuenta con un perfil de la evolución del estado de salud de los encuestados, asimismo, se han de considerar las limitaciones asociadas a un estudio basado en el diligenciamiento de encuestas, donde puede haber mala comprensión de las preguntas o diligenciamiento incompleto, sin embargo, se pidió a los encuestados el diligenciamiento completo de los instrumentos y se procedió en función de los lineamientos del constructo para el análisis con datos faltantes. Por otro lado, los hallazgos pueden no ser extrapolables a la muestra de profesionales que se desempeñan en las Unidades de terapia intensiva de la CABA, dado que la muestra no es representativa sumado, a la falta de cálculo del tamaño muestral.

Se sugiere aumentar el tamaño muestral para futuros estudios, incorporando más unidades de análisis (unidades de cuidados intensivos) y sujetos, así como áreas de internación abiertas y cerradas para analizar las variaciones entre estas y realizar las comparaciones pertinentes.

Conclusión

Al analizar el perfil de la Calidad de vida relacionada con la salud y en concordancia con las hipótesis planteadas se encontró que:

- Sobre la carga de trabajo, aunque se identificó un deterioro en la calidad de vida relacionada con la salud en sus distintas dimensiones a medida que aumenta la carga horaria de trabajo o el poliempleo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.
- Respecto al sexo, las mujeres presentaron medias superiores en las dimensiones rol físico (57,2 vs 74,6; p: 0,05), salud general (62,3 vs 68,6; p: 0,05) y función social (65,4 vs 75,0; p: 0,02).
- La dimensión vitalidad fue la peor percibida y la función física fue la mejor evaluada. Asimismo, las dimensiones que conforman el componente físico presentaron una mejor evaluación frente a las del componente mental.

Además, se identificó un deterioro en la función física con el aumento de la edad y con la antigüedad en el servicio. La antigüedad en la profesión no mostró relación con las variables que integran la calidad de vida relacionada con la salud.

En el análisis univariado se halló que las variables sexo (hombre), edad (>40 años), presencia de enfermedades crónicas, titulación (médico), carga horaria de trabajo (>40 horas semanales) y antigüedad laboral (>11 años), influyen negativamente sobre la calidad de vida relacionada con la salud.

Es necesario implementar estrategias tendientes a reducir el impacto de la actividad laboral sobre la salud psíquica y física de los profesionales de la salud,

estableciendo estrategias de promoción de la salud y prevención de los riesgos psicosociales y ergonómicos conocidos, y adecuando las cargas y la duración de las jornadas de trabajo para preservar la integridad de los médicos y enfermeras que laboran en las unidades de cuidados intensivos.

Se sugiere en futuros trabajos realizar un estudio de los estresores presentes en las unidades de cuidados intensivos y el peso de cada según las percepciones de los trabajadores, así como realizar un seguimiento para identificar variaciones en el estado de salud de los profesionales y sus factores relacionados.

Bibliografía

1. Vergara-Quintero MC. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. Hacia promoci. Salud. 2007; 12:41-50. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689003>.
2. Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo define la OMS la salud? [Consultado 17 de septiembre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
3. Calero P, Hueso C, Pleguezuelos H, Balanza S, Merino MA, Merino JR. Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores del área medioambiental. Med. Segur. Trab. 2012;58(226):35-48. <https://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2012000100005>.
4. Burgos-Díez P, Ruiz-Albi T, Queipo-Burón D, Rescalvo-Santiago F, Martínez-León MM, del Amo P, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores sanitarios. Med. Segur. Trab (Internet). 2012;58(226):27-34. <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2012000100004>.
5. Naughton M, Shumaker S, Anderson R, Czajkowski S. Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. En: Spilker, B. Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Cap. 15. New York: -Lippincott-Raven; 1996, p. 117-131.
6. Soto M, Failde I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2004;11(8):505-514. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000800004&lng=es.

7. Trujillo W, Román J, Lombard A, Remior E, Arredondo O, Martínez E, et al. Adaptación del cuestionario SF-36 para medir calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores cubanos. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 2014;15(1):62-70. <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2014/cst141j.pdf>
8. Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. *Gaceta sanitaria*. 2000; 14(2):163-167.
9. Romero-Márquez RS, Romero-Zepeda H. Reflexiones sobre calidad de vida relacionada con la salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2010; 48(1):91-102.
10. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*. 2003;9(2):09-21. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>.
11. Garrouste-Orgeas M, Perrin M, Soufir L, Vesin A, Blot F, Maxime V, et al. The Iatref study: medical errors are associated with symptoms of depression in ICU staff but not burnout or safety culture. *Intensive Care Med*. 2015;41(2):273-284. <https://doi.org/10.1007/s00134-014-3601-4>.
12. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg*. 2010;251(6):995-1000. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3>.
13. Okuyan CB, Deveci E. The effect of shift-working conditions of nurses on health. *Geriatr Med Care*. 2017;1(2):1-2. <https://doi.org/10.15761/GMC.1000106>.
14. Mullen K. Barriers to Work–Life Balance for Hospital Nurses. *Workplace Health Saf*. 2015;63(3):96-99. <https://doi.org/10.1177/2165079914565355>.

15. Kowitlawkul Y, Yap SF, Makabe S, Chan S, Takagai J, Tam WWS, et al. Investigating nurses' quality of life and work-life balance statuses in Singapore. *Int. Nurs. Rev.* 2019;66(1):61-69. <https://doi.org/10.1111/inr.12457>.
16. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos Argentina 2019. [Consultado 17 de septiembre 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51796>
17. Cassiani SHB, Hoyos MC, Barreto MFC, Sives K, da Silva FAM. Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42:e72. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.72>
18. Zambrano-Plata G. Estresores en las unidades de cuidado intensivo. *Aquichan.* 2006;6(1):156-169. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972006000100015&lng=en&tlng=es.
19. Mohamedkheir RA, Amara ZM, Balla SA, Mohamed HAA. Occupational Stress Among Nurses Working in Intensive Care Units in Public Hospitals of Khartoum State, Sudan 2016. *Am J Health Res.* 2016;4(6):166-171. <https://doi.org/10.11648/j.ajhr.20160406.13>.
20. Lastre-Amell G, Gaviria-García G, Herazo-Beltrán Y, Mendinueta-Martínez M. Estresores laborales en el personal de enfermería de unidades de cuidados intensivos. *Rev Lat Hipert.* 2018;13(5):323-329. http://www.revhipertension.com/rlh_5_2018/estresores_laborales_en_el_personal.pdf.
21. Sidiq S, Mir AW, Ahmad J, Najib R, Andrabi B, Shah AM. Stress levels of doctors working in critical care units in a North Indian State. *Int J Contemp Med Res.* 2017;4(3):625-628.

- https://www.ijcmr.com/uploads/7/7/4/6/77464738/ijcmr_1330_v1_march_32.pdf
f.
22. Klein SD, Bucher HU, Hendriks MJ, Baumann-Hölzle R, Streuli JC, Berger TM, et al. Sources of distress for physicians and nurses working in Swiss neonatal intensive care units. *Swiss Med Wkly.* 2017;147: w14477. <https://doi.org/10.4414/smw.2017.14477>.
23. Suñer-Soler R, Grau-Martín A, Font-Mayolas S, Gras M, Bertran C, Sullman M. Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2013; 20(4):305-313. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01897.x>
24. Papathanasiou I. Work-related Mental Consequences: Implications of Burnout on Mental Health Status among Health Care Providers. *Acta Informática Médica.* 2015; 23(1):22-28.
25. Nadler D, Lawler E. Quality of Work Life: Perspectives and Directions. *Organizational Dynamics.* 1983; 11: 20-30.
26. Ortiz J., Arias F. El desgaste profesional (Burnout) y calidad de vida laboral como predictores de la búsqueda de otro trabajo en profesionales de la salud y de la educación en el occidente de México. *Ciencia & Trabajo.* 2009; 11(34):222-22.
27. Cañadas-De la Fuente GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, De la Fuente EI. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int J Nurs Stud.* 2015;52(1):240-249. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001>.
28. Organización Mundial de la Salud. Salud de los trabajadores. [Consultado 17 de septiembre 2020]. Disponible en: https://www.who.int/topics/occupational_health/es/

29. Organización Mundial de la Salud. Protección de la salud de los trabajadores. [Consultado 17 de septiembre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/protecting-workers'-health>.
30. Ministerio de trabajo, empleo y seguridad social. En un año, descendieron 6% los accidentes laborales en el país. [Consultado 17 de septiembre 2020]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/en-un-ano-descendieron-6-los-accidentes-laborales-en-el-pais>
31. Los Andes. Riesgo: Sólo hay 8.500 camas de terapia intensiva en el país. [Consultado 17 de septiembre 2020]. Disponible en: <https://www.losandes.com.ar/article/view?slug=el-pais-se-enfrenta-a-un-posible-colapso-de-su-sistema-sanitario>
32. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/arg/images/gallery/pub69.pdf?ua=1> [10 de abril 2020].
33. Da Silva J, Kimura M. Errores de medicación y calidad de vida relacionada a la salud de profesionales de enfermería en Unidades de Terapia Intensiva. Rev Latino-Am Enfermagem. 2010;18(6): [9 pantallas]. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n6/es_04.pdf
34. Monteiro C, Cardoso-Benatti M, Matheus-Rodrigues R. Occupational accidents and health-related quality of life: a study in three hospitals. Rev Lat Am Enfermagem. 2009;17(1). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000100016>
35. Becker SG, Oliveira ML. Study on the absenteeism of nursing professionals in a psychiatric center in Manaus, Brazil. Rev Lat Am Enfermagem. 2008;16(1):109-14. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000100017>

36. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chle.* 2010;138(3):358-365. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>
37. Nanda U, Andresen E. Health related Quality of life, a guide por the health professional. *Evaluation & the Health Professions.* 1998;21: 179-215.
38. Augustovski F, Lewin G, Elorrio E, Rubinstein A. The Argentine–Spanish SF-36 Health Survey was successfully validated for local outcome research. *J Clin Epidemiol.* 2008;61(12):1279-1284. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2008.05.004>.
39. Machnicki G, Allegri R, Ranalli C, Serrano C, Dillon C, Wyrwich K, et al. Validity and Reliability of the SF-36 Administered to Caregivers of Patients with Alzheimer’s Disease: Evidence from a South American Sample. *Dementia Geriatr Cogn Disord.* 2009; 28(3):206-12. <https://doi.org/10.1159/000236912>
40. Tarlov A, Ware J, Greenfield S, Nelson E, Perrin E, Zubkoff M. The Medical Outcomes Study An Application of Methods for Monitoring the Results of Medical Care. *JAMA.* 1989;262(7):925-930. <https://doi.org/10.1001/jama.1989.03430070073033>
41. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana J, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria.* 2005;19(2):135-150. <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v19n2/revision1.pdf>
42. Ley 25 326 / Protección de datos personales. Buenos Aires, Argentina. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina; 2000. [Consultado 17 de septiembre 2020]. Disponible en:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/64790/norma.htm>

43. Ley 26 529 / Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Buenos Aires, Argentina. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina; 2009. [Consultado 17 de septiembre 2020]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>
44. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Fortaleza, Brasil. Asociación Médica Mundial; 2013 [Consultado 17 de septiembre 2020]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
45. Resolución 1480 / Guía para Investigaciones con Seres Humanos. Buenos Aires, Argentina. Ministerio de Salud de la Nación, 2011 [Consultado 17 de septiembre 2020]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/185000-189999/187206/norma.htm>
46. Jiménez-Paneque R, Pavés-Carvajal JR. Enfermedades y riesgos laborales en trabajadores de servicios de urgencia: revisión de la literatura y acercamiento a Chile. *Medwave*. 2015;15(7): e6239. <https://doi.org/10.5867/medwave.2015.07.6239>
47. Viltres-Rodríguez A, Casado-Méndez PR, VSantos Fonseca RS, Rodríguez-Castillo Z, Méndez-Jiménez O. Convención Internacional de Salud Pública, Cuba Salud 2018. Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores de los servicios de cirugía y ortopedia [Internet]. Cuba: ECIMED; 2018 [Consultado 17

de septiembre 2020]. Disponible en:
<http://www.convencionalud2018.sld.cu/index.php/convencionalud/2018/paper/download/681/409> [Consultado el 24 Marzo del 2020].

Anexos

Buen día, usted ha sido invitado(a) a responder una breve encuesta que busca indagar sobre su calidad de vida en el marco de un proyecto de investigación titulado “SALUD PSÍQUICA Y FÍSICA EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD EN UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA”. Esta encuesta le tomará solo 10 minutos en ser respondida y no solicitaremos su nombre ni otros datos personales. Gracias de antemano por su participación.

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

Edad (en años): _____

Profesión: ☐ Enfermero(a) Profesional ☐ Licenciado en Enfermería ☐ Médico

Tiene hijos: ☐ Si ☐ No

Estado civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a)/Unión Libre

☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

Nivel máximo de estudios alcanzado: ☐ Grado o pregrado ☐ Posgrado

Cuántas horas trabaja usted por semana en total:

☐ <40 hs ☐ >41 hs

Antigüedad laboral: _____ años

Cantidad de horas trabajadas por semana: _____ hs

Tiene usted algún otro trabajo: ☐ Si ☐ No

Tiene usted alguna patología crónica: ☐ Si ☐ No

Cuestionario de Salud SF-36 (versión 2)

Su Salud y Bienestar

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas Pueden parecerse a otras pero cada una es diferente. Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con X una la casilla que mejor describa su respuesta.

¡Gracias por contestar a estas preguntas!

1. En general, usted diría que su salud es:

☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.	☐ ¹	☐ ²	☐ ³
b <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	☐ ¹	☐ ²	☐ ³
c Coger o llevar la bolsa de la compra.	☐ ¹	☐ ²	☐ ³
d Subir <u>varios</u> pisos por la escalera.	☐ ¹	☐ ²	☐ ³
e Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera.	☐ ¹	☐ ²	☐ ³
f Agacharse o arrodillarse.	☐ ¹	☐ ²	☐ ³
g Caminar <u>un kilómetro o más</u>	☐ ¹	☐ ²	☐ ³
h Caminar varios centenares de metros.	☐ ¹	☐ ²	☐ ³
i Caminar unos 100 metros.	☐ ¹	☐ ²	☐ ³
j Bañarse o vestirse por sí mismo.	☐ ¹	☐ ²	☐ ³

4. Durante las 4 cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
b ¿ <u>Hizo menos</u> de lo que hubiera querido hacer?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
c ¿Tuvo que <u>dejar de hacer</u> algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
d ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵

5. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
c ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵

6. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵	☐ ⁶

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
b estuvo muy nervioso?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
d se sintió calmado y tranquilo?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
e tuvo mucha energía?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
f se sintió desanimado y deprimido?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
g se sintió agotado?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
h se sintió feliz?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
i se sintió cansado?	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
b Estoy tan sano como cualquiera	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
c Creo que mi salud va a empeorar	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵
d Mi salud es excelente	☐ ¹	☐ ²	☐ ³	☐ ⁴	☐ ⁵

Gracias por contestar a estas preguntas.