

## Artículo de Investigación Científica y Tecnológica

# Calidad de vida del personal de enfermería de unidades de cuidados intensivos en Santa Marta, Colombia

## Quality of Life of Nursing Staff of Intensive Care Units from Santa Marta, Colombia

Qualidade de vida da equipe de enfermagem das unidades de terapia intensiva de Santa Marta, Colômbia

Carlos **Canova-Barrios**<sup>1</sup>

DOI: <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v15i12.2132>

Recibido: 2016-08-26; aprobado: 2017-04-26

### RESUMEN

La calidad de vida se define operacionalmente como el grado de bienestar físico, mental y social que permite al individuo satisfacer sus necesidades individuales y sociales. El objetivo del estudio fue medir la calidad de vida percibida en una muestra compuesta por los trabajadores del área de enfermería de las unidades de cuidados intensivos de tres instituciones de carácter público y privado de la ciudad de Santa Marta (Colombia), a partir de las nueve dimensiones que la integran. El muestreo fue intencional y estuvo conformado por 42 personas de la unidad de cuidados intensivos-adultos y 24 de la unidad de cuidados intensivos-neonatal, que corresponden al 100% del personal de enfermería de dichas instituciones. Se implementó el cuestionario de calidad de vida de Olson y Barnes en la adaptación propuesta por Grimaldo. La dimensión mejor puntuada del constructo fue Religión, mientras que Ocio fue la peor evaluada. La pregunta con mayor puntaje fue la relativa a la relación con Dios, y la de menor puntaje fue la concerniente a la frecuencia con que el encuestado asiste a teatro. El 57,5% la evaluó dentro del rango de 3,1 correspondiente a Más o menos satisfecho; solo el 9,1 % se encuentra Bastante satisfecho con su calidad de vida.

**Palabras clave:** calidad de vida, personal de enfermería, unidades de cuidados intensivos.

#### Citación del artículo impreso

**Vancouver:** Canova-Barrios C. Calidad de vida del personal de enfermería de unidades de cuidados intensivos en Santa Marta, Colombia. Rev. Colomb. Enferm. 2017;15: 10-18.

**APA:** Canova-Barrios, C. (2017). Calidad de vida del personal de enfermería de unidades de cuidados intensivos en Santa Marta, Colombia. *Revista Colombiana de Enfermería*, 15, 10-18.

#### Citación del artículo en línea

**Vancouver:** Canova-Barrios C. Calidad de vida del personal de enfermería de unidades de cuidados intensivos en Santa Marta, Colombia. Rev. Colomb. Enferm. [Internet]. 2017 [consultado día mes año];15. Disponible en: <http://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE> o <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v15i12.2132>

**APA:** Canova-Barrios, C. (2017). Calidad de vida del personal de enfermería de unidades de cuidados intensivos en Santa Marta, Colombia. *Revista Colombiana de Enfermería*, 15, 10-18. Recuperado de <http://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE> o <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v15i12.2132>

1. Enfermero, especialista en Docencia Universitaria. Doctorando en Salud Pública. Doctorando en Ciencias Médicas. Docente UCES, investigador adscrito al grupo de investigación GICCE del Programa de Enfermería de la Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Correo electrónico: carlos.canova1993@gmail.com

## ABSTRACT

Quality of life is defined operationally as the degree of physical, mental and social well being that allows individuals to satisfy their individual and social needs. The aim of this study was to measure perceived quality of life, through the nine dimensions that compose it, of a sample made up of nursing staff in intensive care units from three institutions, public and private, from the city of Santa Marta, Colombia. Sampling was intentional and consisted of 42 people from the adult intensive care unit and 24 people from the neonatal intensive care unit, which corresponds to 100% of the staff of the institutions. The Quality of Life Scale by Olson & Barnes was used in the adaptation proposed by Grimaldo. The best scoring dimension of the construct was Religion, while recreational activities was the worst perceived. The best-evaluated dimension was about a relationship with God and the worst evaluated was concerned with the frequency that the individual assisted theater. Of the sample, 57.5% was evaluated in the range of 3.1, which corresponds to more or less satisfied. Only 9.1% is quite satisfied with their quality of life.

**Key words:** quality of life, nursing staff, intensive care units.

## RESUMO

Qualidade de vida é definida, no nível operacional para o presente manuscrito, como o grau de bem-estar físico, mental e social, que permite ao indivíduo a satisfação de suas necessidades individuais e sociais. O objetivo deste estudo é medir a qualidade de vida percebida em uma amostra composta por trabalhadores na área de enfermagem das unidades de terapia intensiva de três instituições de natureza pública e privada da cidade de Santa Marta, na Colômbia, a partir das nove dimensões que a integram. A amostragem foi intencional e consistiu de 42 pessoas da unidade de terapia intensiva para adultos e 24 pessoas da unidade neonatal, correspondente a 100% da equipe de enfermagem dessas instituições. Utilizou-se o questionário de qualidade de vida, de Olson e Barnes, na adaptação proposta por Grimaldo. A dimensão melhor pontuada no constructo é a Religiosa, enquanto a dimensão Lazer foi a pior avaliada. A pergunta com maior pontuação foi a relativa ao relacionamento com Deus e a de menor pontuação foi a em relação à frequência com que o respondente vai ao teatro. 57,5% avaliam sua qualidade de vida dentro da faixa de 3,1 correspondente a mais ou menos satisfeito e apenas 9,1% se encontra bastante satisfeito com a sua qualidade de vida.

**Palavras-chave:** qualidade de vida, equipe de enfermagem, unidades de terapia intensiva.

## INTRODUCCIÓN

La *calidad de vida* se define como “el sentimiento de bienestar que se deriva del equilibrio que el individuo percibe entre las demandas o cargas de la profesión y los recursos psicológicos organizacionales y relacionales de que dispone para afrontar estas demandas” (1). Para el presente estudio, se concibe como la evaluación de todos los dominios y aspectos de la vida, tanto subjetivos como objetivos, incluyendo salud, hogar, habilidad funcional, ingresos económicos, vida social, salud mental y bienestar –elementos representativos de esta según numerosos autores–, pero sin concretarse en una definición específica (2-7).

Factores como el estrés, la insatisfacción con el tipo de trabajo realizado, una carga laboral aumentada y una baja remuneración económica condicionan la percepción que tiene el trabajador sobre su calidad de vida profesional (CVP). Se suman a ellos

elementos como la falta de oportunidades para el desarrollo profesional, inadecuados o inexistentes incentivos organizacionales al esfuerzo y expectativas de crecimiento personal o profesional insatisfechas (8-11).

Cabezas, por su parte, asegura que la CVP está estrechamente relacionada con el equilibrio entre las demandas del trabajo y la capacidad percibida por el trabajador de responder a ellas (12). Este concepto abarca la realidad en la que la creciente burocracia administrativa, unida a factores sociales, tecnológicos y económicos, aumenta la exigencia en el rendimiento de los profesionales. En consecuencia, su CVP (13) pasa a un segundo plano, lo que contribuye al incremento en los niveles de estrés laboral, ya considerados elevados en los profesionales de la salud (14-17). Esta circunstancia puede conducir al padecimiento del ampliamente descrito

síndrome de *burnout* propuesto por Maslach (18). Algunos estudios refieren como elementos protectores de la homeostasis de los trabajadores variables sociodemográficas como los ingresos socioeconómicos, y asocian mayores niveles de calidad de vida a mayores ingresos (19-23), ser de sexo masculino (24-25) y ser joven (18).

En un acercamiento a la realidad de la profesión de enfermería, las características del trabajo realizado derivan en desgaste y deterioro como consecuencia del medioambiente laboral, sumado a los eventos y vivencias propios del área de cuidados intensivos, como el encaramiento del dolor, el sufrimiento y la muerte, elementos que influyen en la CVP (26-28).

El objetivo del presente estudio fue medir la calidad de vida percibida en una muestra compuesta por los trabajadores del área de enfermería de las unidades de cuidados intensivos (UCI) de tres instituciones de carácter público y privado de la ciudad de Santa Marta (Colombia). Esta se diagnosticó a partir de las dimensiones que la integran: Bienestar económico, Amigos, Vecindario y comunidad, Vida familiar y hogar, Pareja, Ocio, Medios de comunicación, Religión y Salud, usando la adaptación de la escala de calidad de vida de Olson y Barnes propuesta por Grimaldo (29).

## METODOLOGÍA

### Tipo de estudio

Estudio descriptivo de corte transversal, con enfoque cuantitativo.

### Instrumento

Se utilizó el cuestionario de calidad de vida de D. Olson y H. Barnes en la adaptación para profesionales de salud propuesta por Grimaldo (29), con coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0,95 para el constructo total. Dicho instrumento está compuesto por 73 ítems subdivididos en 9 dimensiones que componen la escala de calidad de vida: Bienestar económico, Amigos, Vecindario y comunidad, Vida familiar y hogar, Pareja, Ocio, Medios de comunicación, Religión y Salud. El instrumento es de aplicación individual, con una duración aproximada de 20-30 minutos. Emplea

una escala tipo Likert donde 1 es Insatisfecho; 2, Un poco satisfecho; 3, Más o menos satisfecho; 4, Bastante satisfecho; y 5, Completamente satisfecho.

Las dimensiones y los ítems evaluados en cada una de ellas fueron los siguientes:

- La dimensión Bienestar económico está compuesta por nueve preguntas. Aquí se evalúa la satisfacción con relación a los medios materiales que posee su vivienda para vivir cómodamente; la capacidad económica para cubrir los gastos de una alimentación familiar adecuada y para satisfacer apropiadamente las necesidades recreativas, educativas, de vestido y salud; la cantidad de dinero que tienen para gastar a diario y durante el fin de semana, y para adquirir bienes personales no necesarios o “de lujo”.
- La dimensión Amigos está integrada por siete preguntas con las que se indaga sobre la satisfacción con las amistades que frecuenta en la zona donde reside, las actividades que comparten (fiestas, reuniones, deportes), el tiempo que puede pasar con ellos, los amigos del trabajo, las actividades que realiza con sus compañeros de trabajo, el tiempo que pasa con estos últimos y la satisfacción con el número de amigos que tiene.
- La dimensión Vecindario y comunidad la conforman seis preguntas. Aquí se examinan las facilidades que brinda al entrevistado su comunidad para hacer las compras cotidianas, la seguridad en el lugar donde vive para desplazarse sin riesgo alguno, los espacios de recreación con los que cuenta el vecindario, las facilidades para las prácticas deportivas, los servicios que le presta el centro de salud más cercano a su hogar y las condiciones para asistir a una iglesia.
- La dimensión Vida familiar y hogar incluye once preguntas. En ellas se evalúa la relación afectiva con su esposo o esposa, sus hijos, el número de hijos que tiene, sus responsabilidades domésticas, el potencial de su hogar para brindarle seguridad afectiva, la capacidad para satisfacer las necesidades de amor de los miembros del hogar, el tiempo que

pasa con su familia, la relación afectiva con sus padres, hermanos, sobrinos y el apoyo afectivo que recibe de su familia extensa.

- La dimensión Pareja está formada por seis preguntas, en las cuales se indaga sobre el afecto que recibe por parte de su pareja, el tiempo que pasa con ella, las actividades que realizan juntos, el apoyo emocional que recibe y le brinda a su pareja y la intimidad sexual.
- La dimensión Ocio está compuesta por cinco preguntas. Aquí se examina la cantidad de tiempo libre que tiene, las actividades deportivas y recreativas que realiza, el tiempo disponible para descansar y las actividades creativas que practica (pintura, dibujo, manualidades).
- La dimensión Medios de comunicación está integrada por dieciocho preguntas. Se evalúa de acuerdo con el grado de satisfacción respecto al contenido de los programas de televisión nacional de señal abierta y señal cerrada; el contenido de los programas de radio, la cantidad de tiempo que pasa escuchando la radio, en Internet revisando páginas educativas y no educativas, la frecuencia con que asiste al cine, entre otras.
- La dimensión Religión está compuesta por siete preguntas, en las cuales se evalúa el grado de satisfacción respecto a la vida religiosa de su familia, la frecuencia con que asiste a misa, su relación con Dios, el tiempo que le dedica y el amor que le brinda, las actividades que organiza su templo o iglesia y la vida religiosa en su comunidad.
- La dimensión Salud la componen cuatro preguntas que evalúan el grado de satisfacción respecto a la salud física y psicológica del encuestado, de su familia nuclear y de su familia extensa.

### **Muestra/Población**

Muestreo intencional del personal de enfermería que labora en las unidades de cuidados intensivos de tres instituciones de carácter público y privado. La muestra estuvo conformada por 42 personas de la UCI-adultos y 24 de la UCI-neonatal, que corresponden al 100 % de los trabajadores de dichas instituciones.

### **Recolección de la información/Procedimiento**

Se aplicó una encuesta dividida en dos partes: en la primera se identifica el perfil sociodemográfico y en la segunda se evalúa la calidad de vida del participante. Para esta última se implementó la versión propuesta por Grimaldo del cuestionario de calidad de vida de Olson y Barnes (29). Para la recolección de la información se entregó una encuesta a los participantes, la cual fue recolectada al día siguiente para garantizar su adecuado diligenciamiento.

### **Procesamiento de la información/ Análisis de datos**

Se organizó una base de datos en Microsoft Excel, donde se tabularon las encuestas para proceder con el análisis de las nueve dimensiones evaluadas. Se utilizaron medidas para el nivel descriptivo como frecuencias absolutas y desviación estándar (DE). Se cruzaron las variables para identificar diferencias por cargo, sexo, edad, etc.

### **Ética**

Se obtuvo previamente el consentimiento informado de los participantes. En las encuestas no se solicitaba información personal como nombres, números de legajos de trabajadores o número de documento, y se analizaron los datos en conjunto y no de manera unificada. La información se recolectó solo con fines académicos, y los nombres de las instituciones no se mencionan en este escrito.

## **RESULTADOS**

### **Caracterización de la muestra**

El universo estuvo compuesto por el personal de enfermería que labora en las unidades de cuidados intensivos de tres instituciones de la ciudad de Santa Marta, Colombia. La muestra fueron 66 trabajadores que accedieron a participar en el estudio, cifra que corresponde al 100 % de la población. El 63,6 % de ellos laboran en la UCI-adultos y el 36,3 % en la UCI-neonatal. El 18,1 % de la muestra corresponde a auxiliares de enfermería, y el 81,9 % restante al personal profesional del área. La mayoría de la población (98,4 %) es

de sexo femenino, con edades comprendidas entre 24 y 50 años para una media de 33,9 (DE=6,6); el 45,4 % eran solteros, 51,5 % casados o en unión libre y 3 % divorciados. En cuanto a la experiencia laboral, esta oscila entre 2 y 24 años, con una media de 10,9 años (DE=6,2) y tiempo laborado en UCI con media de 7,2 años (DE= 4,5).

### **Calidad de vida**

A continuación, se presentan los resultados de la aplicación del cuestionario autoadministrado de calidad de vida de Olson y Barnes propuesta por Grimaldo (29). La encuesta se puntúa en una escala tipo Likert con valores que oscilan entre 1 y 5 (1: Insatisfecho, 2: Un poco satisfecho, 3: Más o menos satisfecho, 4: Bastante satisfecho, 5: Completamente satisfecho). Se muestran los resultados expresados en puntuación por dimensión y promedio sobre el número de ítems. Así, 30 puntos en una dimensión de 10 ítems corresponderían a 3 puntos por ítem, considerado según el rango de evaluación como Más o menos satisfecho.

#### **Dimensión Bienestar económico**

En esta dimensión se obtuvo una puntuación total promediada de 28,7, equivalente a 3,1 puntos por ítem, que corresponde a Más o menos satisfecho. La pregunta que recibió mejor puntaje fue la referida a los medios materiales de la vivienda para vivir cómodamente, con una puntuación de 3,9, mientras que la de menor puntaje (2,3) fue la referida a la capacidad económica para la adquisición de objetos personales de lujo, correspondiente a Un poco satisfecho.

#### **Dimensión Amigos**

En este apartado, se encontró un promedio de 20,3 puntos, correspondiente a 2,9 por cada ítem evaluado, equivalente a Un poco satisfecho. En esta dimensión, la pregunta mejor evaluada por la población encuestada fue la referida a los amigos del trabajo (satisfacción con la amistad) con una puntuación de 3,3, mientras que la peor evaluada fue la referida a la satisfacción con los amigos que frecuenta en la zona donde vive y el tiempo que comparte con ellos, con un puntaje de 2,5 correspondiente a Un poco satisfecho.

#### **Dimensión Vecindario y comunidad**

En esta dimensión, se evidenció un promedio de 18,2, correspondiente a 3 puntos en cada una de las 6 preguntas que integran la dimensión, equivalente a Más o menos satisfecho. La pregunta mejor evaluada fue la referida a la facilidad para asistir a una iglesia (3,6 puntos), mientras que la peor evaluada fue la relacionada con los servicios que le brinda el centro de salud más cercano, con un puntaje de 2,6 correspondiente a Un poco satisfecho.

#### **Dimensión Vida familiar y hogar**

En cuanto a la vida familiar y el hogar, se encontró un promedio de 39,4 puntos, es decir 3,5 por ítem, lo que equivale a Más o menos satisfecho. En esta dimensión, la pregunta mejor evaluada fue la referida a la relación afectiva con sus hijos, con una puntuación de 3,9, mientras la peor evaluada fue la referida al tiempo que pasa con su familia, con un puntaje de 3,1.

#### **Dimensión Pareja**

Aquí se muestra un promedio de 17,8 puntos, 2,9 por ítem del constructo, equivalente a Un poco satisfecho. La pregunta mejor evaluada fue la referida a la intimidad sexual (3,3 puntos), mientras que la peor evaluada fue la relacionada con el tiempo que pasa con su pareja (2,6 puntos).

#### **Dimensión Ocio**

En esta dimensión se muestra un promedio de 11,1 puntos (2,2 por ítem), equivalente a Un poco satisfecho. La pregunta mejor puntuada fue la referida a la cantidad de tiempo libre con que se cuenta, con una puntuación de 2,3; la de menor puntaje fue la relacionada con las actividades creativas que realiza (2,1 puntos). Esta fue la peor puntuada dentro del conjunto de dimensiones evaluadas.

#### **Dimensión Medios de comunicación**

Se encontró un promedio de 45,3 en esta dimensión, es decir, 2,5 puntos por cada ítem que la integra, equivalente a Un poco satisfecho. La pregunta mejor puntuada fue la referida al contenido de los programas de televisión por cable o satelital (señal cerrada o privada), con una puntuación de 3,3, mientras que la peor evaluada fue la referida a la frecuencia con que asiste al teatro (1,8 puntos).



### **Dimensión Religión**

Aquí se muestra una puntuación promedio de 25,4 (3,6 por ítem) equivalente a Más o menos satisfecho. En esta dimensión, la pregunta mejor puntuada (4,2) fue la referida a la relación con Dios, mientras que la peor evaluada fue la concerniente a la frecuencia con que participa en las actividades organizadas por el templo o iglesia (3,0 puntos). Esta dimensión fue la mejor evaluada dentro del conjunto de dimensiones expuestas.

### **Dimensión Salud**

Se encontró un promedio de 14,5 puntos, correspondiente a 3,6 por ítem, lo que equivale a más o menos satisfecho dentro de los rangos de evaluación. En esta dimensión, la pregunta mejor puntuada fue la referida a la salud psicológica de los miembros de su familia extensa, con una puntuación de 3,8, mientras que la peor evaluada fue la referida a la salud de los miembros de la familia nuclear con un puntaje de 3,5.

Al realizar una evaluación general de las nueve dimensiones que componen la calidad de vida, la mejor puntuada fue Religión, y la peor, Ocio. La pregunta con mayor puntaje fue la que tiene que ver con la relación con Dios, y la peor evaluada fue la concerniente a la frecuencia con que asiste a teatro el encuestado.

Al realizar un análisis del conjunto de respuestas por sujeto, se encontró que el 33,3% evalúan su calidad de vida con un grado de satisfacción de 2,1-3,0 (Un poco satisfecho), el 57,5% la evalúa dentro del rango de 3,1-4 (Más o menos satisfecho) y sólo el 9,1% se encuentra bastante satisfecho con su calidad de vida. El personal auxiliar posee puntuaciones menores en la calidad de vida referida frente al personal profesional.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

Los resultados anteriores indican que en general se observa una calidad de vida caracterizada como “buena”. Esta calificación depende de la percepción de los profesionales evaluados, aspecto que no es neutral, sino que es producto de la relación, los antecedentes y las expectativas que tienen. Se destaca que la calidad de vida bajo el formato

evaluado es una percepción del sujeto encuestado, la cual se relaciona con el equilibrio de las demandas de trabajo y la capacidad percibida para afrontarlas a fin de garantizar el pleno desarrollo del ser humano en sus esferas laboral, familiar y personal. Asimismo, la calidad de vida se encuentra vinculada a la posibilidad que tiene el individuo de satisfacer sus necesidades fundamentales (30).

Otros estudios sobre calidad de vida profesional en trabajadores de enfermería mencionan que esta es regular, dadas condiciones como la alta carga de trabajo propia de áreas como urgencias y cuidados intensivos, y el estrés que se maneja allí (31-32).

El bienestar económico de los trabajadores es determinante no solo de sus necesidades básicas y las de sus familias, sino que actúa como motivación para el desempeño de las labores propias del trabajo (33). En el presente estudio se encontró un nivel de satisfacción medio en esta área; los ingresos económicos suplen las necesidades básicas, pero los encuestados refieren dificultades para realizar gastos en actividades de ocio y la adquisición de objetos no necesarios o “de lujo”, por ejemplo, dificultades relacionadas con los bajos ingresos económicos de la muestra, evaluados en la dimensión Bienestar económico. Se encontraron niveles mayores de calidad de vida en el personal profesional, que se podrían relacionar con factores propios del tipo de trabajo realizado y con ingresos económicos más altos en esta población.

En la muestra se identificó poca disponibilidad de tiempo para realizar actividades de ocio, de pareja, recreativas y deportivas con la familia y amigos, así como para usar los medios de comunicación con fines informativos o de ocio. El entorno cada vez más exigente, sumado a la burocracia administrativa, produce mayores demandas en el trabajador, haciendo a un lado la calidad de vida en el ámbito profesional y por fuera de este, lo que genera estrés, insatisfacción con el trabajo, la carga laboral y el sueldo confrontado con la carga laboral diaria (8-11).

Algunas investigaciones evidencian los efectos del trabajo sobre la calidad de vida y señalan la influencia del empleo sobre el tiempo libre, la poca disponi-

bilidad para compartir tiempo con la familia, y la existencia tanto de largas jornadas de trabajo que son agotadoras y rutinarias como de trastornos del sueño, lo cual supone alteraciones en la calidad de vida que percibe el profesional (33). Estos factores marcan la relación del empleo con la vida familiar y social, como se evidencia en el presente estudio. Es más significativa la influencia en el área social que en la familiar, donde se observan menores niveles de satisfacción en la dimensión Amigos. En cuanto a las relaciones afectivas con la pareja, los hijos y la familia extensa, se encontró un grado medio de satisfacción. Se reporta un alto grado de insatisfacción con respecto al tiempo disponible para las actividades familiares. Relativo a la pareja, se halla insatisfacción con el tiempo y actividades compartidas, pero no en la intimidad sexual.

Diversos estudios mostraron valores parecidos de calidad de vida y su relación con la satisfacción laboral, donde se identificaron bajos índices de calidad de vida laboral en el personal de enfermería (34).

Para concluir, la calidad de vida del personal de enfermería de unidades de cuidado intensivo encuestado se encuentra en el rango positivo de evaluación con un puntaje de 3,1 (Más o menos satisfecho). La dimensión mejor evaluada fue Religión y la peor, Ocio. El presente estudio cobra importancia en el nuevo escenario planteado para los trabajadores del área de enfermería, donde se demanda una actitud más activa. Surge el interrogante sobre si las personas encargadas de la salud de una población determinada y que buscan mejorar la calidad de vida de esta cuentan con estándares de vida propios de la información de la cual son destinatarios privilegiados, que den tanta importancia a la calidad de vida del profesional tratante como a la del sujeto de cuidados. Por lo anterior, se hace imprescindible indagar sobre las áreas que se podrían comprometer con la calidad de vida de los profesionales sanitarios. Este aspecto lo corroboran numerosos estudios, donde se relaciona la satisfacción laboral y la calidad de vida del empleado con la calidad de los servicios que ofrece a los pacientes, debido a que tiende a brindar calidad al paciente en la misma medida en que percibe que la recibe en su vida personal y laboral (35-38).

Algunos estudios sugieren que la precarización laboral está asociada a menores niveles de calidad de vida y del cuidado de la salud (39). Los profesionales en general suelen referir sobrecarga laboral y familiar, con predominio del ejercicio de múltiples roles en la familia y en el entorno laboral. Esto deriva en altos niveles de agotamiento físico y emocional, y vulnera la calidad del cuidado ofrecido al paciente, a su familia y a sí mismo. Esto explica la necesidad de estudiar la calidad de vida percibida en los trabajadores del área de enfermería (40). En palabras de Romero y colegas, “ningún sistema de salud puede ser eficiente y digno de sus postulados si sus profesionales viven escasamente para la sobrevivencia día tras día y postergan su pleno desarrollo a escala humana” (39).

El perfil de calidad de vida de los profesionales encuestados nos sugiere revisar si el personal de enfermería con que cuentan en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) es el necesario y suficiente para cubrir las demandas de los servicios, si sus competencias y formación profesional (de grado y posgrado) están siendo de ayuda en su labor o si están subutilizadas. Asimismo, se hace necesario constatar que las jornadas laborales permiten más eficiencia y seguridad en el cuidado en términos de carga de trabajo y carga horaria, y si las condiciones laborales dignifican su condición humana.

El presente estudio deja como planteamiento abierto profundizar en las esferas relativas a la salud mental; en lo que tiene que ver con los niveles de estrés, ansiedad, depresión, compasión hacia sus pacientes; en las redes de apoyo con las que cuentan, y sobre las actividades que desarrollan y si están relacionadas con sus niveles de formación.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández A, Jiménez J, Casado M. Calidad de vida de los profesionales de enfermería en atención primaria en salud de Soria. Biblioteca Las Casas [Internet]. 2007 [consultado 7 de abril de 2014];3(1). Disponible en: [www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0213.php](http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0213.php)
2. Arnold, S. Measurements of quality of life in the frail elderly. En: Birren J, Lubben J, Rowe J, Deustchman D. The concept and measurement of quality of life in the frail elderly. Nueva York: Academic Press; 1991; p. xiv.

3. Jannsen M. The effects of leisure education on quality of life in older adults. *Therapeutic Recreation Journal*. 2004;38(3):275-88.
4. Olson D, Barnes H. Calidad de vida [manuscrito no publicado].
5. Victoria C, González M, Fernández J, Ruiz V. Calidad de Vida y salud en la tercera edad. Una actualización de tema. *Revista Electrónica de Psicología Itzacala*. 2005;8(3): 1-16.
6. Inga J, Vara A. Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Universitas Psychologica*. 2006;5(3):475-86.
7. Camfield L, Skenvington S. On subjective well-being and quality of life. *Journal of Health Psychology*. 2008;13(6):764-75.
8. Vergara M. La renta médica en el sector público de salud. *Revista Chilena de Salud Pública*. 2001;5(2-3):102-10.
9. Goic A, Armas R. Descentralización en salud y educación: la experiencia chilena. *Rev Med Chile*. 2003;131(7):788-98.
10. González A, Segovia I. La medicina general familiar en Chile. *Cuad Med Soc (Chile)*. 1995;36(n.o extraordinario):29-33.
11. Katerndahl D, Parchman M, Wood R. Perceived complexity of care, perceived autonomy, and career satisfaction among primary care physicians. *J Am Board Fam Med*. 2009;22(1):24-33.
12. Cabezas C. Síndrome de desgaste profesional, estrés laboral y calidad de vida profesional. *FMC*. 1998;5(8):491-2.
13. Sánchez R, Álvarez R, Lorenzo S. Calidad de vida profesional de los trabajadores de atención primaria del área 10 de Madrid. *Medifam*. 2003;13(4): 291-296.
14. Pratibha K. Stress causes psychosomatic illness among nurses. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2009;13:28-32.
15. Séhlen S, Vordermark D, Schafer C, Herschbach P, Bayerl A, Pigorsch S, Geintiz H. Job stress and job satisfaction of physicians, radiographers, nurses and physicist workers in radiotherapy: a multicenter analysis by the DEBRO quality of life work group. *Radiation Oncology*. 2009;17:4-6.
16. Martínez C, López G. Características del síndrome de burnout en enfermeros. *Archivos de Medicina Familiar*. 2005;7(1):6-9.
17. Ho W, Ching S, Shih Y, Liang R. Effects of job rotation and role stress among nurses and job satisfaction and organizational commitment. *Health Services Research*. 2009;9:8-9.
18. Maslach, C. *Burnout: The cost of caring*. Nueva York: Prentice-Hall Press; 1982.
19. Ahuvia A, Friedman D. Income, consumption, and subjective well-being: toward a composite macro-marketing model. *Journal of Macromarketing*. 1998;18(2):153-68.
20. Tavallaii S, Einollahi B, Arizabadi Farahani M, Namdari M. Socioeconomic links to health-related quality of life, anxiety and depression in kidney transplant recipient. *Iran J Kidney Dis*. 2009;3(1):40-4.
21. Fahey T, Whelan C, Maitre B. *First European quality of life survey: income inequalities and deprivation*. Office for Official Publications in the European Communities. Dublin: Office for Official Publications of the European Communities; 2005.
22. Goncalves L, Lentz R, Costenaro R, Nassar S. O profissional de enfermagem e a qualidade de vida: uma abordagem fundamentada nas dimensoes propostas por Flanagan. *Revista Latinoamericana de Enfermería*. 2000;8(4):7-14.
23. Preidt R. Income inequality affects quality of life for all. *ABC News [Internet]*. 2009 [consultado 30 de abril de 2014]. Disponible en: <http://abcnews.go.com/Health/Healthday/income-inequality-affects-quality-life/story?id=9057038>.
24. Cabezas J, Rubio R, Alexandre M. Calidad de vida y diferencias en función del sexo. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*. 2001;11(4):173-80.
25. Jörngården A, Wettergen L, Von Essen L. Measuring health-related quality of life in adolescents and young adults: Swedish normative data for the SF-36 and the HADS, and the influence of age, gender, and method of administration. *Health Qual Life Outcomes*. 2006;4:91.
26. Alfaia R, Berisn R. Quality of life of nurses in the operating room. *Journal of Albert Einstein Hospital*. 2009;7(2):152-8.
27. Barrientos L, Suazo S. Factores asociados a calidad de vida de enfermeras hospitalares chilenas. *Revista Latinoamericana de Enfermería*. 2007;15(3):3.
28. Carvalho D, Lima E. Síntomas físicos de estresse na equipe de enfermagem de un centro cirúrgico. *Nursing*. 2001;4(34):31-4.
29. Grimaldo M. Calidad de vida en profesionales de la salud en la ciudad de Lima. *Liberabit*. 2011;17(2):173-85.



30. Max M, Elizalde A, Hopehayn M. Desarrollo a escala humana. Una opción para el futuro. Santiago de Chile: Centro de Alternativas de Desarrollo; 1985.
31. Fernández A, Cuairán M, Curbelo R. Calidad de vida profesional de enfermería en urgencias de un hospital de referencia. 2016;42:376-85.
32. Carrillo C, Martínez ME, Vivo MC, Quiñonero M, Gómez R, Celdrán-Gil F. Job satisfaction of medical emergency mobile team and the Coordinating Office of Emergency 061. Rev Calid Asist. 2014;29:341-9.
33. Barrera M, Martínez H, Rodríguez S. Calidad de vida de los profesionales de enfermería que laboran en las unidades renales de Bogotá D. C. Repertorio de Medicina y Cirugía. 2003;12(1):36-9.
34. Hashemi Z, Sheikhtaheri A. Quality of work life and job satisfaction of nursing managers. Iran J Public Health. 2014;43(4):537-8.
35. Varo J. La calidad de la atención médica. Med Clin. 1995;104(14):538-40.
36. Sibbald B, Enzer I, Cooper C, Routh U, Sutherland V. GP. Job satisfaction in 1987, 1990, and 1998: lessons for the future? Fam Pract. 2000;17(5):364-71.
37. Newman K, Taylor U. The NHS plan: nurse satisfaction, commitment and retention strategies. Health Serv Manage Res. 2002;15(2):93-105.
38. Pólit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 4.a ed. México: Interamericana, McGraw-Hill; 1994.
39. Quinlan M, Mayhew C, Bohle P. The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: placing the debate in a comparative historical context. Int J Health Serv. 2001;31:507-36.
40. Romero M., Mesa L., Galindo S. Calidad de vida de las(os) profesionales de enfermería y sus consecuencias en el cuidado. Avances en Enfermería. 2008;26(2):59-70.