



## ORIGINAL

## Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores de unidades de cuidados intensivos



C. Canova-Barrios (RN, MsC, Ph.D)<sup>a,\*</sup> y P. Oviedo-Santamaría (MD, MsC)<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), Buenos Aires, Argentina

<sup>b</sup> Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital José María Velasco Ibarra, Tena, Ecuador

Recibido el 24 de marzo de 2020; aceptado el 8 de noviembre de 2020

Disponible en Internet el 2 de abril de 2021

### PALABRAS CLAVE

Calidad de vida;  
Unidades de cuidados  
intensivos;  
Enfermeras y  
enfermeros;  
Médicos;  
Salud laboral

### Resumen

**Objetivo:** Analizar la calidad de vida relacionada con la salud en una muestra de médicos y enfermeras de 2 unidades de cuidados intensivos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

**Método:** Estudio analítico, transversal y cuantitativo. Se utilizó el cuestionario SF-36 en su versión en español, el cual está compuesto por 8 dimensiones agrupadas en 2 componentes (físico y mental). Evalúa el estado de salud de los encuestados en una escala que va de 0 a 100, donde una mayor puntuación indica una mejor percepción del estado de la salud.

**Resultados:** Participaron 95 profesionales de 2 unidades de cuidados intensivos, siendo de una institución privada el 58% y de una institución pública el resto. La mayoría fueron mujeres (57%), médicos (37%), con una edad media de 42 años y con título máximo de pregrado y grado (59%). De las dimensiones que componen la calidad de vida relacionada con la salud, la de vitalidad fue la peor percibida, con una media de 53,3, y la función física fue la mejor evaluada, con 87,8. 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 h semanales) y antigüedad laboral (> 11 años) parecen influir negativamente sobre la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud.

**Conclusiones:** 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.

© 2021 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [carlos.canova1993@gmail.com](mailto:carlos.canova1993@gmail.com) (C. Canova-Barrios).

**KEYWORDS**

Quality of life;  
Intensive care units;  
Nurses;  
Doctors;  
Occupational health

**Health-related quality of life among intensive care unit workers****Abstract**

*Objective:* To analyse health-related quality of life in a sample of doctors and nurses from 2 intensive care units in the city of Buenos Aires, Argentina.

*Method:* An analytical, cross-sectional and quantitative study. The Spanish version of the SF-36 questionnaire was used, which comprises 8 dimensions grouped into 2 components (physical and mental) and evaluates the health status of respondents on a scale from 0 to 100; the higher the score, the better the perception of health status.

*Results:* Ninety-five professionals from 2 intensive care units participated, 58% from a private institution and the rest from a public institution. The majority were women (57%), doctors (37%) with an average age of 42 years and with a maximum undergraduate degree and degree (59%). Of the dimensions making up health-related quality of life, the vitality dimension was perceived poorest with an average of 53.3, and physical function was the best evaluated at 87.8. The physical component dimensions were better evaluated than those of the mental component. The variables sex (male), age (> 40 years), presence of chronic diseases, qualification (medical), hourly workload (> 40 h per week) and years of service (> 11 years), seem to have a negative influence on the perception of health-related quality of life.

*Conclusions:* Strategies need to be implemented to reduce the impact of work activity on the mental and physical health of health professionals. Strategies for health promotion and the prevention of known psychosocial and ergonomic risks are required, and workloads and duration of working hours need to be adjusted to preserve the integrity of health workers.

© 2021 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

**Qué se conoce/qué aporta**

En los últimos años se ha dado protagonismo al estudio de la salud de los trabajadores, y se han descrito qué aspectos del medioambiente laboral de las áreas cerradas pueden incidir sobre la dinámica de la salud/enfermedad de los profesionales. Sin embargo, ha sido poco descrito el impacto de las variables laborales de las unidades de cuidados intensivos (UCI) sobre la salud psicofísica del profesional sanitario.

Con el presente trabajo nos hemos aproximado a realizar un diagnóstico de la calidad de vida relacionada con la salud de los profesionales intensivistas, para diseñar e implementar intervenciones que mejoren la salud del trabajador.

**Implicaciones del estudio**

El presente estudio constituye un punto de partida para identificar los efectos del trabajo sobre la salud de los médicos y enfermeros que se desempeñan en las UCI, teniendo en cuenta que el deterioro en la salud del profesional impacta en la calidad de los cuidados que estos proporcionan a los pacientes, derivando en un aumento en los índices de morbimortalidad de las UCI,

en los costos derivados de la atención sanitaria y en el cumplimiento mismo de la misión de la profesión. Asimismo, se puede conocer mejor cómo el trabajo influye en la vida personal, social y familiar del profesional.

**Introducción**

El concepto de salud ha ido evolucionando con el paso del tiempo, transitando desde la concepción mágico-religiosa de las culturas primitivas<sup>1</sup>, hasta nuestra época, donde es considerada como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»<sup>2</sup>.

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 la salud y que el deterioro de esta influya en el desempeño profesional<sup>3</sup>. 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 ambos, generando un indicador del bienestar global del trabajador<sup>4</sup>.

Según Naughton et al., el término CVRS refiere a la forma como el sujeto evalúa la influencia de su estado de salud, los cuidados sanitarios recibidos y la promoción de la salud sobre su capacidad para realizar las actividades que le son

importantes y que afectan su estado general de bienestar percibido<sup>5</sup>. La CVRS está integrada por aspectos como el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad, el cuidado personal y el bienestar emocional<sup>6</sup>. 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»<sup>7</sup>.

La incorporación de la CVRS representa uno de los avances más importantes en materia de evaluación de la salud<sup>8</sup>, 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. En el caso de los profesionales de la salud, el deterioro en la salud psicofísica limita el potencial para prestar una atención sanitaria de calidad, derivando en el debilitamiento de los servicios asistenciales y el aumento en la morbilidad de los pacientes<sup>9,10</sup>, e influye en aspectos extralaborales como la relación de pareja y con la familia, el tiempo destinado al ocio y los hábitos de sueño<sup>11–14</sup>.

Respecto al ambiente laboral de las UCI, 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, estresores emocionales que derivan de los eventos de muerte, sufrimiento y dolor, conflictos con los superiores, miedo a cometer un error, ansiedad ante la incertidumbre, desconocimiento del manejo de un equipo e, incluso, la falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio<sup>15–19</sup>.

En Argentina, se encuentran diversidad de profesionales que se desempeñan en las UCI, que incluyen enfermeras (técnicos ?título de pregrado? y licenciados en Enfermería –título de grado?), médicos, bioquímicos, técnicos radiólogos, kinesiólogos, fisioterapeutas y nutricionistas. Esto varía y depende del tamaño y la complejidad de la unidad. El presente estudio se enfoca en la población más numerosa: médicos y enfermeros.

Actualmente el país cuenta con 39,6 médicos y 25,8 enfermeros (técnicos y licenciados) por cada 10.000 habitantes, ascendiendo este último dato a 42,4 si se cuentan los auxiliares de enfermería, y una razón de 0,56 enfermeros/médico<sup>20,21</sup>. Sin embargo, aunque la cantidad de médicos en Argentina es superior a la media de la región, la distribución en el territorio nacional es desigual: respecto al personal de enfermería, como se mencionó, el 48% de estos son auxiliares y ayudantes, evidenciando la carencia de profesionales enfermeros, y esta se profundiza en cuanto a profesionales capacitados en atención al paciente críticamente enfermo se refiere. Lo anterior deriva en una sobrecarga de trabajo en términos de la razón profesional/paciente y la carga horaria semanal, y ello impacta en la salud psíquica y física del trabajador.

Por todo lo anterior, se diseñó el presente estudio, cuyo objetivo fue analizar la CVRS en una muestra de médicos y enfermeros de 2 UCI de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

## Método

### Diseño

El presente es un estudio analítico, de tipo transversal y con enfoque cuantitativo.

### Población y ámbito

Los datos fueron obtenidos de una muestra de 95 profesionales de la salud (personal médico y de enfermería) de sendas UCI de una institución pública y otra privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, durante el año 2019.

Se incluyó a todos los médicos y enfermeros con un mínimo de 6 meses de antigüedad laboral y que accedieran voluntariamente a participar de la presente investigación firmando el consentimiento informado. Se excluyó a los profesionales que se encontraban realizando suplencias (personal eventual), auxiliares de enfermería y trabajadores que se encontraban con licencia médica y/o en periodo de vacaciones.

La población inicial fue de 103 trabajadores, de los cuales fueron excluidos 4 profesionales por tener menos de 6 meses de antigüedad, uno por estar de licencia médica, 2 que estaban en periodo de vacaciones y uno que no aceptó participar en el estudio.

### Variables

Las variables de interés para el presente estudio incluyeron la caracterización sociodemográfica y laboral de los participantes y las dimensiones que componen la CVRS<sup>22</sup>. Lo anterior se detalla a continuación.

*Caracterización sociodemográfica:* se incluyeron institución (pública, privada), edad (en años), sexo biológico (hombre, mujer), profesión (técnico o licenciado en Enfermería, médico), nivel máximo de estudios alcanzado (pregrado-grado y posgrado), presencia de enfermedad crónica (sí, no) y cuál.

*Caracterización laboral:* antigüedad laboral (en años), antigüedad en el servicio (en años), carga horaria diaria (horas de trabajo/día regular, sin incluir horas extra), días de trabajo por semana.

*CVRS:* función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, salud mental, rol emocional y transición del estado de salud.

### Instrumento

Se aplicó el cuestionario SF-36. Esta es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable a los pacientes, la población general sana y los trabajadores, y cuyas propiedades psicométricas han sido evaluadas en más de 400 artículos<sup>23</sup> y ha sido validado para la población argentina<sup>24</sup>.

Este instrumento está compuesto por 36 ítems, agrupados en 8 dimensiones que componen la escala de CVRS: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Además, se incluye un ítem de transición del estado de salud, el cual pregunta sobre el cambio en el estado de salud respecto al año anterior. Su aplicación es de carácter autoadministrado y requiere de un tiempo de entre 10 y 15 min para ser diligenciado enteramente.

Los ítems que integran el constructo son respondidos mediante una escala de Likert que va desde 3 a 6 alternativas de respuesta, dependiendo del ítem.

La interpretación del SF-36 requiere seguir los siguientes pasos: 1. Homogeneización de la dirección de las respuestas mediante recodificación de los 10 ítems que lo requieren, garantizando que todos sigan el mismo sentido; es decir, que a mayor puntuación, mejor sea el estado de salud percibido. 2. Cálculo del sumatorio de los ítems, lo cual compone la puntuación bruta de las escalas. 3. Transformación lineal de las puntuaciones brutas para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100.

Las escalas del SF-36 en su transformación lineal se analizan en forma de índices con un rango que va de 0 a 100 y están ordenadas de forma que, a mayor puntuación, mejor es el estado de salud. Puntuaciones superiores o inferiores a 50 indican mejor o peor estado de salud, respectivamente.

Las dimensiones que componen el instrumento son definidas de la siguiente manera:

**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. Esta dimensión está integrada por 10 ítems.

**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. Esta dimensión está integrada por 4 ítems.

**Dolor corporal:** la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar. Esta dimensión está integrada por 2 ítems.

**Salud general:** valoración personal de la salud, que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar. Esta dimensión está integrada por 5 ítems.

**Vitalidad:** sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento. Esta dimensión está integrada por 4 ítems.

**Función social:** grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual. Esta dimensión está integrada por 2 ítems.

**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. Esta dimensión está integrada por 3 ítems.

**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. Esta dimensión está integrada por 5 ítems.

**Transición del estado de salud:** valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás. Esta dimensión está integrada por un ítem.

## Recogida de datos

Con el aval de la institución, se solicitó durante el inicio o final de la jornada laboral el diligenciamiento de la encuesta, exponiendo los objetivos del estudio y solicitando la firma del consentimiento informado. La invitación a participar la realizó el investigador principal y responsable del estudio. El instrumento se entregó en formato papel y se solicitó devolverla en un sobre cerrado al investigador al inicio de su siguiente turno. Se recolectó el 100% de las encuestas entregadas.

## Análisis de los datos

Después de su recogida, los datos fueron tabulados en una matriz de datos de Microsoft Excel y se analizaron usando el programa estadístico InfoStat v/L. Se realizaron pruebas de normalidad (test de Shapiro-Wilk modificado) para analizar el comportamiento de las variables, hallándose una distribución anormal de las mismas (dimensiones que integran la CVRS). Por lo anterior, se aplicaron pruebas no paramétricas: test de Wilcoxon para muestras independientes en variables con categorías dicotómicas y Kruskal-Wallis para variables con 3 o más categorías.

Las variables cuantitativas se expresan usando la media aritmética y la desviación estándar, y en el caso de aquellas que presentaron una distribución anormal, se usó la mediana. En el caso de las variables como carga horaria semanal y antigüedad laboral, los datos fueron agrupados en categorías, mientras que las dimensiones que componen la CVRS se analizaron tanto como índices (rango 0 a 100) como en categorías ( $\leq 50$ ,  $\geq 51$ ).

Para el análisis, la muestra fue organizada en grupos según el sexo (hombre/mujer), la institución (pública/privada), el nivel de formación (grado/posgrado), la profesión/titulación (técnico en Enfermería/licenciado en Enfermería/médico), la carga horaria semanal (<40 horas/41-60h/>61 h de trabajo semanales) y la antigüedad laboral (<10 años/11 a 20 años/>21 años de antigüedad).

Se fijó un nivel de significación de  $p < 0,05$  y se calculó el intervalo de confianza al 95% para las variables que componen la CVRS.

## Consideraciones éticas

El estudio contó con el visto bueno de un comité de ética de la investigación en salud, el cual aprobó el protocolo, el consentimiento informado y el curriculum del investigador principal.

Cada participante fue informado de los objetivos y el método del estudio, y mostró su aprobación mediante la firma del consentimiento informado. No se solicitaron datos personales ni ninguna otra información que pudiera vincular el instrumento diligenciado con el participante.

## Resultados

La muestra estuvo integrada por 95 sujetos, de los cuales el 58% eran 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 41% refiere poseer título máximo de posgrado distribuido entre especialistas (22%), magisters (17%) y doctores (2%). La hipertensión arterial fue la enfermedad crónica más prevalente (tabla 1).

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

En cuanto a la CVRS, 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 2). Las dimensiones vitalidad, salud mental y transición de salud mostraron una media que las categoriza como «en riesgo» de presentar una baja CVRS ( $50 \pm 10$ ).

De los encuestados, el 11,57% considera que su salud es regular o mala, el 7,36% cree que se enferma más que las otras personas y el 22% considera que su salud es algo peor

ahora que hace un año. 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 que 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 Gráfico 1.

Al aplicar la prueba de la 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 2 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 en Enfermería, con 62,9 y 63,7, respectivamente ( $p = 0,03$ ).

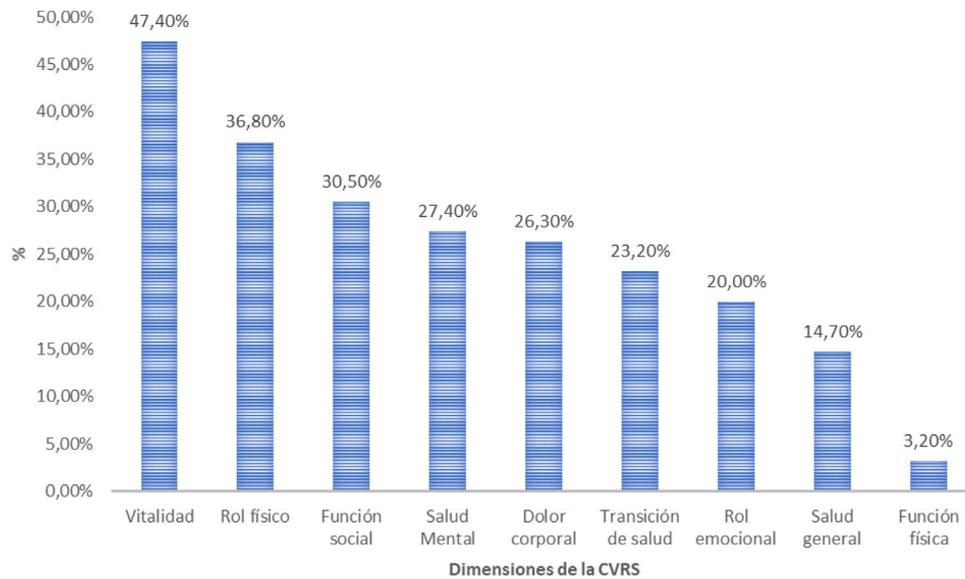
**Tabla 1** Caracterización sociodemográfica

Variable	Categoría	n	%
Institución	Pública	40	42
	Privada	55	58
Sexo	Hombre	38	40
	Mujer	57	60
Profesión	Técnico en Enfermería	29	30
	Licenciado en Enfermería	31	33
	Médico	35	37
Grado máximo alcanzado	Pregrado-Grado	56	59
	Posgrado	39	41
Enfermedad crónica	No	79	83
	Sí	16	17

**Tabla 2** Comportamiento de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud

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; IC95%: intervalo de confianza al 95%.



**Gráfico 1** Porcentaje de sujetos con baja calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Respecto a la carga horaria de trabajo, se encontró en términos generales que, a mayor carga horaria, las medias de las dimensiones que componen la CVRS disminuyen; sin embargo, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Al analizar la relación entre la antigüedad laboral y la CVRS, en general se hallaron medias superiores (mejor CVRS) en aquellos con menos de 10 años de antigüedad, seguido por un declive después de los 11 años, para posteriormente aumentar. Las diferencias en las medias fueron estadísticamente significativas en las dimensiones rol físico (66,3 vs. 60,1 vs. 85,5;  $p=0,05$ ), dolor corporal (65,9 vs. 57,3 vs. 70,0;  $p=0,024$ ), vitalidad (56,6 vs. 46,6 vs. 62,3;  $p<0,001$ ), función social (73,5 vs. 64,5 vs. 81,5;  $p=0,019$ ) y salud mental (61,2 vs. 51,6 vs. 66,1;  $p<0,001$ ).

## Discusión

La calidad de vida y el estado de salud de los profesionales sanitarios se han posicionado como elementos de gran relevancia para los departamentos de salud ocupacional, dada la relación entre la ejecución del rol de cuidador y el mayor riesgo de estrés, burnout y mala calidad de vida, que condicionan el desempeño profesional y derivan en mayores índices de ausentismo<sup>25</sup>.

Los hallazgos del presente trabajo difieren de estudios con trabajadores sanitarios, donde el estado de salud de estos fue mejor que la media poblacional. Respecto a lo anterior, Burgos-Díez et al. compararon las medias de las dimensiones que componen la CVRS en una muestra de 542 trabajadores sanitarios con la de la población general, hallando que en todas las dimensiones, excepto dolor, los profesionales de la salud presentaron mejor evaluación frente a la población general<sup>4</sup>; sin embargo, al comparar nuestros datos con la media de la población general argentina, nos encontramos que, en todas las dimensiones, con excepción de la transición en el estado de salud, la

media poblacional fue superior a la de los profesionales encuestados<sup>24</sup>.

Un estudio realizado en Cuba por Trujillo et al., en el cual se encuestó a 1.700 trabajadores de diversas áreas, encontró que los profesionales del sector de la salud tuvieron el valor más alto en la dimensión función física y más bajo en la dimensión salud general; la dimensión rol emocional obtuvo valores que están por debajo del referencial<sup>7</sup>. Por el contrario, Viltres-Rodríguez et al. realizaron un estudio epidemiológico de corte transversal, en el cual incluyeron a 157 profesionales de la salud de los servicios de cirugía general y ortopedia, y reportaron una mejor evaluación de las dimensiones del componente mental que del físico<sup>26</sup>, contrastando con el presente estudio, donde se halló una mejor evaluación en el componente físico.

Las jornadas de trabajo largas y la carga de trabajo aumentada muestran una relación con la salud psíquica y física de los trabajadores, tal y como ha sido referido en otros estudios similares<sup>26,27</sup>.

Fernandes-Souza et al., en un estudio conducido en Brasil cuyo objetivo fue evaluar los factores asociados a la calidad de vida en una muestra de 40 enfermeros intensivistas, hallaron que el 22,5% percibía su calidad de vida como mala y el 27,5% estaba insatisfecho con su salud<sup>28</sup>, mientras que en nuestro estudio, el 11,57% considera que su salud es regular o mala y el 7,36% cree que se enferma más que las otras personas.

Un estudio realizado en Madrid, el cual incluyó una muestra de 52 profesionales de una UCI, encontró una relación entre los altos niveles en las 3 dimensiones que componen el síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) y una pobre salud física/mental y bienestar subjetivo/psicológico<sup>29</sup>. Lo anterior contribuye a reconocer la importancia de la medición de la CVRS como una medida para vigilar y preservar la salud de los trabajadores, sirviendo como un indicador para generar intervenciones tendientes a mejorarla.

Dentro de las limitaciones de la presente investigación puede 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. Finalmente, se recomienda aumentar el tamaño muestral para futuros estudios, incorporando más unidades de análisis (UCI) y sujetos.

## Conclusiones

Al analizar el perfil de la CVRS se encontró que 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. Las variables sexo (hombre), edad (> 40 años), presencia de enfermedades crónicas, titulación (médico), carga horaria de trabajo (> 40 h semanales) y antigüedad laboral (> 11 años) se encuentran asociadas a la percepción de la CVRS. Hubo una mejor evaluación de las dimensiones del componente físico que del mental.

Resulta importante la medición de la CVRS de los profesionales no solo al ingresar al cargo, sino durante el tiempo en el que se desempeñe, de modo que se pueda realizar un análisis de las variaciones en el estado de su salud conforme el transcurso del tiempo.

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 recomienda en futuros trabajos realizar un estudio de los estresores presentes en las UCI y el peso de cada uno 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.

## Financiación

Estudio financiado con fondos de los autores.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Vergara-Quintero MC. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia Promoc Salud* [Internet]. 2007;12:41–50, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309126689003>.
- Organización Mundial de la Salud. ¿Cómo define la OMS la salud? [Internet]. [consultado 20 Sept 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>.
- 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;58:35–48, <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2012000100005>.
- 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*. 2012;58:27–34, <http://dx.doi.org/10.4321/S0465-546X2012000100004>.
- Naughton M, Shumaker S, Anderson R, Czajkowski S. Psychological aspects of health-related quality of life measurement: Tests and scales. En: Spilker B, editor. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. New York: Lippincott-Raven; 1996. p. 117–31.
- 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;11:505–14, [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462004000800004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462004000800004&lng=es).
- 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. *Rev Cub Salud Trabajo*. 2014;15:62–70, <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2014/cst141j.pdf>.
- Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Cienc Enferm*. 2003;9:9–21, <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>.
- Garroute-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;41:273–84, <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-014-3601-4>.
- Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg*. 2010;251:995–1000, <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3>.
- 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;66:61–9, <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12457>.
- Canova-Barríos C. Calidad de vida del personal de enfermería de unidades de cuidados intensivos en Santa Marta, Colombia. *Rev Colomb Enferm*. 2017;15:10–8, <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v15i12.2132>.
- Mullen K. Barriers to work-life balance for hospital nurses. *Workplace Health Saf*. 2015;63:96–9, <http://dx.doi.org/10.1177/2165079914565355>.
- Okuyan CB, Deveci E. The effect of shift-working conditions of nurses on health. *Geriatr Med Care*. 2017;1:1–2, <http://dx.doi.org/10.15761/GMC.1000106>.
- Zambrano-Plata G. Estresores en las unidades de cuidado intensivo. *Aquichan*. 2006;6:156–69, [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972006000100015&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972006000100015&lng=en&tlng=es).
- 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;4:166–71, <http://dx.doi.org/10.11648/j.ajhr.20160406.13>.
- Lastre-Amell G, Gaviria-García G, Herazo-Beltrán Y, Mendinueta-Martínez M. Estresores laborales en el personal de enfermería de unidades de cuidados intensivo. *Rev Lat Hipert*. 2018;13:323–9, [http://www.revhipertension.com/rlh\\_5\\_2018/estresores\\_laborales\\_en\\_el\\_personal.pdf](http://www.revhipertension.com/rlh_5_2018/estresores_laborales_en_el_personal.pdf).
- 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;4:625–8,

- [https://www.ijcmr.com/uploads/7/7/4/6/77464738/ijcmr\\_1330\\_v1\\_march\\_32.pdf](https://www.ijcmr.com/uploads/7/7/4/6/77464738/ijcmr_1330_v1_march_32.pdf).
19. Klein SD, Bucher HU, Hendriks MJ, Baumann-Hözl 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, <http://dx.doi.org/10.4414/smw.2017.14477>.
  20. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos Argentina 2019 [Internet]. [consultado 20 Sept 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51796>.
  21. 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>.
  22. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995;104:771–6.
  23. 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. *Gac Sanit*. 2005;19:135–50, [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es).
  24. Augustovski F, Lewin G, García-Elorrio E, Rubinstein A. The Argentine-Spanish SF-36 Health Survey was successfully validated for local outcome research. *J Clin Epidemiol*. 2008;61:1279–84, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2008.05.004>.
  25. Rodríguez-Marín J. Calidad de vida laboral en profesionales de la salud. *Rev Calid Asist*. 2010;25:318–20, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2010.09.002>.
  26. Viltres-Rodríguez A, Casado-Méndez PR, Santos-Fonseca RS, Rodríguez-Castillo Z, Méndez-Jiménez O. Calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores de los servicios de cirugía y ortopedia [Internet]. [consultado 20 Sept 2020]. Disponible en: <http://www.convencionalud2018.sld.cu/index.php/convencionalud/2018/paper/download/681/409>.
  27. Guerrero-Pupo JC, Cañedo-Andalía R, Rubio-Rodríguez SM, Cutiño-Rodríguez M, Fernández-Díaz DJ. Calidad de vida y trabajo. Algunas consideraciones sobre el ambiente laboral de la oficina. *Rev Cuba Inf Cienc Salud* [Internet]. 2006;14, [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-94352006000400005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352006000400005).
  28. Fernandes-Souza R, Souza-Rosa R, Marinho-Picanço C, de Souza-Junior EV, Pires-Cruz D, de Oliveira Guimarães FE, et al. Repercussões dos fatores associados à qualidade de vida em enfermeiras de unidades de terapia intensiva. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2018;20:453–9, <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v20n4.65342>.
  29. Arrogante O, Aparicio-Zaldivar EG. Síndrome de burnout en los profesionales de cuidados intensivos: relaciones con la salud y el bienestar. *Enferm Intensiva*. 2020;31:60–70, <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2019.03.004>.