

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRÍA EN SALUD MENTAL**

Tesis

**CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONALES DEL SERVICIO DE
PSICOPATOLOGÍA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA
A TRAVÉS DEL CUESTIONARIO WHOQOL BREF.**

Autor: Prof. Lic. en Psi. Lorena Paola Chávez

Director: Dra. Leticia Luque

2017

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRÍA EN SALUD MENTAL**

Tesis

**CALIDAD DE VIDA EN PROFESIONALES DEL SERVICIO DE
PSICOPATOLOGÍA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA
A TRAVÉS DEL CUESTIONARIO WHOQOL BREF.**

Autor: Prof. Lic. en Psic. Lorena Paola Chávez

Director: Dra. Leticia Luque

Córdoba, Marzo 2017

La Universidad Nacional de Córdoba no se hace solidaria con el contenido de la presente tesis.

Córdoba, 15 de Febrero de 2017

Carrera de Maestría en Salud Mental

Sres. Directores de la Maestría en Salud Mental

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Ustedes con el objeto de avalar en carácter de directora, la entrega del ejemplar final de tesis de Maestría para aspirar al grado de Magister en Salud Mental de la Lic. Lorena Paola Chávez DNI 30327623, Titulado “Calidad de Vida en profesionales del Servicio de Psicopatología de un Hospital Universitario de Córdoba a través del Cuestionario Whoqol Bref” el cual reúne las condiciones científicas y académicas necesarias para su presentación.

Sin otro particular, los saluda atentamente.

A mi directora de tesis Dra. Leticia Luque, por tu contención afectiva y el acompañamiento profesional en todo momento.

Y a mi compañero de vida Ezequiel, por tu apoyo incondicional en este recorrido.

A mi mamá, papá y hermana.

A todos los que me han acompañado.

Gracias

Tabla de contenidos

Agradecimientos	
Abreviaturas.....	5
Resumen.....	6
Introducción.....	8
Hospital Nacional de Clínicas.....	9
Del servicio de salud mental al servicio de Psicopatología.....	11
Calidad de Vida.....	13
Evolución del Concepto.....	13
Consensos en relación al concepto.....	14
Criterios de aproximación de análisis.....	16
Interrelación de los términos: salud/calidad de vida.....	16
Determinantes de la calidad de vida y la salud.....	17
Conceptos Asociados.....	18
-Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico.....	18
-Bienestar Económico.....	20
-Bienestar Social.....	20
-Estado de Salud y Estado Funcional.....	20
-Nivel de vida, Modo de vida, Condiciones de vida y Estilo de Vida...21	
Calidad de Vida Relacionada con la Salud.....	22
Definición de la OMS y el Grupo WHOQOL.....	22
Estudios e investigación en poblaciones de profesionales.....	24
Instrumentos de Medición.....	28
Instrumento WHOQOL- Bref.....	28
Objetivos.....	30
Materiales y Método.	
Enfoque, Tipo de estudio, Diseño.....	31
Participantes.....	31
Criterios de inclusión.....	31
Criterios de Exclusión.....	31
Consentimiento informado y confidencialidad.....	32
Instrumento Utilizado.....	32
Dimensiones de CV en el instrumento Whoqol- Bref.....	33
Scoring del Cuestionario Whoqol-Bref.....	35
Autorización para uso del cuestionario Whoqol-Bref.....	36
Procedimiento de Recolección de datos.....	37
Análisis de datos.....	38
Resultados.	
Características sociodemográficas.....	39
Presencia de enfermedad.....	42
Calidad de vida y estado de salud.....	44
Percepción de Calidad de Vida.....	44
Percepción del Estado de Salud.....	45
Descripción de respuesta a reactivos.....	47
Dominios: físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente.....	50

Discusión.....	55
Conclusiones.....	69
Referencias Bibliográficas.....	77
Anexos	
1- Autorización a la realización del trabajo de campo.....	86
2-Autorización nacional para el uso de cuestionario Whoqol- Bref.....	86
3-Consentimiento informado.....	87
4-Modelo Instrumento Whoqol- Bref.....	88

Listado de Tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos y descriptivos de la población.....	40
Tabla 2. Descriptivos HLS y HLHS según sexo.....	41
Tabla 3. Percepción de CV. Distribución de respuestas según el sexo.....	45
Tabla 4. Percepción de CV. Distribución de respuestas según la edad.....	45
Tabla 5. Percepción del estado de salud. Distribución según el sexo.....	46
Tabla 6. Percepción de Estado de Salud. Distribución según la edad.....	46
Tabla 7. Calidad de vida y Satisfacción con la salud. Distribución de acuerdo a variables sociodemográficas.....	47
Tabla 8. Prueba T. Enfermedad y necesidad de tratamiento médico.....	49
Tabla 9. Descriptivos. Dominios de Calidad de Vida.....	50
Tabla 10. Dominios CV. Distribución de acuerdo a variables sociodemográficas...	51
Tabla 11. Ocupación y Dominios de Calidad de Vida.....	52
Tabla 12. Presencia de enfermedad y dominios de Calidad de Vida.....	53
Tabla 13. Rho de Spearman. Calidad de Vida, estado de salud y dominios.....	54

Listado de Figuras

Figura 1. HLS y HLHS. Distribución de respuesta según el sexo.....	41
Figura 2. Distribución de Horas de trabajo de acuerdo a la profesión.....	42
Figura 3. Problemas de salud reportados en la muestra.....	43
Figura 4. Percepción de la Calidad de Vida.....	44
Figura 5. Percepción del Estado de Salud.....	46

Abreviaturas

CV	Calidad de Vida
HNC	Hospital Nacional de Clínicas
UNC	Universidad Nacional de Córdoba
CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
Whoqol	World Health Organization Quality of Life
Whoqol- Bref	World Health Organization Quality of Life- Bref (Instrumento)
HLS	Horas Laborales Semanal
HLHS	Horas Laborales Hospital Semanal

Resumen

Título: La Calidad de Vida en profesionales del Servicio de Psicopatología de un Hospital Universitario de Córdoba a través del Cuestionario Whoqol Bref.

Autor: CHAVEZ, Lorena (Maestrando Salud Mental Cohorte 2012-2014)

Institución de pertenencia: Servicio de Psicopatología. Hospital Nacional de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina

El objetivo del trabajo fue analizar las características de la Calidad de Vida en los profesionales del Servicio de Psicopatología de un Hospital Universitario de la Ciudad de Córdoba a través del cuestionario WHOQOL Bref.

Se aplicó de manera anónima y autoadministrada el instrumento WHOQOL- Bref, versión adaptada a Argentina, a 70 profesionales del Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas de la Provincia de Córdoba. La relación entre la Calidad de Vida y las variables de interés fueron evaluadas por medio de pruebas paramétricas, mientras que para las comparaciones inter-grupo en variables cuantitativas se usó la prueba T.

La muestra en su mayoría fue de sexo femenino, de profesión psicólogos, de hasta 35 años de edad, soltero, que no vive en pareja y que no tiene hijos. Dedicar al trabajo en promedio 33 horas a la semana y de ellas 16 horas son de trabajo en el hospital. El grupo de médicos dedica al trabajo mayor cantidad de horas por semana que el resto de los grupos. Un 67% refieren una Calidad de Vida buena y un 57% se encuentra conforme con su estado de salud. El 31,4% reconoce estar enfermo al momento de la investigación y las afecciones de tiroides fue el problema de salud mayormente reportado. Se encontró una relación significativa entre la presencia de enfermedad y la percepción del estado de salud y correlación entre estar enfermo y la percepción del dominio físico. El dominio con puntaje más bajo fue en relación al ambiente y el dominio con puntaje más alto en las relaciones sociales. Se identifican indicadores que permiten inferir un desgaste profesional en la muestra. Se detecta un alto porcentaje de insatisfacción en relación a la energía diaria percibida, la concentración, el descanso, el autoconcepto físico, las posibilidades de recreación y la remuneración percibida.

Palabras Claves: Calidad de vida-Profesionales de la salud-Estado de salud.

Abstract

Title: Quality of life in professionals of the Psychopathology Service of a University Hospital of Córdoba through the WHOQOL-BREF questionnaire.

Author: Chavez, Lorena (Teaching Mental Health Cohort 2012-2014)

Pertinent Institution: Psychopathology Service. National Clinical Hospital. School of Medical Sciences. National University of Córdoba. Argentina

The purpose of the study was to analyze the characteristics of the quality of life in the Psychopathology Service professionals of the Psychopathology Service of a University Hospital of the City of Córdoba through the WHOQOL-BREF questionnaire.

The version of the WHOQOL-BREF instrument adapted to Argentina was applied anonymously and self-administered to 70 professionals from the Psychopathology Service of the National Clinical Hospital of the Province of Córdoba. The relationship between the quality of life and the variables of interest were evaluated by means of parametric tests, whereas for the intergroup comparisons in quantitative variables, the T test was used.

The sample was made up of mostly females, psychologists by profession, up to 35 years of age, single, who do not live with a partner and have no children. They work an average of 33 hours per week, and 16 of those hours are spent working in the hospital. The group of doctors works more hours per week than the rest of the groups. A total of 67% of them report a good quality of life and 57% are satisfied with the status of their health. A total of 31.4% acknowledged being ill at the time of the research, and the health problems reported most were thyroid conditions. A significant relationship was found between the presence of illness and the perception of health status and the correlation between being ill and the perception of the physical domain. The domain with the lowest score was in relation to the environment and the domain with the highest score was in relation to social relations.

Indicators were identified that allowed the professional burnout on the sample to be deduced. A high percentage of dissatisfaction was detected in relation to perceived daily energy, concentration, rest, physical self-concept, recreation possibilities and perceived remuneration.

Key Words: Quality of life – Health professionals – Subjective status of health-wellbeing

INTRODUCCIÓN

A fines de los años setenta comienzos de los ochenta, la profundización en el estudio de los indicadores sociales, comenzaría a definir el concepto de Calidad de Vida (CV) como una concepción integradora y multidisciplinar. Desde sus inicios, comprendería diferentes áreas de la vida de la persona y estaría conformada por dimensiones y facetas, que incluirían tanto el ámbito individual como el colectivo. La mayoría de los desarrollos teóricos (1) harán referencia a condiciones objetivas y subjetivas del individuo como partes componentes del mismo.

En la actualidad coexisten diferentes conceptualizaciones sobre el término, todas pertenecientes a un universo complejo de articulación, sobre las cuales se han planteado algunos puntos de consenso. Estos lineamientos fueron impulsados a partir propuestas realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los años '90 y a partir de la conformación del grupo WHOQOL dedicado a la investigación y profundización del concepto (2).

El componente objetivo de la CV hace referencia a las condiciones socioeconómicas, ambientales, culturales y el componente subjetivo a la autopercepción de la persona sobre su bienestar individual.

Los parámetros objetivos de CV no son únicos determinantes en la autopercepción del bienestar individual y los niveles de Calidad de Vida subjetiva pueden tener diferencias significativas con los indicadores objetivos (3).

Tal como plantea el grupo WHOQOL (2), es justificado pensar la CV como una representación conceptual que describe todo un campo de interés, más que una sola variable. Trujillo et al (4) afirma que entre los alcances más importantes de la concepción, se encuentra la superación de meros índices estadísticos como el Producto Interno Bruto o el Ingreso Per Cápita, para integrar factores como el bienestar subjetivo, la participación en la vida familiar o en comunidad, la posibilidad de gozar de una vida autogestionada y el desarrollo de relaciones positivas (5) . Si consideramos el estudio de estos factores en personas que padecen enfermedad, en grupos vulnerables o con exposición al estrés, la noción de CV permitiría contar con un panorama inicial y precoz para avanzar sobre procedimientos de atención en salud (6) que valore la percepción que las personas tienen sobre sí mismas. Otorgando de este modo, mayor libertad de decisión en las consideraciones que

las personas hacen sobre su propio bienestar, y en este sentido aportaría a promover un enfoque de derecho sobre la propia salud y un empoderamiento dentro de todo el proceso de salud-enfermedad.

Los aportes de investigaciones realizadas en América Latina (1) (4) sugieren que al ocuparse del concepto CV se contribuye al análisis de ejes interrelacionados como:

-La persona y la sociedad, su interacción con los grupos de pertenencia y las instituciones a las que pertenecen. Poder identificar distintos estilos de vida y condiciones del entorno, contribuye a conocer la relación compleja entre aspectos personales, los ambientales y culturales.

- Aspectos objetivos-subjetivos: algunos cuantificables (objetivos), mientras otros suponen valoraciones subjetivas del propio individuo. Este es un eje epistemológico, ya que contempla la interacción con los objetos de su conocimiento, consigo mismo, con los demás y la utilización de la razón o la propia experiencia.

El análisis de estas interrelaciones constituyentes de la CV dentro de un grupo de profesionales de una institución particular de la provincia de Córdoba, es el objeto de la presente investigación. Se consideró en su análisis la concepción planteada por Trujillo et al (4) que expresa que: “La Calidad de Vida objetiva y subjetiva no siempre coincidirían ya que también repercuten factores como la influencia del grupo de adscripción y /o los relativos al grupo, cultura, etc.”. Por ello se propone la descripción de la percepción que tienen sobre su CV un grupo de profesionales pertenecientes a un servicio particular, apoyándonos en la concepción que el colectivo y la institución no son elementos neutros dentro de las percepciones de los individuos. La CV de cada persona no se apoya únicamente en su grupo de origen o en sí mismo, sino también en las diversas instituciones públicas y privadas con las que se relaciona y a las que pertenece, por esta razón nos interesa identificar si existen factores en recurrencia dentro del grupo.

Hospital Nacional de Clínicas (HNC):

La institución donde se inscribe el estudio es el Hospital Nacional de Clínicas (HNC), perteneciente a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de

Córdoba (UNC), Argentina. Esta institución cuenta con un papel significativo en la historia de la carrera de medicina de la UNC y en la formación de sus egresados.

Con la creación de la Facultad de Ciencias Médicas en 1877, surge la necesidad de disponer de institutos adecuados para la enseñanza y la formación de sus alumnos. Estas funciones formativas fueron desempeñadas en un primer momento en el Hospital San Roque, hasta que en 1880 el profesor Luis Rossi integrante del Cuerpo Directivo, presenta un proyecto para la construcción de un nuevo Hospital Escuela (7). En 1885 se daría comienzo a la construcción del Hospital en terrenos cedidos por el intendente de la ciudad, Juan Manuel de la Serna, ubicados en el entonces llamado "Barrio de las Quintas". Encontraba esa denominación porque todas las manzanas eran quintas dedicadas a la producción de verduras, de frutas. En ese momento no estaba muy poblado, sin pavimentación. Su diseño fue llevado adelante por un grupo de ingenieros que tomaron como referencia al Hospital Escuela de Lugo (Italia), su arquitectura de fuerte impronta italianizante fue considerada un modelo para la época.

Pese a las dificultades y atrasos en el proceso de construcción, el 24 de mayo de 1913 se crea el Hospital Nacional de Clínicas. En su estructura edilicia contaba con un cuerpo principal, constituido por diez pabellones a ambos lados de una galería central, cinco salas destinadas para hombres y cinco salas para mujeres. Esta construcción debió ampliarse luego por no resultar suficiente para las necesidades asistenciales y educativas, por lo cual queda compuesto en 1936 por un subsuelo, planta baja y tres pisos (7).

La presencia y el predominio de los estudiantes de medicina le dieron al barrio una característica muy especial. Fue el barrio de los guardapolvos, en esa época año 40, casi todas las casas en el barrio eran netamente estudiantiles. En cada cuadra había una o dos casas de familia únicamente.

La vida del hospital atravesó numerosos hitos políticos, sociales que lo marcaron: ser cuna del movimiento de la Reforma Universitaria (1918), el traslado edilicio de la Maternidad que permitió su autonomía, constituyendo el Hospital Nacional de Maternidad y Neonatología, segundo Hospital Escuela de la Facultad de Ciencias Médicas (1934), la declaración como Monumento Histórico a gran parte de las instalaciones (1996) y la transformación en Hospital de Auto Gestión (1993), ambos sancionados por Decreto por el Poder Ejecutivo Nacional. A partir de este último hito, se autoriza a la gestión institucional a administrar directamente los ingresos que recibía en el cobro de sus prestaciones. A partir de 1997, se

transforma en un hospital de gestión descentralizada y el bono contribución se vuelve de carácter obligatorio para los usuarios (7).

Este hospital junto con el Hospital General San Martín de Buenos Aires, fueron los únicos Hospitales escuelas universitarios Polivalentes del país, los cuales han sido diseñados expresamente para tal fin. Actualmente se encuentra categorizado en un cuarto nivel de complejidad, debido a la disponibilidad de sus recursos y la diversificación de prestaciones (8). El Dr. Presman profesional formado en el hospital dijo al referirse a la historia del hospital:

“En esa época, formarse en el Clínicas no era lo mismo que hacerlo en los hospitales municipales, provinciales o privados. Era un lugar emblemático de la historia cordobesa. Allí se juntaron los estudiantes de la Reforma Universitaria del '18, autores del Manifiesto Liminar, los revolucionarios que protagonizaron el Cordobazo del '69, los “piratas” del club Belgrano...el Clínicas fue mucho más que un hospital, fue un emblema que dio nombre al barrio e identidad a quienes pasamos por él” (9).

Recientemente luego normativas impulsadas en el año 2013, el Hospital pasa a depender del presupuesto designado de la Nación y de los convenios establecidos con obras sociales, se deja atrás el modelo de autogestión y las prestaciones de los “pacientes hospitalarios” solo se realizan a personas que no posean ninguna cobertura social. En estos últimos años, la construcción de las salas nuevas de Clínica Médica “Ramón Carrillo” y las unidades renovadas de Cuidados Intensivos y Coronarios le dieron un impulso asistencial que se sostiene por el convenio con la obra social nacional Pami.

Del Servicio de Salud mental al Servicio de psicopatología:

El Servicio de Psicopatología, depende de Clínica Médica, se conforma en el año 1950 recibiendo el nombre de “Servicio de Salud Mental”, a cargo del Profesor de medicina interna Ricardo Podio. Durante la época de la dictadura se interrumpe la actividad profesional y con la vuelta a la democracia, se reabre el servicio aumentando el número de psicólogos y estudiantes.

En 1994 por Resolución Decanal N° 44/95, asume la Dirección del Servicio el Prof. Dr. José María Willington y como sub-jefa Lic. Beatriz Gutiérrez Siburu quien continúa en la actualidad. Ese mismo año la cátedra de Clínica Psiquiátrica del Hospital Neuropsiquiátrico es trasladada al hospital, y se cambia la anterior

denominación por “Servicio de Psicopatología”, nombre con el que continua al día de hoy.

En el año 2003, el Dr. Willintong acepta el cargo de Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, y asume la conducción del servicio el Dr. Mario Sassi quien continúa hasta el año 2012. Ese año asume por concurso de oposición y antecedentes el Dr. Agüero Jorge quien continúa hasta el momento de realización del estudio.

Ubicación: Se encuentra al final del primer piso del ala izquierda del Hospital, compartiendo el espacio con flebología y endoscopía. Se accede al mismo por escalera o ascensos, a través del ingreso de guardia y por la entrada principal.

Profesionales: Al momento de realizar el estudio el Servicio de Psicopatología cuenta con 72 profesionales en actividad entre psicólogos, psiquiatras, nutricionistas y otros. Puede mencionarse además, los alumnos y docentes del Postgrado de Psiquiatría y de la cátedra de grado de salud mental.

Recursos: Cuenta con ocho consultorios externos, cuatro de ellos con ventana al exterior y cuatro sin ventana. Una sala adaptada para terapia grupal y reunión de equipo. Una secretaría, un espacio para profesionales con baño y una oficina de archivo. Hay 3 baños destinados para pacientes. Algunos de los recursos mencionados no se encuentran disponibles al momento de realizar el estudio, por desperfectos o roturas.

Áreas o departamentos: Admisión, consultorios externos, grupos psicoterapéuticos, Psicodiagnóstico y certificación, guardia psicológica y psiquiátrica, trastornos de la conducta alimenticia, Obesidad y cirugía bariátrica, interconsulta médico-psicológica, psicoprofilaxis quirúrgica y oncología.

Dentro del servicio se proponen actividades de capacitación y docencia, ateneos clínicos, supervisión individual o grupal. Dentro de los equipos se proponen actividades de investigación.

Usuarios del Servicio: Se admiten personas sin cobertura social y con obra sociales nacionales (Daspu y Pasos). Las prácticas deben autorizarse en auditoría médica bajo código de prestación.

No se admiten pacientes con diagnóstico de patologías crónicas graves, adicciones, ni personas de alto riesgo. A diferencia del resto de los servicios del Hospital, no se admiten para atención pacientes de obra social PAMI ni APROSS.

Calidad de vida

El concepto de Calidad de Vida (CV) estuvo asociado en sus inicios a las condiciones del medio ambiente y los indicadores socio-económicos de la sociedad.

A comienzos de la década del '70 surgiría la necesidad de establecer parámetros de medición a través de datos objetivos y cuantificables, para ello se utilizaron medidas estadísticas y baremos estandarizados.

Su introducción dentro del área de salud, comenzaría a partir de interrogantes en relación a la unión y la correspondencia entre los datos objetivables y aspiraciones del paciente, del médico y/o sociedad (10). A partir de la inclusión en Estados Unidos del concepto en la primera revista monográfica "Social Indicators Research" (1974), y en el "Sociological Abstracts" (1979) se produjo la difusión definitiva de la noción a nivel teórico y metodológico, cobrando relevancia dentro del ámbito científico. Se comienza a definir el concepto como un fenómeno integrador, que incluye diferentes áreas de la vida desde un carácter multidimensional.

Evolución del concepto

En la década del '90, todavía habría falta de consenso en los límites del término, si bien se comenzó a considerarlo como un constructo formado por una serie de dominios o facetas todavía su alcance no alcanzaba a estar definido.

En 1995 Felce y Perri (11) desarrollaron diversos modelos conceptuales de CV, según estos la CV se definiría como:

- Calidad de las condiciones de vida de una persona.
- Satisfacción que experimenta la persona con dichas condiciones (comienza a considerarse una combinación de componentes subjetivos y objetivos).
- La calidad de las condiciones de vida junto a la satisfacción que la persona experimenta.
- Combinación de las condiciones de vida, la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

La cuestión de las condiciones objetivas–subjetivas ha sido discutida por diversos autores (8) (9) (10), identificándose posturas diferenciadas plasmadas en el documento de discusión publicado en 1998 por la Sociedad Internacional de Estudios para la CV (12). Los indicadores sociales como información objetiva no se correlacionarían con el bienestar subjetivo. Las condiciones objetivas iniciarían el camino de comprensión del bienestar subjetivo aunque la CV mediría la diferencia,

dentro de un momento histórico particular, entre las esperanzas o expectativas del individuo y su experiencia presente (12).

Las condiciones humanas subjetivas serían tanto causa como efecto, de las condiciones objetivas (12). De esta manera, los autores de la época comienzan a sugerir la exploración los aspectos interactivos entre ambas concepciones.

Algunos autores (10) proponen la CV como un término sensibilizador, que ofrece a los profesionales un lenguaje común, que orientaría la mirada de las prácticas hacia la persona y la comunidad en el logro de una mayor satisfacción con su vida. Desde una perspectiva semántica Aranibar Munita (13), indicó que el término calidad se referiría a "...atributos o características de un objeto particular, mientras que el término vida es más amplio y envuelve a los seres humanos". El término vida por su parte planteará una primera y fundamental dificultad, ya que habría una gran diversidad de explicaciones y perspectivas según la disciplina que lo aborde y su objeto de estudio. A partir de estas concepciones, se introducirá la noción de satisfacción como elemento sustancial en la percepción del individuo.

También se dirá que es un constructo histórico y cultural de valores, sujeto a las variables de tiempo, al espacio y el imaginario social, con los singulares grados y alcances de desarrollo de cada época y sociedad (11).

En la disciplina social se tomará el concepto como equivalente a bienestar, al estado de salud, y en psicología a la satisfacción y al bienestar psicosocial, realzando el aspecto subjetivo (10).

La CV haría referencia entonces, a un espectro de dimensiones de la experiencia humana, que se correspondería con la satisfacción de las necesidades humanas, tanto las denominadas básicas como las no básicas, las materiales como las inmateriales, las primarias como las secundarias, las vitales como las radicales, y que no podría dissociarse a unas de otras (14).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estableció parámetros de análisis y de consensos (15), en el año 1991 se formaría el grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life – Organización Mundial de la Salud Grupo de Calidad de Vida) constituido por centros de diferentes países que se dedicarán a estudiar el concepto.

Consenso en relación al concepto

El papel de los factores psicológicos que condicionarían el grado de satisfacción o bienestar, sería determinante para el proceso de evaluación de la CV. Desde la psicología, se convertiría en un concepto básicamente referido al tipo

de respuesta individual y social ante el conjunto de situaciones de la vida, se centraría en la percepción de ese bienestar, en el análisis de los procesos que conducirían a esa satisfacción y en los elementos integrantes de la misma (16)

Otro elemento de consenso sobre el concepto, sería sobre su carácter multidimensional. Implicaría considerar factores personales (salud, edad, ocio, satisfacción con la vida, relaciones sociales, habilidades funcionales, etc.), socios ambientales o externos (servicios de salud, educación, trabajo, etc.), factores culturales, condiciones económicas, etc.

Schwartzmann (17) propone modelos teóricos para el análisis del concepto:

-Modelo de Satisfacción: se referiría a “las características personales, condiciones de vida objetivas en varios dominios, y la satisfacción con la vida en estos distintos dominios”

-Modelo Combinado Importancia/Satisfacción.

-Modelo de Satisfacción de Necesidades: basado en teoría de las jerarquías de necesidades de Maslow en 1954. “La felicidad y la satisfacción están relacionadas con las condiciones sociales y ambientales, que son necesarias para la satisfacción de las necesidades humanas”. El ambiente ofrecería oportunidades o no para satisfacer las necesidades. Habría asociación entre bienestar y condiciones ambientales.

-Modelo Dinámico: tomado de los autores Agermeyer y Filian (10). Que refieren al mantenimiento del nivel de satisfacción constante, a pesar a los cambios ambientales, a través de actividades cognitivas.

Plantea (17) que tendría al menos, tres marcos de referencia:

- Histórico: Cada sociedad tendría parámetros diferentes de CV en distintos momentos históricos.

-Cultural: Los distintos pueblos tendrían parámetros diferentes en virtud de sus tradiciones culturales, a partir de las cuales se construirían los valores y las necesidades, por ejemplo: en algunas culturas se valoraría la importancia de la autonomía personal, de valerse por sí mismo y no depender de nadie. Sin embargo, en algunos países orientales tal concepción sería considerada egoísta o centrada en el individuo.

-Clase social a la que se pertenece: Las expectativas que cada uno tiene en relación a su propia vida, tendrían una estrecha relación con la clase social a la que se pertenezca.

Tomando a Olivares Rojas (18) las características de la CV abarcarían:

-Concepto Subjetivo: cada ser humano tendría su concepto propio sobre la vida y sobre la CV.

-Concepto Universal: las dimensiones serían valores comunes en las diversas culturas.

-Concepto Holístico: incluiría todos los aspectos de la vida, repartidos en las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales.

-Concepto Dinámico: dentro de cada persona, la CV cambiaría en periodos cortos de tiempo.

-Interdependencia: los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.

Alguacil Gómez (14) dirá que estudio de la CV debe entenderse desde la expresión de complejidad.

Criterios de aproximación de análisis

Se retoma la propuesta de Casas (19) con un enfoque social, el cual considera el bienestar psicológico, la competencia conductual, la calidad de vida percibida y el entorno objetivo. Desde una perspectiva integradora de la motivación y del desarrollo de las necesidades y sus satisfactores, se indaga la valoración objetiva y/o subjetiva de estados y dinámicas que conciernen a los procesos de satisfacción o insatisfacción, mejoramiento o empeoramiento de la calidad vivida.

Los indicadores objetivos se refieren al hábitat físico y social de cada persona, que se reflejan en la salud, comodidad, riqueza y/o amor (como forma de apoyo social), de un sentimiento de satisfacción.

La evaluación afectiva positiva está determinada, por otros elementos psicosociales y/o conductuales (20) por ejemplo variables sociodemográficas (edad, sexo), nivel educativo, estatus de empleo, ingresos, vivienda y el estatus familiar (21).

Costanza et al (22) dirán que la definición de CV incluye las medidas en las cuales se satisfacen las necesidades humanas objetivas, la percepción del grupo y/o personal de bienestar subjetivo.

Interrelación del término: Salud/Calidad de vida

Esta relación ha sido considerada por el término Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) que tiene en cuenta cómo se siente y el estado de salud de la

persona. Esta aproximación es utilizada con frecuencia como sinónimo de salud autopercebida. Su importancia es debida a su carácter predictivo, puesto que de dicha valoración se infieren pautas comportamentales sanitarias en relación a la salud y a la enfermedad (17). La CVRS incluye el funcionamiento social, físico y cognitivo, movilidad, cuidado personal y bienestar emocional. Se puede mencionar:

- El funcionamiento social, físico y cognitivo que se refiere a cuestiones como disfrutar de relaciones sociales positivas, estar bien alimentado, gozar de buena salud tanto física como mental.
- Por movilidad se entiende la capacidad de trasladarse de un lugar a otro (cambiar trabajo, ciudad, casa, etc.).
- Por cuidado personal y bienestar emocional se entiende, el poder aprender, el desarrollo de habilidades personales y el sentirse a gusto con uno mismo.

La multidimensionalidad de este concepto permite comparar la situación de diferentes colectivos y de las personas individualmente dentro de un mismo grupo de adscripción.

Determinantes de la Calidad de Vida y la Salud

Los determinantes de la CVRS no son únicamente genéticos, hereditarios o biológicos. Algunos autores (14) refieren que los factores sociales y la comunidad de pertenencia influyen en la salud física de la persona. Por lo que, la unión de cuerpo y mente sería socialmente mediada disponiendo de literatura empírica que concluye sobre este fenómeno (23).

Bryant y Márquez (24) han investigado cómo el sexo también es determinante en la percepción de CVRS, las mujeres presentarían propensión a diagnósticos como depresión, nerviosismo, incluyendo los efectos de otras variables demográficas como la educación.

Angel y Thoits (25) plantean que la percepción de la condición física y psíquica depende de la influencia de los grupos de referencia y pueden condicionar el estado de salud, independientemente de los factores objetivos (18). El impacto de este influjo, se observaría principalmente en la valoración de los pre- síntomas y en la identificación con la enfermedad (23). Si a esto se añaden las brechas existentes ante diferentes niveles socio y macroeconómicos, los valores sociales de logro- éxito social, políticas públicas inadecuadas, desventajas sociales para un grupo y para otro se pueden observar a nivel absoluto como relativo. Lo que acentuaría una tendencia a perpetuar diferencias entre los grupos y a concentrar

en los mismos grupos sociales condiciones desfavorables, acumulando así sus efectos en la salud.

Conceptos asociados

La concepción de CV estaría vinculada a otros conceptos los cuales la componen y la complementan, por lo que corresponde su abordaje para una comprensión amplia de la conceptualización.

-Bienestar Subjetivo y Bienestar Psicológico:

El bienestar como lo conceptualiza la RAE (26) se refiere al conjunto de factores necesarios para vivir bien, una vida holgada o abastecida de cuanto conduce a pasarlo bien y con tranquilidad y el estado de la persona en el que se le hace sensible el buen funcionamiento de su actividad somática y psíquica.

Entre las características que se atribuirían al bienestar psicológico, como campo de estudio científico (27), destacarían tres:

-Se basaría en la propia experiencia del individuo, en sus percepciones y evaluaciones sobre la misma. Aunque su contexto físico y material de vida influye sobre el bienestar psicológico, no sería visto como parte inherente y necesaria del mismo.

-Incluiría medidas positivas y no sólo la ausencia de aspectos negativos. Esto marcaría una diferencia entre este campo de estudio y los enfoques tradicionales sobre salud mental.

-Incluiría una evaluación global sobre toda la vida de una persona.

En relación al concepto de bienestar subjetivo Gómez-Vela (27) lo han definido como “la valoración global de la Calidad de Vida que la persona realiza en función a criterios propios”. Para Aramibar Munita (13), la satisfacción o bienestar subjetivo se refiere a una “estimación cognitiva del grado de satisfacción con la propia vida, y esa satisfacción se expresa o concreta en la correspondencia entre metas obtenidas y deseadas”.

Al considerar el bienestar desde el punto de vista del propio individuo, sería pertinente considerar dos tipos de aspectos subjetivos como propone Bonicato et al (28); los aspectos cognitivos, que referirían a los significados que este atribuye a lo que le sucede y los aspectos afectivos, que referirían a los sentimientos que motivan a los individuos a valorar sus circunstancias, a los estados de ánimo con que los afrontan y a su disposición para actuar sobre ellos.

Díaz Llanes (29) plantea que durante el último cuarto del siglo XX se produjeron considerables avances en el estudio del bienestar subjetivo, dirá que se puede considerar que una persona posee un alto bienestar subjetivo, si expresa satisfacción con su vida y frecuentes emociones positivas e infrecuentemente emociones negativas. Contrariamente, si el individuo expresaría insatisfacción con su vida y experimenta pocas emociones positivas y frecuentes negativas, su bienestar subjetivo se consideraría bajo. Este autor definiría como bienestar subjetivo, a la evaluación que las personas harían de sus vidas, pudiendo incluir una dimensión cognitiva que referiría a la satisfacción con la vida en su totalidad o por áreas específicas como la matrimonial, laboral, etc.; y otra afectiva, que se relacionaría con la frecuencia e intensidad de emociones positivas y negativas, las cuales a través de una compleja interacción generarían las percepciones.

Los primeros estudios sobre bienestar (30) estarían vinculados al bienestar global considerando la vida como un todo. Paralelamente, el estudio en profundidad de distintos aspectos de la vida resultó muy productivo, aunque posteriormente se demostró que el funcionamiento multidimensional del bienestar no quedaba reflejado en una suma de los bienestares obtenidos de cada ámbito de la vida. El proceso y/o el logro de las metas personales se relacionaron directamente con el bienestar psicológico global.

Consiglio y Bellosio (31) harían referencia a la percepción general de la persona sobre su salud o sobre su enfermedad, lo que se denominaría estado de bienestar.

La interacción de estos factores se constata en las dimensiones interrelacionadas que Blanco y Díaz (32) proponen:

- La integración social (cuanto y en qué manera tenemos sentimientos de pertenencia a esta sociedad).
- La aceptación social (cómo valoramos las personas y la humanidad en general).
- La contribución social (sensación de que somos útiles socialmente y que cada uno tiene su función en el mundo).
- La coherencia social (funcionamiento del mundo social y del orden organizativo).

La aceptación social asociada íntimamente al concepto de integración desde el punto de vista del bienestar y de la salud, es imprescindible para sentirse perteneciente a un grupo y a una comunidad. Para pertenecer a un grupo es fundamental la confianza, aceptación, actitudes positivas hacia los otros (atribución

de honestidad, bondad, amabilidad, capacidad) y la aceptación de los aspectos positivos y negativos de nuestra propia vida.

Desde la psicología social (21), integran ambas perspectivas y las nombran de manera independiente, con el fin de operativizar la investigación sobre el bienestar entendido de forma individual, personal y dentro de una sociedad:

-Bienestar Económico:

Se refiere al entorno socioeconómico dentro del cual transcurre la vida cotidiana de la persona. También se diferencia una dimensión objetiva que incluye el análisis de las necesidades y recursos económicos de una persona, familia o comunidad y una dimensión subjetiva que haría referencia a la forma en que las personas perciben la situación económica, dentro de la cual se podría destacar la experiencia cultural y las expectativas sociales como relevante (13). Se plantea en el artículo de Aranibar Munita (13) un aspecto multigeneracional en la medida que “la posición económica se mide en su relación con la de los otros, y con los que forman la unidad familiar o la unidad doméstica”.

-Bienestar Social:

Se refiere al orden social para promover la satisfacción de las necesidades individuales que son compartidas, así como a las necesidades de la comunidad (19). Se menciona como características del bienestar social (19):

- La objetividad, se referiría a condiciones y circunstancias objetivas de una realidad social.
- Ser una realidad externa, apreciable por los demás.
- Partir de unidades mínimas, de lo que se considere indispensable.

El bienestar social representaría las condiciones materiales objetivamente observables de la CV (27)

-Estado de Salud y Estado Funcional:

El estado de salud es usualmente conceptualizado como una extensión del estado funcional. De esta forma, se circunscribe a la autonomía en el desarrollo de actividades de la vida diaria, estado emocional, síntomas y competencias cognitivas (23).

El estado de Salud se deriva del término salud y estaría conformado por cinco dimensiones: características genéticas o hereditarias; bioquímicas, anatómicas y fisiológicas; estado funcional; estado mental; potencial de salud individual (31).

El estado Funcional: es la evaluación de capacidades y discapacidades, esta medida se utiliza para medir el impacto de la enfermedad en el individuo, donde la etiología de una enfermedad puede ser congénita o adquirida, y sus consecuencias pueden ser crónicas e irreversibles, o conducir a dificultades en las funciones de la vida diaria o limitar las posibilidades de participar en las actividades sociales dentro de la familia y la comunidad (33). Estas limitaciones pondrían en desventaja al individuo, en sus relaciones interpersonales, le producirían una dificultad para integrarse y definirían un grado de dependencia de una persona. Esta dependencia se hará manifiesta en las actividades cotidianas, de alimentación, higiene, comunicación y traslado (33) (34).

-Nivel de vida, Modo de vida, Condiciones de vida y Estilo de vida:

Existirían una serie de conceptos que habitualmente se fundirían y confundirían con el de CV y que no son equivalentes. Serían de uso común expresiones como: estilos de vida, modos de vida, nivel de vida, aspectos que tomados aisladamente no son sustitutos del concepto de CV.

El Nivel de Vida referirá sólo a aspectos económicos y materiales: salario, propiedades, equipamiento, vivienda, y capacidad de consumo. Sería necesario un mínimo de nivel de vida que garantice acceso a la satisfacción de necesidades (19). Este concepto puede llevar a contradicciones, ya que hay personas que subordinan su vida al consumo las cuales podrían no discriminar con claridad las necesidades básicas. Igualmente serían aquellas condiciones que tienen una fácil traducción cuantitativa e incluso monetaria como la salario, el nivel educativo, las condiciones de vivienda, etc.

El modo de Vida: según Alguacil Gómez (14) refiere a las formas de ser y estar en la vida, tendría una esencia colectiva determinada por patrones comunes de orden cultural (conjunto de costumbres, valores, convicciones, conocimientos adquiridos y compartidos por un conjunto social) que haría que los sujetos se comporten socialmente del mismo modo. Incluiría toda actividad socializada, sistemática que vincula de forma activa a un grupo a un modo de producción. Estaría integrado por actividades, tales como trabajo, estudio, nutrición, sueño, actividades físicas, recreativas, sexuales, religiosas, relaciones humanas (13).

Las condiciones de Vida, integraría el contexto material, espiritual y de actividad en que transcurriría la vida de las personas, generalmente se relacionaría con fenómenos económicos y sociológicos, sería el contexto modulador (27)

El estilo de Vida fue definido por Olivares Rojas (18) como un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollarían las personas. Algunas veces pueden ser saludables, cuando introducen en la vida cotidiana una mejora en la CV, y otras veces serían nocivas para la salud y la vida. Se basaría en las reacciones habituales individuales y pautas de conducta aprendidas, las cuales estarían influenciadas por: padres, familia, hermanos, escuela, amigos, la calle, profesores, medios de comunicación, pandillas, trabajo, etc. Estaría favorecido por los hábitos, costumbres, modas, valores existentes y dominantes en cada momento, en cada comunidad; estos factores tendrían como característica común que son aprendidos, y por tanto modificables a lo largo de toda la vida.

Calidad de vida en Relación a la Salud

La incorporación de la medida de la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones, incorpora la percepción del paciente como una necesidad en la evaluación de resultados en salud (35) (36). La evaluación mediría la percepción del grado de bienestar físico, psíquico, social, en el ambiente y en la evaluación general de su vida, teniendo en cuenta los cambios que estas situaciones pueden producir en el sistema de valores, creencias y expectativas (30).

La evaluación de CV que hace una persona con enfermedad representa el impacto de esta y el consecuente tratamiento en la percepción sobre su bienestar. Patrick y Erickson (37) la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud. Uno de los aspectos de consenso es que las medidas de CVRS deben reflejar tanto la percepción de las personas idóneas en la materia como la inclusión de la percepción de los pacientes (34).

Definición de la OMS y el grupo WHOQOL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) toma el tema de CV que se venía discutiendo en diversos ámbitos, al crearse en 1991 el Grupo de Calidad de Vida de la OMS (World Health Organization of Quality of Life - WHOQOL) (15).

Conformado por científicos expertos pertenecientes a diferentes países de todo el mundo avanzaría en la definición del concepto e investigación de algunos consensos.

En los años 90, la División de Salud Mental de la OMS impulsó el proyecto WHOQOL (2) para establecer un concepto de uso universal sobre CV. Si la posibilidad era positiva, su objetivo sería construir una medida que pudiera ser utilizada para evaluar la CV de las personas que utilizaban los servicios sanitarios. En 1993, el grupo WHOQOL (38) la definió como: la "percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones". La CV está, por tanto, estrechamente relacionada con los objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones de los individuos (2). La definición de la OMS, hace un aporte valioso, al enfatizar la importancia para la auto-evaluación de los factores culturales. Pero cuando pensamos en términos sociales más amplios o de políticas de Estado, no sería ético considerar que si alguien que vive en la pobreza y aun así, está satisfecho con su situación en la vida, la sociedad en su conjunto y el Estado no sean responsables de la modificación de esa situación igualmente (30).

Se iniciará años posteriores a la creación del grupo, un proyecto de desarrollo de un instrumento de medición que pudiera ser utilizado para comparaciones de diversas culturas en relación a la percepción de los individuos acerca de su CV (2). Se estableció una pretensión de medir la salud más allá de los indicadores tradicionales de morbilidad y mortalidad; de las medidas del impacto de la enfermedad y discapacidad, de la salud percibida y del estado funcional, (ya que estas medidas no evaluaban la CV en sí misma). La mayoría de estas medidas comenzaron a desarrollarse en Estados Unidos e Inglaterra, por lo que resultó necesario y urgente su validación transcultural. Este proyecto se refirió a que el modelo médico necesitaba introducir un elemento humanístico en la atención sanitaria y la medida en CV resultó ser un concepto ajustado a este enfoque. Se desarrolló en varias lenguas, culturas y países (Australia, Croacia, España, EE.UU., Francia, Holanda, India, Israel, Japón, Panamá, Rusia, Tailandia, Zimbawe, Alemania, Argentina, Brasil y Hong Kong). Los centros donde comenzó a implementarse presentaron diferencias en sus niveles de industrialización, accesibilidad a los servicios sanitarios, y en otros marcadores relevantes para la medida de la calidad de vida; por ejemplo, el papel de la familia, la percepción del tiempo, de sí mismo, la religión dominante, etc. Por ello cada centro colaboró en la

definición de las áreas del instrumento de CV, en la formulación y selección de las preguntas, en la creación de escalas de respuesta y en los trabajos de campo.

Estudios e investigación en poblaciones de profesionales

En los años ´80 el tema de la calidad comenzó a aplicarse en el ámbito organizacional, valorando las necesidades y demandas de los potenciales clientes. Será en la década de los ´90 cuando la investigación de la CV se consolida en el campo de la salud en la consideración conjunta del bienestar y la salud. El entorno hospitalario constituye un ejemplo de espacio en el que se comenzaron a investigar los fenómenos de satisfacción o los estándares de calidad y donde a través de cuestionarios y entrevistas se pueden analizar ambos tipos de indicadores.

Esta época coincidió con el desarrollo metodológico y la diversificación en la forma de contemplar la aproximación al concepto. En este sentido, Guyatt (35) nos propone la distinción básica entre medidas de CVRS de una forma genérica o aquellas que se centran en su medida ante una complicación o problema de salud. En los últimos años, el 60% de estudios integraron dentro de la CV el análisis de los aspectos subjetivos (23).

Michalos et al (23) sintetizaron los resultados de varios estudios desarrollados por la puntuación global de la satisfacción con la vida y la felicidad, que se relacionaban directamente con gozar de buena salud, seguridad económica, relaciones familiares, trabajo, amistades, vivienda, actividades recreativas, religión, transporte, servicios gubernamentales, vivir en pareja y posee educación formal.

En nuestro país (24) se han realizado investigaciones en la población general articulando la CV en relación con variables demográficas y se ha concluido que de ellas resultaron predictores y asociadas: la edad, situación de pareja y la presencia o no de enfermedad. Se encontraron parámetros de mayor CV a menor edad, estar en pareja y sin presencia de enfermedad

El interés de estudio en poblaciones con padecimiento de alguna enfermedad y de afección crónica (39) (40) (41) dio origen al desarrollo de la conceptualización como la CVRS (16). Este concepto fue investigado en Uruguay por Schwartzmann (42) en referencia a la percepción de la persona con respecto a su tratamiento y enfermedad. En las investigaciones sobre profesionales de salud (43) se sumó como variable predictor la cantidad de horas de trabajo.

En el año 1996 Leiter & Shaufeli (44) señalaron que la demandas excesivas del trabajo asociados con número de casos que deben atender en ese tiempo es

una de las principales dificultades que enfrentan los profesionales salud. Best y Cummins dirán en el año 2000 (45) que cuando las personas están insatisfechas en un ámbito laboral, o permanecen en climas de trabajo estresantes necesitarán de manera prioritaria compensarlo en otras esferas de la vida, por ejemplo las relaciones sociales, amistades o el desarrollo de aficiones, lo cual se hace especialmente importante dentro de los profesionales de la salud. Silva & Zanelli en el año 2004 pusieron de relevancia el placer del trabajo y la remuneración recibida como factores importantes como modo de compensar las condiciones de trabajo y como factores que favorecen el equilibrio entre el trabajo y el ocio, extendiendo el bienestar más allá de la organización (46). Otros autores (47) propondrán relacionar la satisfacción, la calidad de vida con eficacia profesional y dirán que a mayor satisfacción y percepción de calidad de vida mayor eficacia profesional.

Puntualmente en relación a profesionales de Salud es un área que se ha comenzado a investigar recientemente y se han encontrado factores en común en cuanto a los modos de vida y estilos de vida asociados a las condiciones de trabajo (45).

Se encuentra investigaciones realizadas en grupos de enfermeros en atención primaria (48) (49) en médicos anestesistas (50) (51) y en estudios comparativos de médicos en cirujanos (52) donde se concluyen que el factor de rutina laboral impacta de manera negativa en la CV. Todos estos grupos dedican un alto número de horas al trabajo y de ellos, el grupo de anestesistas presenta puntajes más bajos en todas las áreas de CV (53).

Arias Amaral et al (54) realizaron una investigación en un grupo de médicos residentes en un hospital de tercer nivel, ingresantes de primer año del curso de especialidad médico-quirúrgica y encontraron que estos reportaron una buena calidad de vida al ingreso, una notable disminución a los 6 meses y una recuperación al año sin llegar a los valores iniciales. Por lo que concluyeron que la CVRS de los médicos residentes sufre un descenso en los primeros seis meses (54).

Otros estudios realizados en médicos residentes (55) (56) coinciden que después de un año de especialidad presentaron un descenso de la CV en todas las escalas evaluadas. Los parámetros más afectados fueron función física y estado de ánimo negativo y de acuerdo al sexo en la misma proporción. Chazan y Santos (57) en su estudio buscaron evaluar hasta qué punto las variables

sociodemográficas y de salud, el proceso de admisión y el año de graduación influyen simultáneamente en los ámbitos de la CV en un grupo de médicos, y encontraron que las puntuaciones más bajas se observaron entre las mujeres, con morbilidad crónica referida, becarios y dentro de clase económica media.

Vela et al (58) en un estudio con médicos en España evaluaron la calidad del descanso con puntuaciones altas en agotamiento. Los resultados proporcionaron una alta prevalencia de insomnio y/o sueño de baja calidad en quienes tienen altos niveles de agotamiento.

En el ámbito sanitario Alonso Fernández & Iglesias Carbajo (59) realizaron un estudio en Asturias asociando la CV con el ámbito laboral, con el fin de observar el equilibrio entre las demandas en el trabajo y la capacidad para afrontarlas encontrando que había una percepción media de su CV profesional, percibían que los directivos les dan un apoyo medio y que tienen una elevada motivación intrínseca para afrontar altas demandas en sus puestos de trabajo.

Pereira Martins et al (60) realizaron una descripción comparativa entre enfermeros, fisioterapeutas y nutricionistas de un hospital universitario, encontrando medias dentro del rango neutral propensos a la valoración positiva. Y puntuaciones más altas en los grupos de los fisioterapeutas y las enfermeras de menor edad.

Rodríguez Marín (61) concluyeron por su parte que el grupo profesional ha sido identificado como uno de los que corre mayor riesgo de una mala calidad de vida, estrés laboral y burnout.

Andersen (62) se enfocó en la descripción de las características ambientales del sistema de salud y propuso en su documento, la investigación de servicios de salud a partir de medidas de evaluación de la calidad de vida desde múltiples perspectivas.

En América Latina, Barros (63) realizó un análisis de profesionales de instituciones psiquiátricas y los participantes informaron de una jornada laboral de hasta 90 horas por semana. En su estudio afirma una tendencia a la enfermedad física y la necesidad de establecer acciones preventivas o intervención que mejoren la calidad de vida de estos profesionales.

En el estudio de Ferrari (64) realizado a grupos de profesionales de atención primaria, se encuentra que a pesar de contar con una buena disposición física y buena calidad de vida, una parte considerable de profesionales, se ven afectados por problemas de salud físico y problemas de sueño.

De Marco(65) propuso analizar el impacto en la salud mental en los profesionales de la salud y su asociación con problemas psiquiátricos. Encontró que un 15 % de los participantes de su estudio presentaban trastornos psiquiátricos menores. La puntuación de satisfacción más baja se encontró en profesionales que trabajan más de 20 horas por semana con una menor CV.

En Uruguay, Schwartzmann (66) trabajó el concepto CVRS con grupos de médicos, se refiere a la profesión médica como una población de riesgo en relación a su salud por las características propias del trabajo, así como los cambios en la práctica médica en los últimos 40 años. Los resultados mostraron la afectación de la CVRS, en especial en la esfera psicológica y física, no solo de aquellos médicos que presentaban síndrome de burnout, sino también de aquellos que sin configurar el síndrome, presentaban agotamiento emocional y elevada distancia relacional. Los afectados percibieron la práctica profesional como disruptiva de su vida personal, afectación de las relaciones interpersonales, dificultad para disfrutar, para la recreación y excesivo número de horas fuera del hogar.

En la ciudad de Lima, Muchotrigo (67) concluyó que en el grupo de profesionales hay una buena percepción en todos los niveles de CV y que el ingreso económico presentó una relación estadísticamente significativa. Las puntuaciones más bajas se encontraron en los que obtenían ingresos más bajos.

En Argentina, Albanesi de Nasetta (68) se abocó al análisis de la percepción de la CV en profesionales médicos de dos provincias cuyanas San Luis y San Juan, y encontró diferencias atendibles en relación a la percepción de apoyo del entorno y una mayor CV.

Instrumentos de medición

En cuanto a los instrumentos de medición, existe un gran número destinados a evaluar la CV. De acuerdo a sus objetivos, método, forma de administración y características psicométricas, se podrían clasificar, según lo propuesto por Guyatt (35) y Badia (69) en:

-Instrumentos Genéricos: referirían principalmente a que no están asociados a una enfermedad en particular, pudiendo ser aplicados en la población general, como en grupos específicos de pacientes, esto sería posible porque también incluirían dimensiones de la CVRS.

Se dividirían en tres grandes grupos:

Medidas de ítem único: que estarían compuestas por preguntas acerca de la salud de la persona en un período temporal, con opciones de respuesta en escala ordinal. Perfiles de salud: serían instrumentos que intentan medir todos los aspectos importantes de CVRS, tomarían diferentes dimensiones, ofreciendo una puntuación más específica para cada uno de los aspectos, por ejemplo: Sickness Impact Profile Nottingham Health Profile y SF-36. (15)

Medidas de utilidad o preferencia: se basaría en presencias o utilidades que los individuos asignarían a los diferentes estados de salud que indicaría el instrumento. Las utilidades se obtendrían por medio de diferentes técnicas, como la escala por categorías, intercambio temporal y el juego estándar, por ejemplo: Matris de Rosser y Kina, Quality of Life of Well Being Scale y EuroQoL. (Badia, 1996). Dentro de este grupo genérico, se puede encontrar el creado por la OMS, llamado WHOQOL-100 y WHOQOL-BREF.

Instrumentos Específicos: incluirían dimensiones referidas a una enfermedad particular que se pretende estudiar, y que serían diseñados haciendo referencia a aspectos particulares de la misma (69). Se utilizarían, principalmente, para conocer la percepción que tiene el paciente sobre su propia enfermedad (CVRS).

Instrumento WHOQOL- Bref

La División de Salud Mental Salud de la OMS convocó una reunión internacional en 1991, que reunió a antropólogos, psicólogos de la salud, sociólogos médicos, de psicometría, la política, investigadores y médicos con experiencia en la enfermedad (70) para desarrollar un instrumento que iba a ser conceptualmente novedoso. En él se trató de dar el mismo peso al nivel de funcionamiento de la persona como la evaluación subjetiva de la persona sobre el nivel de funcionamiento para su calidad de vida.

El instrumento WHOQOL-Bref (15), escala genérica transcultural autoadministrada en versión abreviada elaborada por la Organización Mundial de la Salud, fue desarrollado simultáneamente en 18 países (71) y fue seleccionado para el presente estudio.

En nuestro país, este instrumento ha sido validado y comprobadas sus propiedades psicométricas en el estudio realizado por Silvia Bonicatto et al (28) por lo que su uso en nuestro entorno se encuentra aceptado (72). La selección se realizó en función del enfoque propuesto en este estudio y la consideración multidisciplinar del concepto sobre la que se apoya el instrumento.

Se encuentra dividido en cuatro grandes factores que trascienden una visión simplificada de la salud (15):

- La dimensión física como la percepción del estado físico o la interpretación que hace el individuo de sus posibles complicaciones de salud o la ausencia de las mismas.
- La dimensión psicológica que integra la valoración del individuo de su estado cognitivo y afectivo.
- La dimensión social que se refiere a la capacidad que el sujeto percibe de relacionarse con los demás y disponer de un entorno de afecto y apoyo que propicie la convivencia.
- La dimensión ambiental incorpora la valoración del lugar en el que se reside, su Seguridad y posibilidades de transporte, el acceso a la información.

Las investigaciones demuestran que existen relación conceptual entre los dominios del WHOQOL-Bref y la promoción de la salud, legitimándolo como instrumento valioso para la promoción sanitaria en distintas poblaciones (73)

Se observa una consistencia interna aceptable en el Alfa de Cronbach del WHOQOL-Bref de los dominios (Física =.83, psicológica = .75, social = .66, el medio ambiente =.80). Fue probado en campo en 23 países (N = 11.830) con buenas a excelentes cualidades psicométricas, por lo que puede confirmarse como un instrumento de alta confiabilidad en casi todos los idiomas (2) (15) (71).

En el presente se propone describir las características de la CV en general en un grupo de profesionales del campo de la salud mental, abordando las facetas globales y no solo aquellas en lo referente a la vida profesional.

Se realizó una descripción de los factores integrantes de su CV, una caracterización las distintas dimensiones, tanto en relación al ambiente, físico, psicológico y las relaciones sociales. (2)

Objetivos

General

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

Específicos

- Describir la percepción de Calidad de Vida y de estado de Salud en los trabajadores del Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas de la Ciudad de Córdoba.
- Describir los dominios: físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente de la población en estudio.
- Describir los dominios de Calidad de Vida en función de los variables sociodemográficas, la profesión y las horas dedicada a la actividad laboral.
- Correlacionar los dominios, con la percepción de Calidad de Vida y la percepción de Estado de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Enfoque, Tipo de estudio, Diseño

El presente es un estudio descriptivo, transversal y observacional. (74). Plantea describir las propiedades y particularidades de la Calidad de Vida de los profesionales del Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas de la ciudad de Córdoba en un periodo determinado de tiempo. Se consideró para ello, las dimensiones propuestas por la conceptualización de la OMS, dimensión física, psicológica, relaciones sociales y ambientes. (74).

Participantes

El instrumento se aplicó en un único período temporal, se consideró la importancia de trabajar con la población completa del Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas, con la finalidad de reproducir sus rasgos básicos, y que puedan identificarse similitudes y diferencias en la misma (75).

Para ello se realizó una revisión previa del número de profesionales a partir del registro aportado desde administración del Servicio de Psicopatología.

De la totalidad de N° 72 trabajadores en actividad, aceptaron participar N° 70 en el estudio. La muestra constituyó de este modo un grupo representativo de los trabajadores del Servicio de Psicopatología en actividad al momento de realizar la investigación, e incluyó a personal no docente y profesionales.

Los cuestionarios fueron completados entre mayo de 2014 a febrero de 2015. Durante el transcurso del estudio se procedió a extender el periodo previsto para la administración de los cuestionarios, debido a que la asistencia de los profesionales fluctúa y disminuye normalmente durante el receso de invierno (mes de julio) y durante el receso de verano (mes de diciembre y enero).

Criterios de inclusión:

Formar parte del Servicio de Psicopatología del Hospital de Clínicas y encontrarse desempeñando tareas efectivas al momento de aplicar el instrumento.

Criterios de Exclusión:

No se incluyó en la presente investigación a docentes pertenecientes de la cátedra de salud mental de la carrera de grado y del Postgrado de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Córdoba.

No se incluyó a profesionales que se encontraban en carpeta médica, licencia prolongada al momento de aplicar el instrumento.

No se incluyó a alumnos del postgrado de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Córdoba.

Consentimiento informado y confidencialidad

Se respetó las normas éticas nacionales e internacional a relación al uso, implementación y resguardo de consentimiento informado y confidencialidad (74). Se explicaron las características y los alcances de la investigación, se entregó el consentimiento para la firma del participante (Anexo 3) y se tomaron medidas de resguardo de la identidad y de las respuestas brindadas al cuestionario.

La base de datos solo fue utilizada por el investigador responsable del estudio.

Instrumento utilizado

Una de sus características de elegibilidad del WHOQOL, es que parte de un marco teórico desarrollado de forma simultánea en distintas culturas (17), lo que permitiría evaluar la CV en una variedad de situaciones y grupos de poblaciones.

Whoqol-Bref (2)(Anexo 4): En relación a los estudios de la OMS, se utilizan las versiones españolas del World Health Organization Quality of Life Assessment y WHOQOL-Bref (2). Y en Argentina se utiliza la versión adaptada por la Dra. Silvia Bonicatto (28) .

Se recogen preguntas sobre el modo de vivir, las propias expectativas y las preocupaciones personales.

Se desarrollan de forma específica cuatro áreas generales: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. Estos aspectos coinciden con los objetivos del estudio, lo que fue decisivo para su elección frente a otros cuestionarios disponibles sobre salud, que también fueron evaluados en el diseño de los instrumentos. (2)

Esta escala diseñada transculturalmente, concede valor a la percepción del individuo, como indicador subjetivo acerca de su propio bienestar.

Se seleccionó la versión abreviada (Bref) y no la versión de 100 preguntas, por el tiempo menor de administración, su uso extendido y que presenta una correlación de =0.9 con respecto a las puntuaciones del WHOQOL-100, lo que hace que el mismo sea el utilizado en las actuales investigaciones de CV. (2) (76)

Ambos test muestran validez de discriminación, validez de contenido y fiabilidad en sus propiedades psicométricas (15).

Contiene veintiséis preguntas en total; que incluye una de Calidad de Vida global y otra de salud general y 24 preguntas relacionadas a distintos dominios:

Físico (Facetas: Dolor y Discomfort, Energía y Fatiga, Sueño y Descanso), Psicológico (Facetas: Sentimientos Positivos y Negativos, Imagen Corporal, Autoestima y Pensamiento, Aprendizaje, Memoria y Concentración), Relaciones Sociales (Facetas: Relaciones Personales, Soporte Social y Actividad Sexual), y Medio Ambiente (Facetas: Seguridad Física, Ambiente Hogareño, Medio Ambiente (Físico, Transporte) (77).

Dimensiones de Calidad de Vida en el instrumento WHOQOL Bref:

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

Las preguntas incluidas son: “¿hasta qué punto piensas que el dolor te impide hacer lo que necesitas?”, “¿cuánto necesitas de tratamiento médico para funcionar en tu vida?”, “¿tienes energía suficiente para tu vida diaria?”, “¿eres capaz de desplazarte de un lugar a otro?”, “¿cuán satisfecho estás con tu sueño?”, “¿cuán satisfecho estas con tu habilidad para realizar tus actividades en la vida diaria?”, “¿cuán satisfecho estás con tu capacidad de trabajo?”.

- La dimensión psicológica consiste en la valoración del individuo de su estado cognitivo y afectivo. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como: el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento, la presencia de sentimientos positivos y negativos, la conformidad con la imagen corporal, el pensamiento, el aprendizaje, la memoria y la concentración.

Las preguntas incluidas son: “¿cuánto disfrutas de la vida?”, “¿hasta qué punto sientes que tu vida tiene sentido?”, “¿cuál es tu capacidad de Concentración?”, “¿eres capaz de aceptar tu apariencia física?”, “¿cuán satisfecho Estás de ti mismo?”, “¿con qué frecuencia tienes sentimientos negativos, tales Como tristeza, desesperanza, ansiedad y depresión?”.

- La dimensión social se refiere a la capacidad de relacionarse con los demás, a través de los roles sociales en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social. En qué posición el individuo piensa que está situado dentro del grupo de amigos y si estas relaciones se consideran satisfactorias o no.

Las preguntas son: “¿cuán satisfecho estás con tus relaciones personales?”, “¿cuán satisfecho estás con tu vida sexual?”, “¿cuán satisfecho estás con el apoyo de tus amigos?”.

- Los aspectos ambientales son elementos de una organización que pueden interactuar con el ambiente. El individuo analiza la libertad y seguridad, el ambiente físico, los recursos económicos, la oportunidad de información, el ocio y el descanso, el hogar y la atención sanitaria/social.

Las preguntas que se plantean son: “¿cuánta seguridad sientes en tu vida diaria?”, “¿cuán saludable es el ambiente físico de tu alrededor?”, “¿tienes suficiente dinero para cubrir tus necesidades?”, “¿qué disponible tienes la información que necesitas en tu vida?”, “¿hasta qué punto tienes ocasión de realizar actividades de ocio?”, “¿cuán satisfecho estás con el lugar dónde vives?”, “¿cuán satisfecho estás con el acceso a los servicios sanitarios?”, “¿cuán satisfecho estás con tu transporte?”.

Tabla 1: Dominios de la CV en el instrumento WHOQOL

DOMINIOS	FACETAS INCORPORADAS
	Calidad de Vida Global Salud General
1-Salud Física	-Energía y Fatiga -Dolor y Malestar -Sueño y descanso -Movilidad -Actividades de la vida diaria -Dependencia de medicamentos y ayudas médicas -Capacidad laboral
2-Psicológico	-Imagen corporal y apariencia -Sentimientos negativos -Sentimientos positivos -Autoestima -Pensamiento, Aprendizaje, memoria y concentración
3-Relaciones Sociales	-Relaciones personales -Apoyo Social -Actividad Sexual
4- Ambiente	-Recursos económicos -Libertad y Salud Física -Sistema sanitario y social: accesibilidad y calidad. -Ambiente del hogar -Oportunidades de adquirir información y habilidades nuevas -Participación en, y oportunidades de recreo/ ocio. -Ambiente físico (contaminación/ ruido/ trafico/ clima) -Transporte

Las respuestas se puntúan en escala de respuesta de tipo Likert de cinco puntos del 1-5. (78).

En cada cuestionario se incluye una hoja de recolección de datos sociodemográficos tales como sexo, edad, la fecha de nacimiento, el máximo nivel educativo alcanzado el estado civil, u ocupación. Además de ello se incorporaron otros elementos diseñados *ad hoc* para la investigación; número de hijos y horas de trabajo promedio semanal y horas de trabajo promedio en el hospital y profesión. Se indagó sobre el número de horas dedicadas a la actividad laboral considerando los antecedentes que planean la relevancia de este ítem (79)- (44). Se solicitó a los entrevistados se enunciara un promedio expresado en un número entero. En relación a la ocupación se consideró la posibilidad que los profesionales se desempeñen en más de un lugar o en diferentes actividades, por ejemplo ámbito clínico y docencia.

Este instrumento no posee un puntaje total, sino un puntaje para cada uno de los dominios en una escala 0-100, sin una categorización de los mismos. Se considera que a mayor puntaje mayor CV y que el esperable de satisfacción es 60 puntos. Se debe realizar un análisis diferenciado para la pregunta 1 sobre la percepción de la Calidad de Vida y la pregunta 2 sobre la percepción del estado de salud (WHO, 1996). (15) (78)

Consistencia interna: La fiabilidad del instrumento fue satisfactoria, obteniéndose un Alpha de Cronbach de 0,78 para el cuestionario total y para cada una de las preguntas entre 0,72-0,78. Respecto a la evaluación de la correlación ítem-test, no se observan correlaciones inversas y se destaca con alta correlación una pregunta de la dimensión física ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria? Y dos de la dimensión psicológica ¿Cuánto disfruta de la vida? y ¿Cuán satisfecho está de sí mismo? Sólo dos preguntas obtienen correlaciones inferiores a 0,4, una de estas es ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual? Lo cual se ha encontrado en otros estudios.

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

Scoring del Cuestionario Whoqol-Bref

Produce un perfil con 4 ítems puntuados (salud física, psicológica, relaciones sociales y ambientes) y 2 ítems individuales sobre la percepción de la calidad de

vida y salud. Los 4 ítems son puntuados en una dirección positiva del 0 al 100, los puntajes más altos muestran una mayor calidad de vida. Así también, los 2 ítems individuales son escalados en una dirección positiva, con una puntuación del 1 al 5, los puntajes más altos denotan una alta calidad de vida. (2) (76) (80)

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

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

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

Relaciones sociales: $Q20 + Q21 + Q22$

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

Nota: Q se refiere al número de la pregunta en el cuestionario, por ejemplo pregunta N° 3 es igual a Q3. Luego para transformar los puntajes de los 4 ítems a la escala de 0 a 100 se utilizan los rangos más altos de cada ítem y se utiliza una regla de 3.

En cambio para las variables de percepción (Calidad de vida y salud personal) se transforma el adjetivo en porcentaje (Muy malo = 20%, Malo = 40%, Regular o Normal= 60%, Bueno = 80% y Muy bueno = 100%). Cada esfera es evaluada de manera independiente. La OMS acepta como valores saludables aquellos que se encuentran por encima del 60%. (76)

Autorizaciones para el uso del cuestionario WHOQOL-BREF

Los instrumentos WHOQOL son proporcionados a través de los centro WHOQOL de cada país que ha participado en el desarrollo de dicho instrumento. Se requiere una autorización otorgada por el centro nacional correspondiente para utilizar la versión adaptada a la lengua y contexto (15) (76).

Para obtener el permiso de uso de cualquiera de las versiones, es necesario entrar en contacto directo con los centros WHOQOL del país, allí también se otorga la ayuda técnica para su análisis y los manuales de análisis del instrumento.

Para el presente estudio se realizó la solicitud correspondiente al centro de pertenencia y cuenta con

-Autorización del Jefe de Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas para la realización del trabajo de campo. (Anexo 1)

-Con la autorización del centro WHOQOL de Argentina ciudad de La Plata, otorgado por el Lic. Juan José Soria representante de la directora del centro Dra. Silvia

Bonicatto. Para ello se envió el proyecto de trabajo con objetivos, procedimientos y análisis de datos. (Anexo 2)

Procedimiento de recolección de datos

Se inició con un primer contacto con el Jefe del Servicio, en esta reunión se presentaron los objetivos de la investigación, metodología y el resguardo de la información y se respondieron a las inquietudes respecto al tema.

Posterior a ello se otorgó formalmente escrito la autorización correspondiente para la realización del estudio. No se utilizó muestreo y el objetivo fue tomar la población completa con el fin de que los hallazgos sean representativo de las características del Servicio.

A pesar de la inestimable colaboración del personal administrativo del servicio, que colaboró brindando la información de los horarios, días de atención de los profesionales, fue arduo en algunos momentos contactar y entrevistar a los profesionales, ya que la distribución horaria y la asistencia es fluctuante. La mayoría de los profesionales solo permanecen en el Servicio durante su horario de atención en consultorio. En la mayoría de los casos se debió realizar un contacto previo para informar al profesional y solicitar disponibilidad de tiempo para realizar el cuestionario, luego en un segundo contacto, se pudo entregar el cuestionario. Para ello, fue necesario consultar la grilla de distribución de consultorios y días de asistencia de cada profesional.

Los profesionales asisten en distintos días u horarios al servicio y en función a la agenda de pacientes. Quiere decir que profesionales sin pacientes asignados a veces no fueron localizados en el día asignado de consultorio, por lo que se debió regresar a la semana siguiente o establecer una comunicación telefónica para su contacto. En receso de invierno (mes de julio) y verano (diciembre-enero) la asistencia se redujo de manera considerable, se consultó en ese período el registro de licencias.

Antes de completar la encuesta algunos de los interrogantes realizados por los profesionales se centraron sobre: los objetivos de la investigación, integrantes del equipo de investigación y si las respuestas eran anónimas.

La confidencialidad de los datos y la pregunta en relación a las horas de trabajo en el hospital generaron algunas ansiedades, por lo que se prestó especial atención en explicar y aclarar estos puntos. Posterior a las aclaraciones, los

profesionales se mostraron muy predispuestos a la realización del cuestionario e interesados en acceder a los resultados del estudio.

Los cuestionarios fueron recogidos en un sobre cerrado, identificado únicamente con un número de orden de cuestionario, de esta manera se estableció un criterio de confidencialidad en la identidad de quienes participaron en la investigación.

Análisis de datos

Se han utilizado medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y de dispersión (desviación) para analizar las variables ordinales y de intervalo. (75) Para el análisis medidas descriptivas (media, desviación estándar y coeficiente de variación). Se utilizó el software estadístico INFOSTAT. Para evaluar la fiabilidad del instrumento aplicado a la población en estudio se determinó el alfa de Cronbach total y también de los 4 dominios.

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

RESULTADOS

Características sociodemográficas

En el presente estudio participó un 97% de la población total del Servicio de Psicopatología del Hospital de Clínicas perteneciente a la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. De la muestra participante el 75,7% fue de **sexo** femenino (n=53) y un 24,3% de sexo masculino (n=17).

El rango de **edad** se ubicó entre los 26 a 67 años de edad y la mayor parte de la muestra (52,9%, n=37), entre 35 años o menos. La M_e fue de 37 años con $s=9,68$.

En relación al **estado civil**, el 41% refirió estar soltero (n=29), 34,3% Casados (n= 24), 12,9% en pareja (n= 9) y el 11,4% Separado o divorciado(n=8).

Se realizó una recategorización de esta variable en función de considerar el factor **convivencia** como uno de los contribuyentes positivos de la calidad de vida según los antecedentes. Se separó aquellos que refirieron “No vivir en pareja” de aquellos que “Viven en Pareja”.

En los que No viven en pareja se incluyó: “Soltero”, “Separado”, “Divorciado” y “Viudo”.

En los que Vive en Pareja se incluyó: “Casado” y “Vive en Pareja”.

El 52,9% (n=37) de la muestra refieren “No vivir en pareja”. Un 54,3% no tiene **hijos** y quienes sí tienen, la mayoría tiene entre 1 y 2 hijos.

Se realizó una distinción entre la Profesión y Ocupación, posibilitando dentro de ambas opciones la mención de 2 o más actividades profesionales y/o laborales, sean asociadas o no a su profesión. La mayoría refieren ser Psicólogos (55,7%, n=39), 28,6% de médicos (n=20) entre especialistas y en proceso de formación y un 15,7%(n=11) pertenecen a otras profesiones (nutricionista, administrativo, médico general y psicomotricista). Los profesionales pertenecientes al ámbito de la salud mental componen el 91,4% de la muestra que respondió al estudio.

El 31,4%(n=22) se desempeña en 2 o más actividades laborales, se identificó como la asociación más usual el desempeño en el ámbito clínico y la docencia. Hubo un número mayor de médicos en proceso de formación con un 11,4%(n=8) que médicos especialistas con un 8,6%.(n=6)

Un poco más de la mitad de los psicólogos (51,2%, n=20) refieren que su desempeño es únicamente en el ámbito clínico.

Las características de la muestra final se presentan en la Tabla 1. Se destaca un mayor porcentaje de mujeres, hasta 35 años, que no vive en pareja, sin hijos y de profesión psicólogo.

Tabla 1. Datos sociodemográficos y descriptivos de la población

Variable	Frecuencia	Porcentaje	
Sexo	Mujeres	53	75,7%
	Varones	17	24,3%
Edad	Hasta 35 años	37	52,9%
	36 años a 45 años	22	31,4%
	46 años o mas	11	15,7%
Estado Civil	No vive en pareja	37	52,9%
	Vive en pareja	33	47,1%
Hijos	No tiene hijos	38	54,3%
	Tiene hijos	32	45,7%
Profesión	Lic. en Psicología	39	55,7%
	Médicos	20	28,6%
	Otras Profesiones	11	15,7%
Ocupación	Psicólogo clínico	20	28,6%
	Médico Psiquiatra	6	8,6%
	Concurrente y/o residente	8	11,4%
	Lic. en Nutrición	2	2,9%
	Administrativo y/o docente	11	15,7%
	Psicomotricista	1	1,4%
	Dos o más ocupaciones	22	31,4
Horas laborales semanal(HLS)	Hasta 30 horas	34	48,6%
	31 a 40 horas	23	32,9%
	41 a 72 horas	13	18,6%
Horas laborales hospital semanal(HLHS)	Hasta 12 horas	35	50,0%
	13 a 50 horas	35	50,0%

En relación a las **Horas laborales** se consideró el total semanal a cualquier actividad laboral y el total semanal en el servicio de Psicopatología.

Se observó dedicación laboral en total por semana (HLS) en un rango entre 4 a 72 horas en la una $M_e=33,49$ y $s=14,24$. El 51,5%($n=36$) de los participantes trabaja 31 horas o más a la semana.

Se observó dedicación laboral en el servicio por semana (HLHS) en un rango entre 2 a 49 horas de con una $M_e=16,14$ y $s=10,06$.

Se complementó este análisis con la revisión de las planillas de consultorio a los fines de determinar la distribución horaria en la atención. El 91% de los profesionales asisten sólo días determinados para actividad de consultorio y el 9% restante realiza una jornada laboral de lunes a viernes incluyendo consultorio y

otras actividades. Este elemento podría estar asociado a distintas modalidades de contratación y distintos tipos de actividad.

La variable horas distribuida según el sexo muestra en el sexo femenino un 52,8% (n=28) que trabaja hasta 30 horas con una M_e HLS=31,17 (s=11,97) y una M_e HLHS=16,18 horas (s=11,19), en el sexo masculino el 64,7% (n=11) trabaja 31 horas o más a la semana. Se observa una media superior en la HLS en el grupo de hombres (M_e HLS=40,71, s=18,33) y una media superior en las HLHS en el grupo de mujeres (M_e HLHS=16,28 horas, s=11,19).

Tabla 2.Descriptivos HLS y HLHS según sexo.

Sexo		Máximo	Media	Desv. estándar
Mujeres (n=53)	HLS	70 horas	31,17	11,977
	HLHS	49 horas	16,28	11,191
Hombres (n=17)	HLS	72 horas	40,71	18,336
	HLHS	25 horas	15,71	5,452

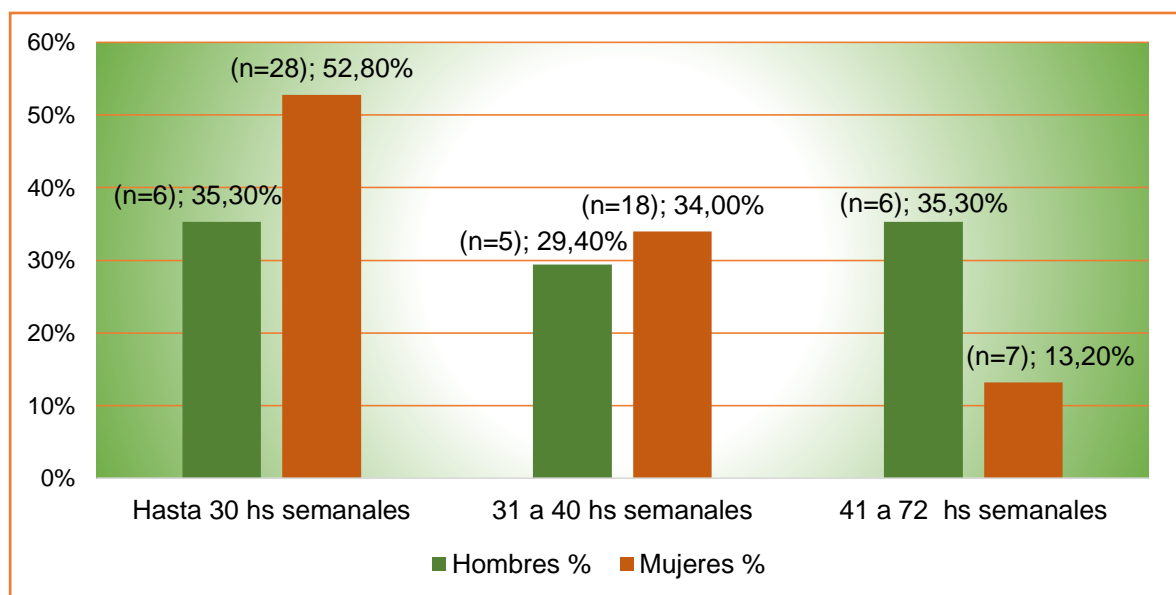


Figura 1. HLS y HLHS distribuidas según el sexo

Las horas distribuida según la profesión, muestra que los psicólogos dedican $M_e=29,26$ horas (s=10,47) a la semana a su actividad laboral con un máximo de 35 horas y 14 horas son en el hospital.

Los médicos dedican $M_e=43$ horas (s=17,86) a la semana a su actividad laboral con un máximo de 72 horas y 15 horas son en el hospital.

El resto de las profesiones (administrativos, psicomotricista, nutricionista) dedican $M_e=30$ horas (s=11,35) a la semana a su actividad laboral con un máximo de 50 horas y 25 horas son en el hospital.

Se observa que el grupo de médicos trabaja mayor cantidad de horas totales que el resto de los grupos (Figura 2). Este factor pudiera deberse al desempeño en más de una ocupación. El grupo de otras profesiones trabaja mayor cantidad de horas en el hospital que el resto de los grupos.

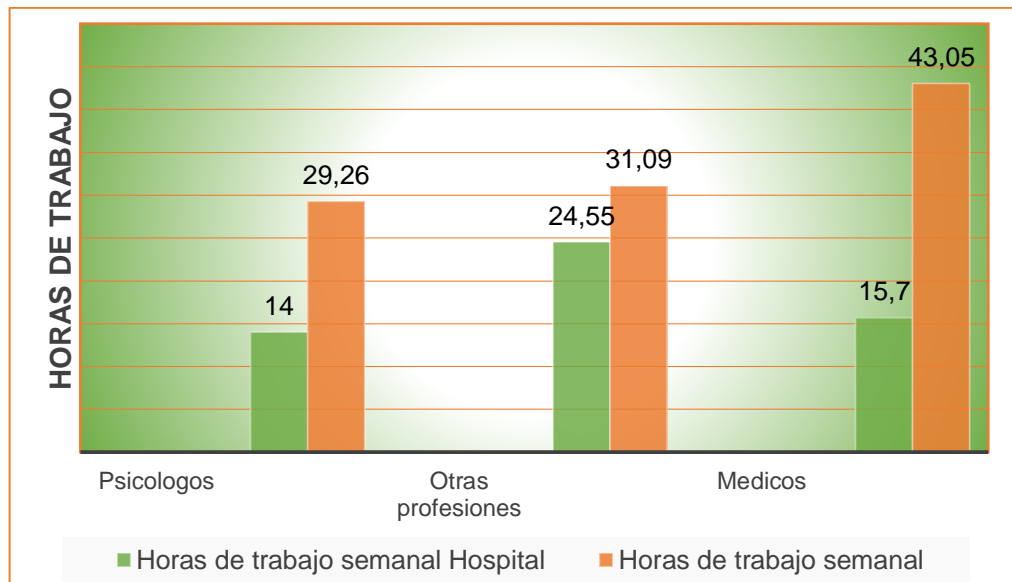


Figura 2. Distribución de Horas de trabajo de acuerdo a la profesión

Presencia de enfermedad

En relación a la presencia de enfermedad el 31,4% (n= 22) de la muestra reconoció encontrarse enfermo al momento de realizar el cuestionario, de este grupo 68,2% son mujeres, el 54,5% es mayor de 36 años y el 63,5% de profesión médicos.

Se realizó una indagación sobre los problemas de salud, según lo sugerido por el grupo WHOQOL (76). Diferenciando Problemas de Salud Físicos (34,2%, n=24) Ningún problema de salud (62,9%, n=44) y Problemas de Salud Psíquico (2,9% n=2). El 11,4% de la población mencionó problemas de salud físico múltiple, que se computaron en la categoría “2 a más problemas de salud Físicos”.

Dentro de los problemas de salud mencionados, la mayoría hizo alusión a problemas de tiroides, seguido por problemas gástricos, diabetes, en los niveles de insulina, hipertensión, migrañas. En los problemas Psicológicos se mencionó la ansiedad como problema de salud que fue referido por 2 participantes médicos.

En este análisis se identificó 4 participantes que mencionaron *no* encontrarse enfermos y en este ítem nombraron uno o varios problemas de salud.

Se presentan la distribución de los problemas de salud reportados (Figura 3) se observa que la mayoría no refiere ningún problema de salud.

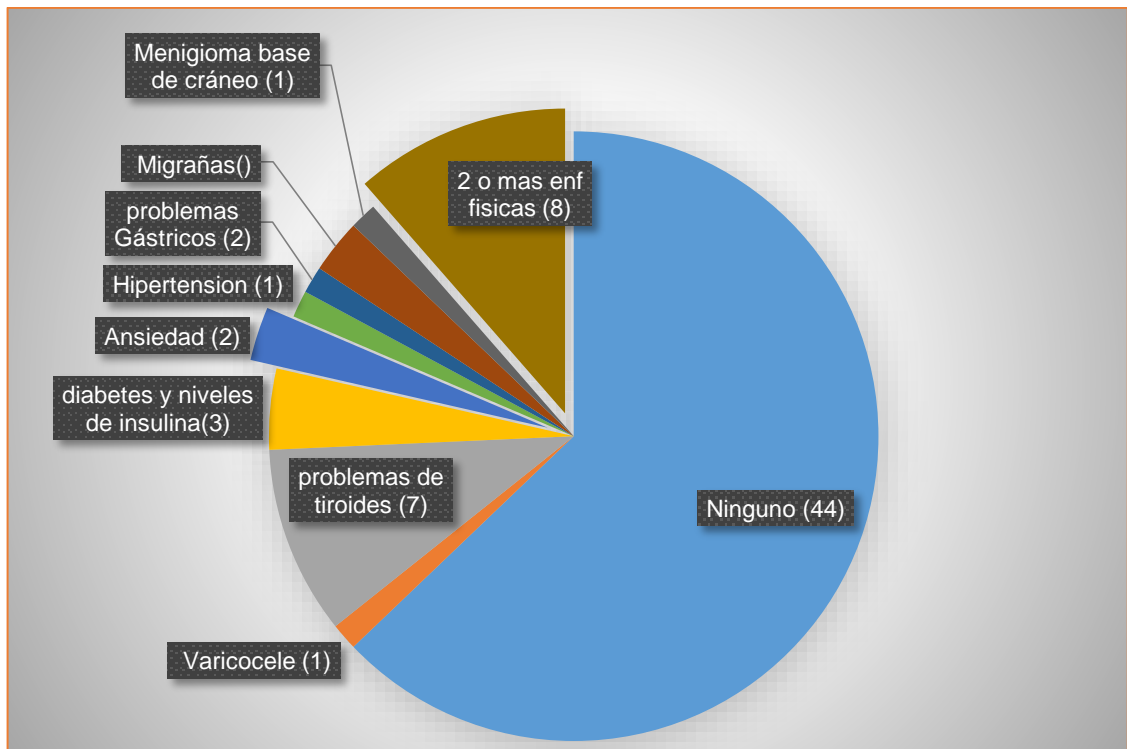


Figura 3. Problemas de salud reportados

La distribución en función del sexo, se observa que el 41,2% (n=7) de los hombres refieren estar enfermos, los problemas de salud mencionados por este grupo son hipertensión, diabetes, varicocele y ansiedad. El 28,3% (n=15) de las mujeres refieren estar enfermas, los problemas de salud mencionados por este grupo son variados; en su mayoría problemas de tiroides, diabetes, migrañas, problemas gástricos, meningioma de base de cráneo, etc.

Se consideró realizar un análisis de la presencia de problemas de salud considerando las profesiones y la cantidad de horas de trabajo.

Se halló una relación moderada ($Eta = .51$) con la cantidad de horas totales dedicados a la actividad laboral. Lo cual indicaría que es un condicionante de la presencia de enfermedad aunque no el único. Cuando se toma únicamente la cantidad de horas de trabajo semanal en el Hospital la asociación es leve ($Eta = .36$), lo cual refleja que la cantidad de horas en el hospital es una condición escasamente relevante sobre la presencia de enfermedad.

Al asociar con la profesión, el estadístico X^2 se puede decir que habría asociación entre la presencia de enfermedad y la profesión ($X^2=10.587$,

gl=2,p=.005). El V de Cramer indica que tal asociación es de débil a moderada (V=.390, p=.005), por lo que la profesión sería un factor condicionante para la presencia de enfermedad en nuestra muestra.

Calidad de Vida y Estado de Salud

Percepción de Calidad de Vida:

Respecto de la Calidad de Vida Global (CVG) y Calidad de Vida en Salud (CVS) y tal como lo sugiere el Grupo WHOQOL, las preguntas fueron analizadas de manera independiente (Preguntas 1 y 2, respectivamente, del instrumento WHOQOL-BREF) (15) (76).

La mayoría de la muestra del estudio considera su calidad de vida dentro niveles de satisfacción “buenos” (67,1%, n=47) y “muy buenos” (24,3%, n=17). En la Figura 4 se presentan los porcentajes en relación a la percepción de calidad de vida en la muestra estudiada.

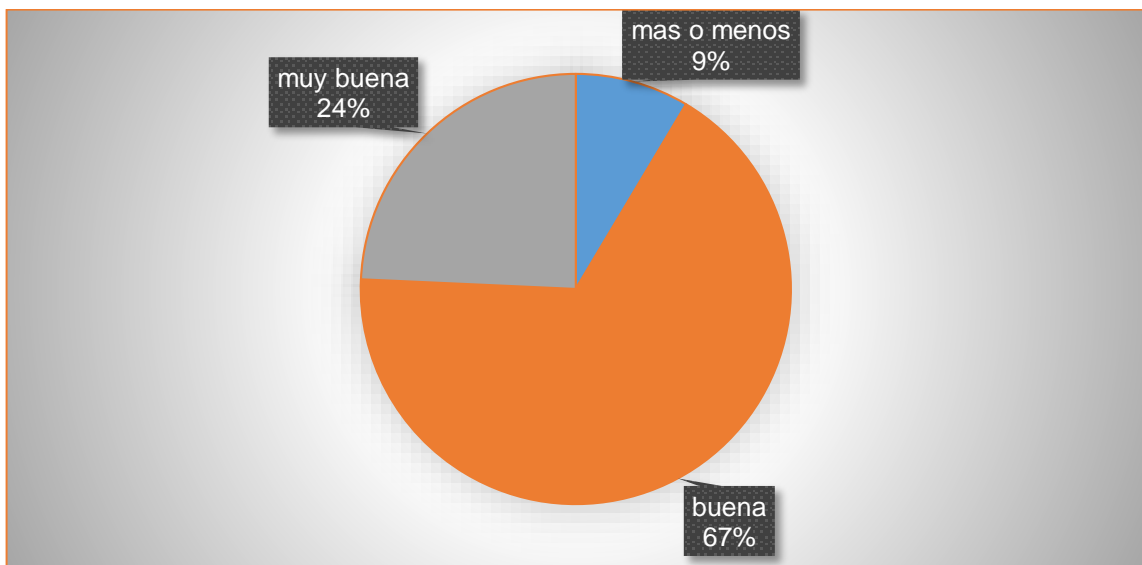


Figura 4. Percepción de la Calidad de Vida

El puntaje de la media en relación a la percepción de la calidad de vida fue satisfactorio (≥ 4) con $M_e = 4,16$, según lo propuesto por el instrumento, mostrando homogeneidad en las respuestas entre los participantes, entre las opciones “bueno” y “muy bueno” ($s=0,56$ y C.V 13,34).

Considerando el sexo, el 11,3% (n=6) de las mujeres consideró “más o menos” su calidad de vida, el grupo de hombres respondió que su calidad de vida

es entre “buena” y “muy buena” (Tabla 3). Se observa una mayor varianza en distribución de respuestas en el sexo femenino

Las respuestas por debajo del nivel de satisfacción se encontraron en el grupo de mujeres.

Tabla 3 Percepción de CV. Distribución de Respuestas en función al sexo.

¿Cómo es su calidad de vida?	Hombres	Mujeres
Mala	0	0
Más o menos	0	11,3%(n=6)
Buena	58,8%(n=10)	69,8%(n=37)
muy buena	41,2%(n=7)	18,9%(n=10)
Total	17	53

En relación a la edad no se encontraron respuestas por debajo del nivel de satisfacción en el grupo 46 años o más (Tabla 4).

Tabla 4 Percepción de CV. Distribución de Respuestas en función a la edad.

¿Cómo es su calidad de vida?	Hasta 35 años	36 a 45 años	46 años o mas
Mala	0	0	0
Más o menos	10,8%(n=4)	9,1%(n=2)	0
Buena	56,8%(n=21)	1,8%(n=18)	72,7%(n=8)
muy buena	32,4%(n=12)	9,1%(n=2)	27,3%(n=3)
Total	52,9%(n=37)	31,4%(n=22)	15,7%(n=11)

A fin de señalar si las diferencias aparentes entre los grupos son significativas a nivel estadístico, se procedió a realizar las pruebas T. Y cuando correspondió trabajar con un número de casos menor a N°30, se realizó previamente el estudio de normalidad para determinar la conveniencia o no de utilizar el análisis de la varianza.

Se encontró una relación atendible a nivel clínico, aunque no significativa a nivel estadístico en relación al sexo y una relación significativa en relación a la edad ($p=.005$, $t= 1.009$, $gl=68$) ambos con respecto a la percepción sobre calidad de vida.

Percepción del Estado de Salud: Si bien la mayoría de la muestra se encuentra dentro de los niveles de satisfacción (68,6%, $n=48$) el 31,4%($n=22$) no se encuentra suficientemente conforme con su estado de salud (Figura 5). La percepción con el

estado de salud se ubicó por debajo del puntaje satisfactorio (≤ 3) con $M_e = 3,76$ con una varianza que refleja mayor variabilidad en las respuestas aportadas ($s = 0,788$ y $C.V = 20,63\%$).

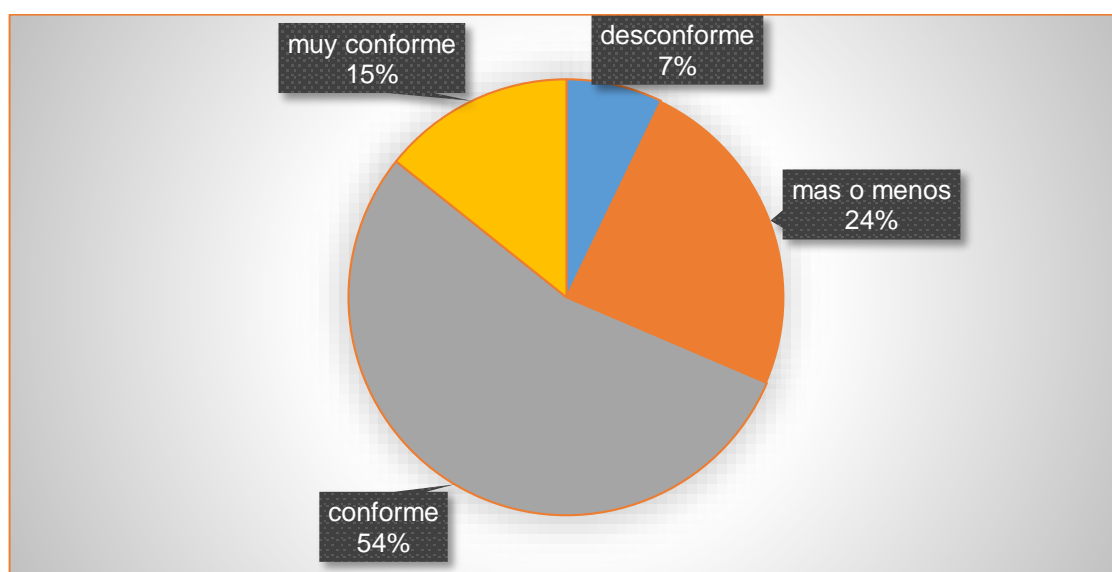


Figura 5. Percepción del estado de Salud.

Tabla 5 Percepción del estado de salud. Distribución según el sexo.

¿En qué medida está conforme con su estado de salud?	Hombres	Mujeres
Desconforme	5,9%(n=1)	7,5%(n=4)
Más o menos	23,5%(n=4)	24,5%(n=13)
conforme	47,1%(n=8)	56,6%(n=30)
muy conforme	23,5%(n=4)	11,3%(n=6)
Total	17	53

Del grupo no conforme con el estado de salud la mayoría son mujeres ($n=17$) mujeres (Tabla 5). En la distribución de respuesta en relación a la edad (tabla 6) la mayoría de las personas que no se encuentran conformes con su estado de salud tienen menos de 46 años.

Tabla 6. Percepción de Estado de Salud. Distribución según la edad.

En qué medida está conforme con su estado de salud	Hasta 35 años	36 a 45 años	46 años o mas	Frecuencia total
Desconforme	2	2	1	5
Más o menos	11	6	0	17
conforme	19	12	7	38
muy conforme	5	2	3	10
Total	37	22	11	70

En la tabla 7 se presenta un resumen de las medias obtenidas de acuerdo a los datos sociodemográficos en la calidad de vida y satisfacción con la salud. Si bien se identifican grupos con puntajes más bajos (mujeres, 36 años o más, 41 a 72 horas laborales semanales, presencia de enfermedad) las diferencias aparentes no son estadísticamente significativas en la muestra.

Tabla 7. Calidad de vida y Satisfacción con la salud. Distribución de acuerdo a variables sociodemográficas

Variable		CV general	Desviación estándar.	Satisfacción con la salud	Desviación estándar
Sexo	Mujeres	4,09	,529	3,79	,769
	Varones	4,35	,606	3,88	,857
Edad	Hasta 35 años	4,22	,637	3,81	,786
	36 años o más	4,09	,452	3,80	,797
Estado Civil	No vive pareja	4,16	,602	3,86	,822
	Vive en pareja	4,15	,508	3,76	,751
Hijos	No tiene hijos	4,13	,578	3,82	,766
	Tiene hijos	4,19	,535	3,81	,821
Profesión	Lic. en Psicología	4,13		3,87	
	Médicos	4,30		3,40	
	Otras	4,00		3,82	
Ocupación	Lic. en Psicología	4,13		3,87	
	Médicos	4,19		3,69	
	Otras	4,17		4,00	
Horas laboral semanal(HLS)	Hasta 30 hs.	4,18		3,74	
	31 a 40 hs.	4,13		3,91	
	41 a 72 hs.	4,05		3,85	
Horas Laboral semanales hospital(HLSH)	Hasta 12 hs.	4,14	,550	3,71	,789
	13 a 50 hs.	4,17	,568	3,91	,781
Esta actualmente enfermo/a	Si	4,01		3,60	
	No	4,24		3,94	

Descripción de respuesta a reactivos

Se consideró complementar con la descripción de respuesta a reactivos y se identificó los que expresaron un porcentaje alto por debajo del nivel de satisfacción (≤ 3) y por sobre el nivel de satisfacción (≥ 4).

Por debajo del nivel de satisfacción (≤ 3) se encontró que:

En el reactivo “el dolor físico ha limitado para hacer las actividades” el 4% de la población reconoce que el dolor físico le ha limitado “mucho” y un 20 % reconoce que le ha limitado “más o menos” las actividades. El 30% manifiesta que disfruta “más o menos” o “poco” de la vida. Refieren una concentración relativa o escasa el 41% de la muestra. En relación al ítem; “Se ha sentido con energía para hacer sus actividades diarias?”, el 60% consideraron haber tenido “más o menos” o “poca” energía para realizar sus tareas diarias.

El 47,1% no se encuentra satisfecho con el descanso y el 49,6% considera que tiene “más o menos” o “poca” oportunidad de realizar actividades recreativas (de placer). Cabe mencionar 4 personas que consideran “muchísima” oportunidad de realizar actividades recreativas.

Con respecto a “Está conforme con su aspecto físico”, el 57 % no se encuentra suficientemente conforme con su cuerpo y se identificó una persona “nada” conforme. En relación al ambiente y la percepción de seguridad “Siente que el entorno en que vive y se mueve es seguro” el 51 % considera que no es suficientemente seguro. En el reactivo “Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades” el 74% se no suficientemente satisfecho.

El 39,6% refiere haber sentido con bastante o mucha frecuencia sentimientos de tristeza, desesperanza, ansiedad.

Por sobre el nivel de satisfacción (≥ 4) en los ítems asociados a la dimensión relaciones sociales; se destaca que un 23% se encuentran conformes o muy conformes con “el apoyo que le brindan sus amigos”.

Se considera mencionar resultados en función al sexo, ya que esta se menciona en los antecedentes como variable contribuyente en la percepción de calidad de vida. El 62,3% de las mujeres no han sentido suficiente energía para realizar sus actividades diarias y el 43,4% no sostienen una concentración satisfactoria en las actividades.

Un 64,7% de los hombres no se encuentra conforme con su aspecto físico y de las mujeres el 52,9% no estar conforme con el tiempo que duerme.

Al realizar un análisis de las diferencias en función del sexo, se encuentra que en el ítem tratamiento médico y el sentido con la vida, las diferencias son significativas, lo que indicaría que las mujeres

Se mencionan resultados en función de las horas del grupo que refiere trabajar más de 41 horas a la semana asociando un número elevado de horas con mayor incidencia en problemas de salud según la bibliografía.

En este grupo la percepción de calidad de vida es buena y muy buena, sin embargo en relación a la salud el 61,5% del grupo reconocer estar en alguna medida enfermo, se encuentran valores superiores al 50% en insatisfacción con el estado de salud (55%) con lo que duerme (69,2%) y con la energía para realizar sus actividades diarias (53,8%).

El grupo que mencionó no estar satisfecho con la Calidad de Vida (n=6), estuvo constituido por 5 mujeres y 1 hombre. El 100% mencionó no estar satisfecho con lo que duerme y tener sentimiento de tristeza con “bastante frecuencia”

En relación a la profesión, el grupo de psicólogos (76,9%) no considera suficiente el dinero que percibe para cubrir sus necesidades. El 33,3% reconoce haber sentido “bastante” y “mucho” sentimientos de tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión.

En el grupo de médicos, especialistas y en formación, el 75% refiere disfrutar “mucho” y “muchísimo” la vida. El 5% reconoce haber sentido “bastante” y “mucho” sentimientos de tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión.

En función a estar enfermo (Tabla 8) se identificó una asociación significativa en el ítems necesidad de realizar tratamiento médico, en el grupo que mencionó estar enfermo ($p < .05$, $t = 2,662$, $gl = 68$).

Tabla 8. Prueba T. Enfermedad y necesidad de tratamiento médico

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bil)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
¿Ha necesitado algún tratamiento médico para poder realizar sus actividades diarias?	Se han asumido varianzas iguales	9,455	,003	2,662	68	,010	,563	,211	,141	,984
	No se han asumido varianzas iguales			2,404	32,552	,022	,563	,234	,086	1,039

Estado de salud: Se analizaron las respuestas dadas en el reactivo 1 y 2 del test WHOQOL-BREF sobre la percepción de Calidad de Vida y Percepción de estado de salud de aquellos que reconocieron estar enfermos, y si bien hay diferencias aparentes, no puede descartarse la hipótesis nula en relación a la presencia de enfermedad.

Dominios: físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente.

Para realizar en análisis de los dominios de Calidad de Vida (físico, psicológico, relaciones sociales y ambiente), se transformaron los puntajes en intervalo 0-100 según lo propuesto por el instructivo (76) utilizando la tabla de conversión. Los puntajes ≥ 60 se consideran el mínimo esperable dentro del nivel de satisfacción y se interpreta que a mayor puntaje mejor calidad de vida.

Todos los dominios se encuentran en dentro del nivel de satisfacción (Tabla 9) aunque con valores cercanos al mínimo esperable (≥ 60).

El dominio con el puntaje inferior, fue el Dominio Ambiente ($M_e = 63,30$) y el Dominio Relaciones Sociales el más alto ($M_e = 75,09$).

Los puntajes máximos se encontraron superiores a 90 en el dominio físico y psicológico y de 100 en el dominio social.

Tabla 9. Dominios de Calidad de Vida.

Descriptivos	físico	Psicológico	Rel Sociales	Ambiente
Media	69,63	67,84	75,09	63,30
Error típ. de la media	1,544	1,430	1,571	1,433
Desviación estándar	12,917	11,968	13,140	11,988
Varianza	166,837	143,221	172,659	143,706
Mínimo	43	38	50	31
Máximo	94	94	100	88

Al realizar un análisis en función a los datos sociodemográficos (Tabla 10) los que puntúan más bajo, son el grupo de mujeres en todos los dominios excepto el dominio entorno, el grupo de 36 años o más, quienes viven en pareja en el dominio físico y psicológico, el grupo que trabaja más de 41 horas a la semana en el dominio psicológico y el grupo que refiere estar enfermo en todos los dominios excepto en las relaciones sociales.

Se observa que el grupo de otras ocupaciones puntúa más bajo en el dominio psicológico, este grupo incluye 2 o más ocupaciones.

En ningún grupo se observó puntajes >65 en el dominio entorno, encontrándose todos próximos al mínimo esperable de satisfacción.

Los puntajes más altos se encontraron en el dominio social el grupo de varones ($M_e=77,94$) y en el grupo de médicos ($M_e=78,44$).

Los puntajes más bajos se encontraron en el dominio Entorno, en el grupo de varones ($M_e=61,40$) y en el grupo que trabaja más de 41 horas ($M_e=62,02$).

El grupo de mujeres puntúan más bajo en relación a los dominios físico, psicológico y relaciones sociales.

Tabla 10. Dominios CV. Distribución de acuerdo a variables sociodemográficas.

Datos sociodemográficos		Dominio Físico	Dominio Psicológico	Dominio Social	Dominio Entorno
Sexo	Mujeres	70,52	68,16	74,17	63,92
	Varones	70,96	70,96	77,94	61,40
Edad	Hasta 35 años	71,70	71,01	75,52	63,37
	36 años o más	69,49	66,54	74,63	63,24
Estado Civil	No vive pareja	71,96	70,10	74,16	63,18
	Vive en pareja	69,13	67,42	76,14	63,45
Hijos	No tiene hijos	70,56	69,57	74,34	62,99
	Tiene hijos	70,70	67,97	75,98	63,67
Profesión	Lic. en Psicología	72,12	69,71	75,64	62,50
	Médicos	70,00	71,25	78,44	63,13
	Otras	66,48	61,36	67,05	66,48
Ocupación	Lic. en Psicología	71,71	69,41	76,15	62,34
	Médicos	68,27	68,99	76,44	63,94
	Dos o más ocupaciones	73,96	64,58	62,50	66,67
Hs de trabajo semanales (HTS)	Hasta 30 hs.	70,04	67,83	75,37	63,97
	31 a 40 hs.	71,74	69,57	74,73	63,04
	41 a 72 hs.	70,19	65,19	75,00	62,02
Hs de trabajo semanales HNC	Hasta 12 hs.	70,89	67,14	72,86	63,04
	13 a 50 hs.	70,36	70,54	77,32	63,57
Esta actualmente enfermo/a	Si	66,39	66,89	77,03	62,50
	No	74,81	71,02	72,92	64,20

A fin de analizar si hubo si tales diferencias son significativas a nivel estadístico se procedió a realizar las pruebas T no encontrando que las diferencias fueran significativas para los datos sociodemográficos y las horas de trabajo, lo que no permite descartar que en el grupo tales diferencias puedan deberse a otros factores.

Se observó una diferencia atendible a nivel clínico, en relación a las distintas profesiones en el dominio psicológico y en el dominio social en el grupo de médicos.

Cuando se consideró la ocupación los resultaron mostraron diferencias estadísticamente significativas en relación al dominio social ($f=3.209$, $p\leq.05$), lo que indica que este factor sería un condicionante asociado.

En la siguiente tabla (Tabla 11) se presentan los resultados en relación a la ocupación, entre el grupo de médicos y otras profesiones.

Tabla 11. Ocupación y Dominios de Calidad de Vida

Dominios	Ocupación	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Dominio físico	Inter-grupos	255,735	2	127,868	,761	,471
	Intra-grupos	11255,983	67	168,000		
	Total	11511,719	69			
Dominio psicológico	Inter-grupos	121,558	2	60,779	,417	,661
	Intra-grupos	9760,696	67	145,682		
	Total	9882,254	69			
Dominio social	Inter-grupos	1041,399	2	520,699	3,209	,047
	Intra-grupos	10872,106	67	162,270		
	Total	11913,504	69			
Dominio del entorno	Inter-grupos	114,080	2	57,040	,390	,679
	Intra-grupos	9801,656	67	146,293		
	Total	9915,737	69			

Al analizar la presencia de enfermedad y los dominios de CV (Tabla 12), se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación a la presencia de enfermedad y el dominio físico ($t=2,672$, $gl=68$, $p<.005$). Se tomó el grupo que se consideró enfermo y/o mencionó algún problema de salud. Lo que indicaría que la presencia de enfermedad es condicionante en las respuestas del grupo en el dominio físico. No se evidencia asociación estadística con el resto de los dominios de CV.

Tabla 11. Presencia de enfermedad y dominios de CV

Dominios		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Dominio físico	Se han asumido varianzas iguales	9,105	,004	-2,672	68	,009	-7,919	2,964	-13,833	-2,005
	No se han asumido varianzas iguales			-2,738	61,895	,008	-7,919	2,892	-13,700	-2,137
Dominio psicológico	Se han asumido varianzas iguales	,617	,435	-1,453	68	,151	-4,131	2,843	-9,803	1,542
	No se han asumido varianzas iguales			-1,471	67,326	,146	-4,131	2,808	-9,734	1,473
Dominio social	Se han asumido varianzas iguales	,777	,381	1,313	68	,193	4,110	3,130	-2,135	10,356
	No se han asumido varianzas iguales			1,300	62,935	,198	4,110	3,161	-2,206	10,427
Dominio del entorno	Se han asumido varianzas iguales	1,575	,214	-,591	68	,556	-1,705	2,884	-7,459	4,050
	No se han asumido varianzas iguales			-,600	66,543	,551	-1,705	2,841	-7,375	3,966

El Rho de Spearman muestra una correlación significativa moderada entre la percepción sobre calidad de vida y los dominios que la integran. Una correlación moderada entre el dominio físico y psicológico con la percepción en salud y ninguna correlación con el dominio ambiente, por lo que este último no estaría contribuyendo significativamente a la satisfacción con la salud en la muestra estudiada.

Cada dominio contribuiría a percepción de calidad de vida global lo cual es coherente con lo planteado a nivel teórico que indica que todos contribuyen a la calidad de vida. Estas cuatro dimensiones además se correlacionarían entre sí en la evaluación general del constructo calidad de vida. También hay una alta correlación entre los dominios, lo que quiere decir que a mayor puntaje en uno mayor puntaje en otro.

El dominio físico y en segundo lugar el dominio psicológico fueron identificados como los más determinantes en la percepción de la calidad de vida en la muestra estudiada y el dominio físico como el más determinante en la percepción del estado de salud. El dominio ambiente es el que menor correlación presenta con los otros factores, por lo que los resultados encontrados podrían presentar influencia de otros factores (Tabla 13).

Tabla 13. Rho de Spearman. Calidad de vida, Estado de salud y Dominios

Rho de Spearman		En qué medida está conforme con su estado de salud	¿Cómo es su calidad de vida?	Relaciones sociales	Física	Psicológico	Ambiente
En qué medida está conforme con su estado de salud	Coeficiente de correlación	1,000	,320**	,255*	,520**	,493**	,185
	Sig. (bilateral) N	,70	,007 70	,033 70	,000 70	,000 70	,124 70
¿Cómo es su calidad de vida?	Coeficiente de correlación		1,000	,332**	,434**	,408**	,347**
	Sig. (bilateral) N		,70	,005 70	,000 70	,000 70	,003 70
Relaciones Sociales	Coeficiente de correlación			1,000	,403**	,426**	,145
	Sig. (bilateral) N			,70	,001 70	,000 70	,231 70
Físico	Coeficiente de correlación				1,000	,654**	,297*
	Sig. (bilateral) N				,70	,000 70	,012 70
Psicológico	Coeficiente de correlación					1,000	,303*
	Sig. (bilateral) N					,70	,011 70
Ambiente	Coeficiente de correlación						1,000
	Sig. (bilateral) N						,70

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

DISCUSIÓN

La valoración de una persona sobre su CV y su entorno están relacionados con las discrepancias entre lo que se posee y lo que se desea, lo que se tiene y lo que se cree merecer, lo que necesita y lo que tiene finalmente, lo que tuvo y lo que espera tener en un futuro (23). Se entiende que esta apreciación depende de la posibilidad que cada persona tenga de pensar bien acerca de su propia vida, según el significado que cada uno le da a las cosas. Por ello el concepto de calidad de vida es una categoría multifactorial que puede desglosarse en grados de particularidad hasta llegar a su expresión singular en el individuo. Implica un proceso perceptivo, entendida como una sensación interior que nos permite, a través de los sentidos, recibir información y conformar una representación más o menos real del medio (3). Lo óptimo sería que esta percepción se base en un balance entre las aspiraciones y las realidades de cada individuo, cuando este se encuentra dotado de los elementos culturales y de libertad de pensamiento para poder realizar dicho análisis.

Se considera que la Calidad de vida es mayor, cuando la discrepancia entre ese estado ideal y el estado real es pequeña y habría una Calidad de vida menor cuando la discrepancia es más pronunciada. Se concibe que esta distancia es dinámica y susceptible de verse disminuida o aumentada por factores culturales, sociales, de salud, variables sociodemográficas, algún evento biográfico, social o ambiental (6). Testa (92) la considera como un proceso históricamente determinado, resultante de la cultura y los modos de organización social en determinado espacio y tiempo. Por ende, confluyen significados que se negocian y se configuran en una representación dinámica. Marcus y Ficher (93) dirán que se produce una negociación de significados.

Se propuso partir de una noción de complejidad, mencionada por Aguacil Gómez (14). Que propone utilizarla como concepción en el abordaje del estudio de la calidad de vida en la población. Se considera éste campo como complejo, ya que se encuentra integrado por procesos de orden macro y micro.

En el último siglo, se han producido transformaciones a nivel global que han repercutido en los estándares de calidad de vida de la población. Particularmente dentro del ámbito de la salud, las modificaciones en políticas, prevalencia de algunas enfermedades (1) (25) (28), paradigmas en relación al padecimiento (82)

y las condiciones de prácticas (81), han implicado tensiones dentro del contexto en donde los profesionales de la salud se desempeñan. Estas tensiones influirían de manera más o menos directa, en la percepción que estos tienen sobre su calidad de vida (85).

Autores como Aguacil Gómez (14) afirman que los cambios y transformaciones que han ido atravesando las instituciones de salud, han implicado múltiples crisis que habrían afectado de manera negativa la calidad de vida de quienes se encuentran incluidos en ella.

El grupo WHOQOL dedicado al estudio de la calidad de vida, también señaló que entre los grupos prioritarios a ser evaluados además de pacientes con enfermedades crónicas y/o terminales (78) es también, el personal de salud identificado como de alto riesgo (63).

En países desarrollados los profesionales de la salud tienen expectativas y exigencias cada vez más altas relacionadas con sus condiciones de trabajo y con respecto al resto de las áreas de la vida (97).

En Argentina los profesionales comparten exigencias y expectativas similares pero el contexto social y el funcionamiento del sistema de salud impone a veces una precarización laboral (98) que pondría en riesgo la calidad de vida global de este colectivo. Numerosos autores hacen referencia a este contexto (58) (59) (68) (86). Schwartzmann (66) por su parte refiere que este grupo se encontraría en riesgo en relación a su propia salud, ya sea por las características propias del trabajo que desempeñan y por los cambios en la práctica en los últimos 40 años.

Otros estudios epidemiológicos (47) (86) (87) han encontrado en los trabajadores de la salud, la existencia de problemas de salud y afectación de calidad de vida en asociación con las condiciones y el tipo de labor que desempeñan. Se adhiere a Bonicatto (28) que plantea que en la medida que se conoce sobre la calidad de vida de un grupo de profesionales, también pueden hacerse inferencias sobre la calidad de la atención de los mismos y las características del sistema de salud al que pertenecen. En la medida que cuenten con mayor satisfacción con su propia Calidad de Vida, se favorece la transmisión a su entorno y a los usuarios de recursos saludables, físicos, psicológicos, sociales, espirituales y ambientales para vivir de una forma plena.

Los profesionales de la salud siempre han tenido un rol relevante en la contribución a mejorar y/o mantener la calidad de vida del paciente y su familia.

Pero ¿qué ocurre con la calidad de vida de los mismos? Cuestionamiento que compartimos con otros estudios (79) que se propusieron abordar la calidad de vida de profesionales de la salud.

El Hospital de Clínicas de la Ciudad de Córdoba está conformado por diferentes servicios, entre los que se incluye el Servicio de Psicopatología, todos los trabajadores del mismo representan un eslabón dentro de la organización de la institución. Por ello fue objeto de interés tomar este servicio completo, con la finalidad de establecer apreciaciones representativas de todo el grupo sobre su calidad de vida.

La discusión de los resultados se realiza desde un enfoque complejo, relacional, dinámico, transversal considerando la historicidad y contexto de este grupo en particular.

La mayoría de los profesionales del Servicio de psicopatología, tienen una percepción buena y muy buena sobre su calidad de vida, y solo el 10% no la considera satisfactoria. Se puede decir que habría un ajuste entre las expectativas-aspiraciones con su propia vida en la mayoría de la muestra en estudio. Investigaciones realizadas en otros países a grupo de profesionales muestra correspondencia con lo encontrado (54) (55) (59) (67) y afirman que en general los profesionales perciben su calidad de vida global dentro de los estándares satisfactorios. Otros estudios realizados en argentina (47) (85) (86) mostraron discrepancias con estos hallazgos y encontraron un porcentaje mayor de quienes no se encontraban satisfechos.

La CV relacionada con la salud también abarca los aspectos subjetivos de cada persona sobre su propio estado de salud (87), independientemente de la discrepancia con el concepto médico que permite la efectividad de un tratamiento, una terapia o un cambio de su estilo de vida.

El estado de Salud óptimo es valorado como elemento fundamental para tener una buena calidad de vida (6) por ello el instrumento Whoqol lo contempla como un ítem diferenciado (78).

Para evaluar el estado de salud, la OMS propone considerar el termino salud no solo la ausencia de enfermedad, sino como el estado de bienestar físico, mental y social (2), que abre las puertas para una nueva concepción de lo que implica estar sano y disfrutar de una adecuada calidad de vida (78). Es por ello que para la

evaluación de la salud global, la dimensión psicológica, física, ambiental y relacional condicionarían el grado de satisfacción o bienestar, así como el estado fisiológico del individuo, la personalidad, el grado de soporte social que recibe, el estado civil el sexo o la edad.

La mayoría de los participantes de la muestra está Conforme con su estado de salud, se observó heterogeneidad en la elección de respuestas y un 31,4% no estaría suficientemente conformes con el estado de salud, de ese grupo, 7% refirió estar significativamente desconforme.

Por otro lado el valor de la media de toda la muestra ($M_e = 3,76$) se ubicó por debajo del punto de corte de satisfacción (≥ 4 puntos) propuesto por el grupo WHOQOL.

La percepción de salud (37) es un fenómeno multidimensional por lo que no se espera que este determinado únicamente por la presencia o no de enfermedad. Si se encuentra demostrado que la presencia de enfermedad sería uno de los condicionantes negativos (88) así como la edad (13), el sexo (88) y la falta de recursos culturales (25). Este último factor aumentaría la incertidumbre y la inseguridad ante cualquier circunstancia de la vida, pero en especial ante los problemas de salud, además mayores niveles de instrucción se asocian a estilos de vida más saludables (94).

De los participantes que mencionaron encontrarse enfermos o nombraron algún problema físico o psicológico, el 40,9 % no se encuentra conforme con su estado de salud. Por lo que es coincidente con la bibliografía y en apariencia, la presencia de enfermedad sería un factor de relevancia dentro de la muestra en la percepción negativa del Estado de Salud.

Si bien se ha encontrado que la afectación es significativa cuando hay presencia de enfermedad crónica (28) (89) (90). Leplege y Hunt (17) dicen que a medida que la enfermedad se integra a la vida, según el tipo de enfermedad, la evolución o el grado de cambio que esta genere, (36) ocurrirían ajustes internos que preserven la satisfacción de la persona. Lo que podría explicar que alguno de los participantes que si mencionaron un problema de salud en nuestra muestra, sigan considerando su calidad de vida y su estado de salud como satisfactorio.

Dentro de las enfermedades mencionadas, se repiten los problemas de tiroides y algunas que se pueden considerar de origen nervioso, como hipertensión (91), gastritis, migrañas. Estas parecieran no limitar en gran medida la funcionalidad del grupo (4%), aunque si puede estar asociado a la necesidad de realización de

tratamiento y seguimientos. Tal como se sugiere(17), que se puede encontrar personas con grados más o menos significativos de limitaciones que consideren su estado de salud como bueno y personas que no presenten limitaciones de orden físico e igualmente no se encuentren conformes con su estado de salud.

Se puede decir que una parte del grupo estaría manifestando síntomas o trastornos de orden psicofísico, lo cual pudiera estar asociado a alguna condición tanto de su estilo de vida, entorno o rutina (85). Los estudios han propuesto que habría una tendencia a las manifestaciones físicas de origen emocional, asociado al estrés y al estilo de vida en los profesionales de la salud (66).

La mayoría de encuestas realizadas (68) (94) afirman que los profesionales de la salud, tienden a hacer una sobreestimación del estado de salud tendiendo a minimizar los problemas físicos y psicológicos. En nuestra muestra, pertenecientes al ámbito de la salud mental, únicamente dos participantes hicieron mención de la ansiedad como problema de salud psicológico a pesar de encontrarse un alto porcentaje del grupo (39,6%) que refiere sentirla con bastante frecuencia. También es disidente con lo que plantea Fernández Martínez (55) en un estudio realizado en Granada que señala que la ansiedad es el trastorno más prevalente dentro del aspecto psicológico en los profesionales. Por otro lado un participante mencionó un problema de salud físico sin considerar por ello estar enfermo, lo cual podría reflejar, como se mencionó, que la concepción en salud que posee una persona es mucho más amplia que la presencia o no de enfermedad (32) (88) e involucraría nociones individuales y subjetivas sobre salud-enfermedad.

El instrumento administrado incorpora dominios o facetas, estos en conjunto reflejarían la calidad de vida según lo que propone el grupo Whoqol y cada una de estas facetas es descriptivo de un área. Para su análisis se obtiene un puntaje en una escala 0-100, donde el punto de corte de satisfacción es 60 puntos (76).

El dominio de Relaciones Sociales, fue el que presentó mejor evaluación en nuestra muestra, con una $M_e = 75,09$ puntos y un puntaje máximo de 100. Lo que estaría indicando que esta área sería la mejor valorada entre los profesionales encuestados. Este dominio involucra las relaciones personales el apoyo social percibido y la vida sexual, siendo este último punto el que los estudios (22) (91) mencionan como de inclinación a brindar respuestas de deseabilidad social.

La calidad de relaciones interpersonales aparece como el componente que más se destaca y valora positivamente, este factor aparece en la bibliografía (43)

como indicador de bienestar psicológico y la posibilidad que cuenta la persona de establecer una vida social saludable.

Según Turner y Marino (95), existen tres constructos en torno al apoyo social: recursos de apoyo en red, las conducta de apoyo y el apoyo percibido subjetivamente, siendo éste último una valoración individual vinculada a los otros constructos. Es importante destacar que reflejaría no solo la presencia concreta de apoyo social, sino la percepción que la persona tiene de ellos.

En relación al ámbito de la salud y al entorno laboral, los estudios dicen (45) (58) que compartir con compañeros de trabajo los éxitos, fracasos y los eventos cotidianos, refuerzan lazos de amistad que se traducen en redes de apoyo social intra-laboral (6). Su presencia fortalece las relaciones interpersonales y la propia interioridad, por lo que constituye uno de los factores protectores más investigados (93) y con resultados más positivos para aumentar la resistencia del individuo ante situaciones de presión (94), bajo estresores diarios como pueden ser los laborales, las crisis personales y en el momentos de adaptación o ajuste a las enfermedades, especialmente, las de carácter crónico (28) (40).

Estudios científicos (19) han mostrado una asociación directa entre las relaciones sociales y la salud, se encontró que las personas más aisladas o con una red de apoyo reducida tenían menos salud, física y psicológica, y más probabilidad de desarrollar enfermedades (93). Que los profesionales del estudio puntúen mejor en este dominio reflejaría una mayor satisfacción en esta área y por consiguiente implicaría la presencia de condiciones favorables y protectoras en las relaciones interpersonales para una buena calidad de vida y estado de salud.

El dominio Físico presentó una media dentro de satisfacción ($M_e=69,63$) y los puntajes más bajos se encontraron en el grupo que mencionó estar enfermo. Involucra la energía, fatiga, el dolor, malestar, el sueño y descanso, la posibilidad de movilizarse y realizar actividades diarias, la dependencia a medicamentos, tratamientos y la capacidad laboral.

Este dominio presentó correlación positiva de moderada a alta con el estado de salud y un puntaje superior al resto de los dominios. Lo cual indicaría que en la muestra la dimensión física es la que más determinaría sobre la percepción del estado de salud (aunque no la única), lo cual es referido en otros estudios (28) (88) (95).

Se ha observado que en grupos de profesionales de la salud es frecuente las quejas por trastornos del ciclo sueño-vigilia también asociada a la sobrecarga física (97). El mayor porcentaje de insatisfacción del área física fue en el ítem descanso (47,1%) lo cual podría ser reflejo de una privación de sueño en los participantes. Este grupo podría manifestar la presencia de condiciones no saludables, que junto a otros elementos como insuficiente concentración (41%) y disminución en la energía (60%) (del dominio psicológico) podrían a la larga provocar un deterioro en la calidad de vida. En este sentido se encontró que aquellos que no se encuentran satisfecho con la CV el 100% mencionaron no estar satisfecho con lo que duerme y además tener sentimiento de tristeza con “bastante” frecuencia. Se han concluido en otros estudios(12) que la disminución en el descanso y/o trastorno de sueño afectan significativamente el rendimiento físico, psicológico y social junto a la percepción de la calidad de vida global.

Como lo aseguran otros autores (56) estos indicadores reflejan un estilo de vida no saludable en relación al descanso, siendo un patrón recurrente en profesionales de la salud (58). Según algunos investigadores estos elementos además indicarían un desgaste psicofísico (58) y ha sido encontrado en grupo de profesionales con síntomas de estrés (58). Podría decirse que una porción significativa del grupo presentaría estos indicios y que la insatisfacción en el descanso tendría incidencia en la percepción de calidad de vida del grupo.

El dominio psicológico involucra la imagen corporal, la frecuencia de sentimientos negativos y positivos, la autoestima, la memoria y la concentración. Presentó una media ($M_e=67,84$) más baja que el dominio físico con quien presenta una alta correlación. Presentó una correlación moderada con el resto de los dominios, con la calidad de vida global y con la percepción en salud.

Es llamativo que más de la mitad de la muestra no se encuentre satisfecho con la imagen auto percibida, e incluso una de las personas considera no estar “nada” conforme con su cuerpo. Se ha evaluado en otros estudios (100) la asociación que la autoimagen tiene con el bienestar psicológico y con la disposición para realizar actividades deportivas. El autoconcepto físico se encontraría ligado estrechamente al bienestar y la capacidad de la persona para disfrutar en diversos ámbitos. Un alto porcentaje del grupo con un autoconcepto físico insatisfactorio (57%), ha sido asociado en otros estudios (101) a un incremento en la prevalencia de síntomas de negatividad y las probabilidades de presentar síntomas depresivos.

Este grupo de profesionales, podría presentar a una mayor propensión en el futuro de síntomas de negatividad y por ende una disminución en su bienestar psicológico. Siguiendo estos planteos, tomaría relevancia clínica el 39,6% del grupo que refiere haber sentido con “bastante” o “mucho” frecuencia sentimientos de tristeza, desesperanza, ansiedad.

Las cargas laborales y la presencia de enfermedad han sido variables que se han asociado al impedimento para la realización de actividades que favorecen a la autoestima y la sensación de bienestar (58) ocasionando percepciones del estado de salud negativas (68). Estos condicionantes pueden afectar el autoconcepto personal, además de restringir (o suprimir) las actividades de auto disfrute (94). Al respecto, se ha planteado una articulación clínica entre los resultados de la cantidad de horas dedicadas a la actividad laboral, la tendencia al pluriempleo como determinantes en el dominio social y en una menor posibilidad de realizar actividades recreativas.

Estudios realizados en Uruguay (17) (38) muestran la tendencia a la afectación de la CVRS, en especial de la esfera psicológica y física no solo en aquellos profesionales con síndrome de burnout sino también de aquellos sin configurar el síndrome, que presentarían agotamiento emocional (58).

Un estilo de vida y hábitos poco saludables en relación al descanso, un bajo nivel de energía diaria, o escasas posibilidad de realizar actividad física, indicarían un incremento de la probabilidad de padecer alguna enfermedad (hipertensión, diabetes) (91) algunas de las cuales han sido reportadas en la muestra del estudio.

El ambiente fue el dominio con la media inferior ($M_e=63,30$) con un valor cercano al punto de corte en satisfacción (60 ptos.) y registró los puntajes mínimos (31 ptos.) y máximos más bajos (88 ptos.). Lo que indicaría que en nuestra muestra el grupo de profesionales se encontrarían menos satisfechos con esta área de su vida. Indaga sobre los recursos económicos, la accesibilidad al sistema sanitario y social, oportunidades de adquirir información, participación y oportunidades de recreo/ ocio, ambiente físico (contaminación/ ruido/ trafico/ clima) y transporte. Presentó una correlación leve con el resto de los dominios y con la calidad de vida global y nula con la percepción en salud. Lo que lleva a presumir que en nuestra muestra es la dimensión que menos condiciona la percepción de calidad de vida y no estaría determinando la percepción del estado de salud.

Hay insatisfacción en gran parte de la muestra (74,3%) con respecto al dinero para cubrir las necesidades. Muchotrigo (41) afirma que el ingreso

económico resultó ser estadísticamente significativo en relación a la calidad de vida, los que tenían más o mejores ingresos percibían que su calidad de vida en el dominio bienestar económico era mejor. Este factor, lo han asociado a una mayor o menor motivación laboral (85) en la medida que la persona se encuentra más satisfecha con la remuneración recibida, habría mayor incentivo en la realización de las tareas cotidianas (95)(104). En este punto, se podría inferir de ese grupo, que la insatisfacción con la remuneración, podría estar vinculado clínicamente a un bajo nivel de energía percibido (60% “más o menos” o “poca” energía) o estar afectando su motivación e incentivo con las tareas cotidianas.

Se partió del concepto de recreación y ocio sugerido por el grupo Whoqol (2) y se consideró lo propuesto por Gerlero (102) que le incorpora un valor social a la práctica recreativa. La disminución de horas dedicadas a la recreación ha sido referida en estudios de profesionales con desgaste profesional (103). Casi la mitad de la muestra (49,6%) refiere relativa o poca oportunidad de realizar actividades recreativas (de placer). Lo cual podría vincularse a un 30% que manifiesta un escaso disfrute de la vida. Esto ya fue referido en estudios (29) (97) (98) que indicaron que la realización de actividades recreativas, se encuentra vinculado a una mejor autoestima y al bienestar psicológico.

La percepción de seguridad evaluaría la sensación frente a condiciones del entorno, desde un punto de vista emocional, institucional y de manera más difusa el reflejo del contexto general de una dinámica social en su conjunto. Por tanto, podría considerarse que es un aspecto vinculado a políticas públicas porque afecta positiva o negativamente a la calidad de vida, al comportamiento y a la competitividad de un grupo (122). El 51% de los participantes considera que el entorno que vive no es suficientemente seguro y si bien, las inferencias sobre este indicador son complejas y deben ser consideradas con prudencia, estaría reflejando una construcción imaginaria dentro del grupo (122), que necesariamente tiene que ser contextualizada a su entorno inmediato, el espacio urbano en donde se desenvuelven y el país en su sentido más amplio.

Las investigaciones plantean que una evaluación positiva o negativa puede estar condicionada al sexo (28), la edad (39) (97) y el estado civil (91). En ellas fue encontrado en hombres, personas más jóvenes (102), que Vivian en pareja y con mayor nivel educativo, mejores perspectivas de tener una valoración satisfactoria de la calidad de vida.

Al analizar los resultados según una distribución por variables demográficas se observó que el 75,7% fue de sexo Femenino, superioridad que es coincidente con la mayoría de los estudios realizado en grupos de profesionales de la salud (47) (54) (64). El ingreso de la mujer al campo profesional se considera uno de los cambios sociodemográficos más relevantes de la era postindustrial (84). Los registros de ingresos de carreras vinculadas al área de la salud, muestran una paulatina inversión de la proporción hombre-mujer en el último decenio. En la actualidad, el número de mujeres prepondera en áreas de orientación humanista (11). Este fenómeno ha sido encontrado en investigaciones de grupo de residentes (47) (54), en enfermeros (85) (49) y médicos de otras especialidades (86) (51) (53). Ocurre lo mismo con profesiones vinculadas a la salud mental, como psicología o psiquiatría ocupadas principalmente por mujeres (102).

Los autores señalan (54) que las mujeres muestran una calificación menor en todas las dimensiones y mediciones de la calidad de vida (57), mayor frecuencia de sensaciones dolorosas (86) y de pensamientos negativos en comparación con los hombres (16).

Los resultados muestran valores de media más bajos en este grupo en la percepción de calidad de vida global, en el estado de salud, la dimensión física, psicológica y las relaciones sociales. Solo mujeres consideraron “más o menos” su calidad de vida, todos los hombres del estudio respondieron que su calidad de vida es entre “buena” y “muy buena”. Por otro lado suelen percibir más negativamente su salud en todas las edades y especialmente cuando superan los 50 años. Entre las mujeres mayores (entre 55-80 años) las percepciones positivas disminuyen considerablemente mientras aumentan las negativas (94). Del grupo no conforme con el estado de salud la distribución en función al sexo fue: n= 5 hombres y n=17 mujeres.

Hay mayor porcentaje de mujeres que reconocen un problema de salud físicos y haber necesitado tratamiento médico para poder realizar sus actividades, la bibliografía plantea que las mujeres tienden a reconocer en mayor medida la presencia de algún problema de salud (24) y la realización de consultas (55). Bryant y Márquez (24) plantearon que las mujeres presentan propensión al desarrollo de nerviosismo, ansiedad y/o una mayor percepción de estos síntomas. Si bien las diferencias no permiten afirmar una asociación en nuestro estudio, se encontró mayor frecuencia de estos sentimientos dentro de grupo referido, lo cual podría encontrarse vinculado al sexo según lo que plantean estos autores.

Baldi (24) en su estudio reveló que los hombres manifiestan en general estar más satisfechos con la visión de su cuerpo y su apariencia física (con efectos positivos en el autoconcepto), lo cual fue disímil con nuestros resultados. Hubo un mayor porcentaje de hombres del grupo no suficientemente conformes con su cuerpo (64,7%), lo cual lleva a indagarnos sobre posibles condicionantes de este índice dentro del grupo. Por otro lado mayor cantidad de hombres manifestaron estar satisfechos con sus niveles de energía, entusiasmo y/o resistencia para realizar las actividades diarias, coincidente con otros estudios que refieren que las mujeres expresan menos satisfacción con sus niveles de energía cotidianos (24). Lo cual nos lleva a inferir que ser mujer sería una variable de consideración para la percepción sobre el nivel de energía diaria. Si bien no puede afirmarse que estas diferencias estén asociados al sexo, ya que no alcanzaron significación estadística en nuestro estudio, puede hacerse una valoración clínica de su incidencia en correspondencia con los antecedentes (16) (54) (57) (86).

Se observó una disminución del número de profesionales a mayor edad, fenómeno que lleva a indagar sobre posibles factores institucionales, del servicio, asociados a la formación, o a modalidades particulares de contratación que pueden estar intercediendo en un paso laboral temporal de los profesionales. Al revisar la bibliografía, muchos autores plantean en relación a la formación académica como variable, que durante los primeros años los profesionales priorizan las posibilidades de adquisición de experiencia, formación y fortalecimiento de vínculos profesionales, posibilidades que serían propiciadas en un Hospital Universitario (58). La expansión del subsistema de salud público convirtió a los hospitales universitarios en un centro formador de nuevos profesionales aunque la mayoría de las veces, sin condiciones propicias para la permanencia por varios años (85). En relación a la modalidad de contratación, el 91% posee un tipo de vínculo laboral por monotributo, lo que podría vincularse con la asistencia en días determinados y al promedio de 15 horas semanales en el servicio.

Este periodo inicial de la profesión ha sido caracterizado (88) por exigencias inherentes a la formación, adquisición de experiencia, alta demanda de pacientes y una mayor propensión a la sobrecarga laboral o jornadas laborales extensas (54). Incluso se ha asociado (61) a una remuneración poco acorde con el tiempo destinado a la actividad.

El rango de edad abarcó entre 26 a los 68 años lo cual implicaría influencias generacionales que podrían estar interviniendo en la percepción de calidad de vida, según los antecedentes. Esta propone (39) (87) que a mayor edad menor percepción de calidad de vida y menor satisfacción con el estado de salud (94). A pesar de que las diferencias conformadas en función de la edad no fueron significativas estadísticamente en nuestro estudio, hubo una tendencia coherente con la bibliografía de que a menor edad mayor percepción de calidad de vida. El grupo de 26 a 35 años presentó puntajes medios más altos en relación al dominio físico, en el dominio psicológico y relaciones sociales. Tuvo mayor porcentaje de satisfacción con la capacidad física, de satisfacción con el sentido a la vida, de conformidad con el apoyo de los amigos, una menor frecuencia de sentimientos de tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión y una menor necesidad de tratamiento médico. En la distribución de respuesta en relación a la edad (tabla 4) la mayoría de las personas que no se encuentran conformes con su estado de salud tienen menos de 46 años.

Se encontró puntajes similares entre quienes estaban en pareja y quienes no refirieron pareja, no se identificó una diferencia significativa, por lo que este factor no estaría determinando la percepción de la calidad de vida y sus dimensiones. Otros estudios (28) en grupos con padecimientos crónicos o patología (40) (89) y asociado a la edad (a mayor edad mayor influencia positiva de estar en pareja) (24) (87) mostraron diferencias en favor de estar en pareja y lo identificaron como un factor protector y positivo (28). Aunque no se ha encontrado autores que aseveren una relación determinante entre el estado civil y la calidad de vida sin intervenir otros factores. En un sentido más amplio, se puede retomar de manera explicativa los planteos de Lenka (43) que concluye que "las relaciones humanas en general" se pueden considerar un factor potencializador o condicionante la Calidad de Vida aunque no es determinante.

Estudios realizados en médicos, aquellos que tenían hijos mostraban menor sentimientos de depresión y malestar que los que no tenían hijos (54) (56). En nuestra muestra no se encontró tales diferencias en relación a tener hijos, ni valores porcentuales llamativos a nivel clínico. En este grupo los resultados son disidentes, el hecho de tener hijos o encontrarse en pareja no muestra relación significativamente con percepción de la calidad de vida.

Un 31,4% del grupo se desempeña en dos o más ocupaciones, y la asociación más frecuente fue entre el ejercicio profesional dentro del ámbito clínico y la docencia. La mayoría no asiste al servicio del Hospital todos los días de la semana, con horas dedicadas a otras actividades en ámbitos diferentes, mayormente observado en el grupo de médicos. Esto indicaría un alto porcentaje de la muestra con pluriempleo, algo referido en otras investigaciones (79) (63), como una condición laboral habitual en los profesionales de la salud. Los resultados mostraron diferencias significativas entre el grupo de médicos y el resto de los grupos con el dominio social de la calidad de vida ($f=3.209$, $p \leq .05$), lo cual indicaría que pertenecer al grupo de médicos incidiría con esta área de la calidad de vida.

Estos índices pueden articularse con lo encontrado en relación a la cantidad de horas de trabajo. Leiter y Havie (44) señalan las exigencias excesivas, en base al número de pacientes que deben atender y la cantidad de horas dedicadas a la actividad laboral son una de las principales dificultades que enfrentan los profesionales de la salud hoy en día. El grupo de médicos dedican a trabajar, una mayor cantidad de horas que el resto de los profesiones del estudio, lo cual es coincidente con reportes de otras investigaciones (54) (55) (90) donde los médicos poseen jornadas con alta carga horaria. Un factor que puede incidir, es el requerimiento de realizar guardias y trabajar en horarios fuera de la jornada habitual. Además de sumarle horas, implican una privación de sueño que iría en detrimento de la calidad de vida (58), sobre todo cuando el profesional se ve obligado a continuar su jornada de trabajo tras 24 horas de guardia médica continuada. Se podría inferir, siguiendo los planteos de otros estudios (47) (79) (86), una relación entre el pluriempleo y la cantidad de horas dedicadas a la actividad laboral semanal en los profesionales como aspectos condicionantes de la calidad de vida y principalmente de la dimensión social.

Los antecedentes proponen (54) (66) que habría una prevalencia al desarrollo de síntomas físicos en la profesión de médicos en general y otros concluyen que la calidad de vida en los médicos residentes sufre un descenso significativo durante el proceso de residencia, principalmente durante los primeros seis meses (87). Se considera esto último, porque en nuestra muestra hay un mayor número de médicos en proceso de formación o residencia que especialistas. De todo este grupo el 63,5% manifestó estar enfermo o hizo mención de algún problema de salud físico. Los estadísticos confirman asociación entre la presencia

de enfermedad y la profesión médica ($X^2=10.587$, $gl=2$, $p=.005$) si bien esta relación es débil a moderada ($V=.390$, $p=.005$) es coincidente con la bibliografía, por lo que este factor sería condicionante en esta muestra, para la presencia de enfermedad.

A pesar de esta tendencia habría naturalización de los síntomas físicos o psicológicos y una sobrevaloración de la salud entre los profesionales (66) (85). Lo que puede derivar en diagnósticos tardíos y conductas inconvenientes, consultas y tratamientos informales o fuera de contextos (108). Considerando estos planteos se puede mencionar que en nuestro estudio el grupo de profesionales médicos presenta puntajes de media más alto en todos los dominios, el 75% del grupo refiere disfrutar “mucho” y “muchísimo” la vida y un 5% reconoce haber sentido “bastante” y “mucho” sentimientos de tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión, lo cual marcaría algunos cifras paradójicas dentro de este grupo que pudieren explicarse clínicamente por lo que sugieren los antecedentes.

Se indica que una jornada superior a las 50 horas semanales constituye un factor de riesgo para la salud y a partir de las 70 horas evoluciona como un determinante negativo en la calidad de vida (88). Esto mismo es reconocido por los propios profesionales que conciben el número de horas de trabajo como distorsionante de su calidad de vida (88). Los estudios asocian la mayor cantidad de horas a una mayor incidencia en problemas de salud (58) (63). Furuta De Marco (65) dice que hay una relación inversamente también con la calidad de vida, lo cual fue citado en otros trabajos internacionales (90) y en Argentina (24). Siguiendo estos planteos se analizaron los resultados del grupo que reportó trabajar más de 41 horas a la semana. En el mismo se encontró que la percepción de calidad de vida es entre buena y muy buena, el 61,5% reconoció estar enfermo o hace mención de algún problema de salud, más de la mitad refiere insatisfacción con el estado de salud (55%) con lo que duerme (69,2%) y con un bajo nivel de energía para realizar sus actividades diarias (53,8%). Se comprobó una relación estadística moderada ($\eta^2= .51$) con la cantidad de horas totales dedicados a la actividad laboral, lo cual indicaría que es un condicionante de la presencia de enfermedad aunque no sería el único factor. En relación a la cantidad de horas de trabajo semanal en el Hospital la asociación disminuyó a leve ($\eta^2= .36$), lo cual reflejaría que el hospital podría ser una condición escasamente relevante sobre la presencia de enfermedad.

Aunque se identifica que aproximadamente el 50% de la muestra trabajan más de 35 horas en general presentarían una jornada laboral dentro de parámetros saludables, en comparación con lo que refieren estudios en otros grupos de profesionales como anestesia, cirugía (53) (79) enfermería (48) o en médicos residentes se han reportado una mayor carga horaria (54).

Para concluir, diremos que la característica multidimensional de la Calidad de vida propone la idea de abordarla como un proceso en constante equilibrio y cambio (107). En este sentido, los resultados no debieran ser considerados como de naturaleza estática o generalizables de manera directa, no sólo porque pertenecen a un grupo particular encuadrados en una institución, sino que remiten a un corte transversal donde se ha conjugado las características individuales y la del colectivo profesional de un modo particular y único. Minayo, Hartz y Buss (108) señalarían que la Calidad de vida remitiría al plano individual, como la persona siente y se ve a sí misma pero también a múltiples dimensiones que se conjugan dentro del concepto, por lo habría que partir de la relatividad y movilidad de su evolución. La Calidad de vida pertenece a un universo ideológico, con sentido en relación a un sistema de valores y los términos que la han precedido en su genealogía ideológica remitirían a una evaluación de la experiencia. Por ello, cualquier descripción no reflejaría una medición per se, sino una estimación sobre ella a partir de la percepción de un grupo, en un determinado contexto histórico, espacio (109). Se observó en los resultados que la calidad de vida global estaría condicionadas por la articulación de diferentes dimensiones, algunas de ellas más determinantes en nuestra muestra, sin embargo ninguna de ellas, de manera aislada es determinante en la percepción. Del mismo modo algunas variables sociodemográficas influirían en mayor medida, sin embargo, ninguna es determinante de manera única.

Se ha identificado aspectos que podrían reflejar algunas particularidades del grupo de profesionales estudiados; en relación a la modalidad contractual de monotributo, menor cantidad de profesionales a mayor edad, asistencia en días determinados, pluri-ocupación principalmente clínica y docencia., dedicación en promedio 30-35 horas semanales a la actividad laboral. La mayoría del sexo femenino, con una edad entre 30 y 35 años, que reportó un estado civil, soltero, sin

hijos, que permanecerían en el Servicio durante los primeros años de desarrollo profesional.

Presentaron en general una percepción satisfactoria en la calidad de vida y en las dimensiones físicas, psicológicas, relaciones sociales y un poco más bajas a nivel ambiente. Vemos como la dimensión física y luego la psicológica son las que presentan mayor correlación en nuestra muestra, por lo que se podría decir que el plano físico y el psicológico son los que cobrarían más importancia en este grupo a la hora de evaluar su calidad de vida.

Los resultados en algunos reactivos a la actualidad parecieran no estar determinando una afectación de la calidad de vida en esos grupos de la muestra, pero que harían referencia a un malestar latente en gran parte del grupo que tuvieron que ver con áreas de satisfacción con el descanso, el nivel de energía, capacidad de realizar actividades recreativas, el autoconcepto físico y la satisfacción con la remuneración económica. Estos elementos han sido mencionados en otras investigaciones (58) (106) como indicadores de desgaste psicofísico en poblaciones de profesionales índices que debieran ser indagadas en mayor profundidad en investigaciones futuras y en grupos más amplios.

El grupo de mujeres, los participantes mayores de 36 años, aquellos que refieren la presencia de algún problema de salud y el grupo de médicos presentan puntuaciones más bajas en su percepción con la calidad de vida. Si bien no se confirman que algunas diferencias sean significativas a nivel estadístico, las mismas son coherentes con lo encontrado en estudios en otros contextos y reflejarían una tendencia coincidente en nuestro estudio.

Muchos autores refieren que habría un fenómeno de naturalización de ciertas condiciones sobre el modo de vida por parte de los profesionales, e incluso una minimización subjetiva de la importancia de estos factores (58). Esta naturalización pareciera ser entendida por los profesionales como una parte ineludible de la experiencia cotidiana de la vida profesional e incluso de la vida en la ciudad en la época actual, lo cual podría explicar discordancias entre algunos reactivos y en una percepción de calidad de vida satisfactoria.

Si bien no se tuvo como objetivo relevar indicadores de depresión o trastornos psiquiátricos leves como en otras investigaciones (65), el análisis de la dimensión psicológica propone considerar la presencia de sentimientos negativos

y ansiedad en una buena parte del grupo. Y si bien, los puntajes en relación al dominio psicológico fueron satisfactorios, se observó contradicciones en este sentido, al encontrar un alto porcentaje de los participantes que refirió frecuentes emociones de ansiedad, malestar a pesar que no se considere como problema de salud. Estudios han revelado que los profesionales de la salud tienden a minimizar o subvalorar la presencia de estos sentimientos, ya que la práctica en si misma implicaría en cierta medida, dejar apartado estas emociones para poder sostener un desempeño en contacto con el sufrimiento del otro (66). Días Llanes (29) dirá que hay que considerar al momento de evaluar el bienestar psicológico la frecuencia de emociones positivas o la infrecuencia de emociones negativas como aspecto de la calidad de vida. Reportes hechos en Uruguay sobre bienestar emocional fue llevado adelante por Schwartzmann (66) que habla de la prevalencia a la afectación en el plano físico y emocional en profesionales médicos

Se considera que los resultados de este grupo son alentadores en comparación con estudios realizados en otros ámbitos y en profesionales de instituciones psiquiátricas (63) con médicos cirujanos, anestesistas y grupos de enfermeros, que reportan niveles bajos de calidad de vida percibida, estado de salud y mayor incidencia de desgaste profesional.

Se podría decir siguiendo el planteo de algunos autores que habría un “malestar en la cultura” en los profesionales de la salud y que no debiera explicarse únicamente por factores de sobrecarga laboral o compensación económica y sino que también habría un quiebre del contrato implícito de valoración entre los profesionales de la salud y la sociedad (24).

Muchos de los factores mencionados pudieren tener un efecto negativo a mediano plazo, lo que hace interesante el planteo de un seguimiento de algunas condiciones particulares en estudios posteriores.

Los resultados nos llevan a considerar que habría otros factores pueden estar incidiendo en la percepción de la dimensión ambiente, y que podrían estar referidos a cuestiones más asociadas a la práctica profesional o a condiciones macro del contexto o de calidad de vida laboral.

Una dificultad que surge al investigar dentro de espacios de salud, se liga a la heterogeneidad reinante en su interior, puesto que la segmentación y el cambio permanente se constituyen en su rasgo distintivo. Si se realiza un recorrido en las investigaciones desarrolladas en nuestro país en relación a la salud mental se

encuentra que se ha dedicado esfuerzos a estudiar aspectos negativos y/o patológicos de la población; ansiedad, depresión, presencia de enfermedades y factores psicopatológicos (92) . En general dejando a un segundo plano el estudio de aspectos como calidad de vida, bienestar emocional o en materia de promoción de salud o factores protectores. En las últimas décadas, los estudios comenzaron a orientarse a temas como calidad de vida y su dimensión subjetiva, ampliando el enfoque de aspectos cuantitativos a los aspectos subjetivos de la percepción del individuo. Es claro que calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.

Una limitación del estudio fue haber sido desarrollado en profesionales de un solo servicio del Hospital y/o de disciplinas afines. Si bien el número de participantes de la muestra obtenida reflejarían percepciones sobre CV de toda la población perteneciente al servicio, el tamaño de la muestra y la homogeneidad en las profesiones no nos permite hacer generalizaciones resto de los servicios, a otros hospitales de nuestro contexto, o a otras poblaciones. Una muestra más numerosa aumentaría la confianza de la obtención de resultados.

Retomando a Gardner y Altman (2) que afirman que pequeñas diferencias con bajo interés clínico pudieren ser estadísticamente significativas cuando el tamaño de la muestra es grande, e índices clínicamente importantes pudieren no ser estadísticamente significativos solo porque el número de sujetos estudiados fue pequeño. En este sentido, podemos decir que se han encontrado indicadores interesantes a nivel clínico, coincidentes con los antecedentes en distintos grupos de profesionales. De acuerdo a Fernández, Díaz (11) y Coolican (12), la relevancia clínica de un fenómeno social iría un poco más allá de cálculos aritméticos y estaría determinada por el juicio clínico y las implicancias de los resultados.

Se pretendió mantener un enfoque en salud en el planteo de las conclusiones, a partir de los aportes de Saforcada (106), que propone prestar atención a la porción sana de la población, la cual contaría con condiciones favorecedoras para alcanzar una buena CV. Este autor refiere que son las circunstancias mayormente evitables o atenuables las que pueden empujar a estos grupos considerados saludables hacia la enfermedad, por lo que enfocar los

estudios en la identificación de factores de salud y sobre su CV, favorecería la prevención del proceso de enfermedad y lógicamente el costo económico y social que ello implica (106).

Como lo menciona Albanessi y Nassetta (47), en el caso de grupos de profesionales, además implicaría prestar atención a las posibles repercusiones en la calidad de la atención a los usuarios.

Se propuso retomar el paradigma de salud colectiva (106), que incorpora las ciencias sociales en la comprensión del proceso de salud y el qué hacer de salud pública, cuyo objetivo es mantener sana a la gente sana y estudiar a poblaciones consideradas saludables a fin de dar cuenta de las condiciones en la que se desenvuelven. Tal como plantea Gómez y Vela (10), el termino CV, permite orientar las miradas hacia la autopercepción que posee la persona acerca de su propio bienestar. Y permitiría orientar estrategias, no solo considerando datos objetivable sino datos subjetivos como la satisfacción.

Prestar atención a las personas consideradas sanas, atendiendo a su derecho de no ser enfermadas por determinantes sociales patologizantes evitables, se hace posible a partir de la comprensión de las condiciones que lo generan (103).

A partir de lo estudiado se propone tener en cuenta el concepto de Salud Pública (103) junto al de calidad de vida como bases conceptuales al momento de promover medidas y políticas necesarias en defensa del derecho a no enfermar en los profesionales.

La revisión de la bibliografía sobre calidad de vida en profesionales, nos muestra en primer lugar que no hay suficiente información a nivel nacional, ni tampoco en lo referido a agentes de salud mental, por lo que se considera el presente estudio un aporte en tal sentido. Las publicaciones existentes están referidas principalmente a estudios realizados en los EE.UU., Canadá Nueva Zelanda, y en América Latina en Brasil y Uruguay.

Esta primera aproximación a un grupo de profesionales del Hospital Nacional de Clínicas permitiría abrir una perspectiva de análisis a futuro en relación a algunos aspectos de su calidad de vida, algunos hallazgos en relación a algunos ítems y la posibilidad de establecer comparaciones con otros grupos profesionales dentro del hospital y de otras provincias.

El número de participantes posibilitó la realización de inferencias aplicables a todo el grupo y poder detectar algunos indicadores de un modo y estilo de vida

(14) (18) no saludable, en relación al bienestar subjetivo (29) y condiciones ambientales no satisfactorias que pudieren incidir en la calidad de vida y percepción de la salud. Permitió indirectamente revisar factores protectores como lo son las relaciones sociales, la percepción del apoyo en los vínculos y detectar indicadores como insatisfacción con el descanso, la concentración, con la energía cotidiana y con el autoconcepto.

Se considera que una de las fortalezas de la presente investigación reside en el análisis de una unidad territorial definida, en un grupo de profesionales que pertenecen al ámbito público, lo que permite un corte transversal y construir algunas estimaciones y reflexiones en función de los resultados obtenidos.

Estos resultados permiten conocer la situación en que se encuentra este grupo en la actualidad, de este hospital y puede llegar a ser un punto de partida para elaborar medidas institucionales para acompañar a los profesionales y para abordar a otros equipos, actuando principalmente en aquellas variables o indicadores asociados estadísticamente como de relevancia clínica en el estudio.

Se propone un análisis de un grupo más numeroso y de distintas instituciones a los fines de establecer una descripción generalizable a los profesionales de la salud de Córdoba. Un estudio longitudinal permitiría complementar el presente estudio en un futuro, atendiendo a variables que han estado asociadas significativamente.

Considerando la porción más numerosa de género femenino en este estudio, hace interesante estudiar las comparaciones con profesionales varones en un grupo más amplio y equiparable en número.

Resulta importante que este estudio sea considerado como preludeo de descripciones futuras orientadas a la Calidad de Vida Profesional y la satisfacción laboral, como el sentimiento de bienestar que se deriva del equilibrio que el individuo percibe entre las demandas o cargas de la profesión específicas y los recursos psicológicos, organizacionales y relacionales de que dispone para afrontar estas demandas. (110). Sería interesante continuar con el análisis de la Calidad de vida profesional, concepto mencionado por Cabezas (91), para indagar sobre los factores asociados al contexto laboral. Siguiendo a Guimarães y Sampaio (111) se podría incorporar el análisis de la carga de trabajo como el conjunto de requerimientos psicofísicos a la que un trabajador está sometido a lo largo de su jornada laboral, un factor importante para determinar la calidad de vida profesional.

Una futura investigación podría seguir esta línea incluyendo en relación a la organización institucional y apoyo directivo.

Se propone un estudio en la población de médicos, identificados en la presente investigación y en los antecedentes como el grupo más vulnerable, en función de las condiciones de trabajo, modo de vida e indicadores de bienestar subjetivo, y dentro de este grupo principalmente los médicos residentes.

Sería interesante evaluar a grupos de profesionales que refieran trabajar más de 40 horas semanales a los fines de establecer identificar algunas recurrencias en el grupo. Estos estudios permitirían seguir atendiendo a aspectos constituyentes de la CV y establecer la detección temprana de factores en relación a la misma, como elementos a considerar de manera preventiva y para el desarrollo de estrategias de promoción de salud dentro de las instituciones de salud.

En esta línea se considera ampliar el estudio sobre estilos de vida y factores protectores de salud. Es necesario destacar que la Calidad de vida y posteriormente la evaluación de la satisfacción tendría que ser parte de las metas a llevar a cabo por las organizaciones de salud, ya que esto permitiría también reflexionar sobre la calidad global de la atención de los usuarios (112).

La investigación sobre la CV emerge como como principio organizador que puede aplicarse a la mejora de una sociedad, las instituciones y los grupos sometidos a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas.

Este tipo de cuestionarios debería de ser una herramienta usada de manera habitual para conocer la CV de la población de profesionales para así poder crear iniciativas que prevengan el agotamiento profesional desde el inicio de la vida laboral de los futuros especialistas y desde el inicio de la formación. Por lo que este concepto podría plantearse como un indicador y medida de seguimiento para los servicios sanitarios.

La OMS dice al respecto que debe producirse “un cambio en el enfoque dentro de la disciplinas como la psicología a fin de pasar de la preocupación exclusiva por remediar los síntomas a comenzar a interesarse por construir condiciones positivas en los grupos” (101).

En este sentido podría entenderse el estudio de la CV como alternativa en promoción de salud (123) y una construcción, una estrategia, o una forma de pensar-conocer y tener herramientas para actuar precozmente para sostener una

satisfactoria calidad de vida en un grupo. La OMS considera este enfoque es función esencial de la salud pública (123).

El trabajo realizado por los profesionales de la salud es función individual pero también colectiva y requiere de esfuerzos, aptitudes, disposición psicológica, física y social que contribuyan a la calidad en la atención de los usuarios. Es por ello, que considerar la calidad de vida en los grupos de profesionales, es uno de los ladrillos sobre los que debiera asentarse el desarrollo de políticas y estrategias de promoción de salud dentro de las instituciones.

Referencias bibliográficas

1. Castellón Sánchez Del Pino A, Aleixandre M. Calidad de Vida y Salud. Multidisciplinar De Gerontología (on- line). 2001[citado en abril 2015];1(1):12-19. Disponible en <http://www.nexusediciones.com>.
2. Whoqol Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of life assessment. The WHOQOL Group. Psychological Medicine (on- line). 1998 Mayo [citado en abril 2015] ; 28(3): pp. 551. Disponible en <http://www.bireme.br>.
3. Galli D. Autopercepción de calidad de vida: un estudio comparativo. Psico-debate Psicología, Cultura y Sociedad (on- line) Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Palermo. 2005 [citado en abril 2015];(6):85-106. Disponible en <http://dspace.palermo.edu>.
4. Trujillo S, Tovar C, Lozano M. Formulación de un modelo teórico de la calidad de la vida desde la Psicología. Universitas Psychologica (on- line).Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. Colombia. 2004 Enero-junio [citado en abril 2015; 3(1):89-98. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/647/64730109.pdf>.
5. Gentile G. Bienestar Y Calidad De Vida Relacionada Con La Salud En Una Muestra Urbana De Jóvenes. (Tesis doctoral) 2013 [citado en abril 2015]. España, Universidad de Zaragoza. Disponible en: <http://zaguan.unizar.es>.
6. Castellón Sánchez Del Pino A, Romero V. Autopercepción de la Calidad de Vida. Multidisciplinar De Gerontología (on- line). 2004 [citado en marzo de 2015]; 14(3): 131-137. Disponible en <http://www.nexusediciones.com>.
7. Acerbi Cremades, N; Lami Ruiz, L. A., Fontana de Cabanillas, A. Recuerdos del Ayer y el Hoy en el Hospital Nacional de Clínicas: Homenaje en el 90 Aniversario de su Inauguración 1913 - 24 de Mayo – 2003. Museo Histórico Hospital Nacional de Clínicas. Ed. Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Córdoba, Argentina
8. Res nº 21/ 2000. Glosario de términos comunes en los servicios de salud del Mercosur. Mercosur [citado en abril 2015] Disponible en <http://www.mercosur.int/innovaportal/v/3085/2/innova.front/resoluciones-2000>
9. Presman C. Soy del Clínicas. La voz del interior. Ed digital (on-line) 19 de mayo de 2013 [citado enero 2016] Disponible en <http://www.lavoz.com.ar/cordoba/soy-clinicas>
10. Katschnig H. Quality of Life in mental Disorder: challenges for research and clinical practice. World Psychiatry (on- line). 2006 [citado en septiembre de 2015]; 5(3):139-145. Disponible en www.pubmedcentral.nih.gov.
11. Felce, D., Perry, J. Quality of life: It's Definition and Measurement. Res Dev Disabil.(on-line). 1995 [citado en septiembre de 2015]; 16(1): 51-74. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0891422294000288>
12. Tonon G. Apreciaciones teóricas del estudio de la calidad de vida en Argentina. International Wellbeing. Ciencias sociales. Hologramática. (on-line) 2005[citado septiembre de 2015];1(2):27-49.Disponible en <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico8/8Psico%2010.pdf>
13. Aramibar Munita, P. Calidad de Vida y Vejez. (On-line); 2004[citado marzo de 2015].Disponible en: http://www.academia.edu/1282490/ENTORNO_Y_VEJEZ
14. Alguacil Gómez J. Cap. V. La Calidad de Vida como síntesis de la complejidad. Calidad de Vida y praxis urbana. (on line). España, Madrid. 1998[citado septiembre 2015] Ed. 2006.

Universidad Politécnica de Madrid. Disponible en http://habitat.aq.upm.es/cvpu/acvpu_7.html

15. Whoqol Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res.* (on-line). 1993 [citado septiembre de 2015]; 2(2):153-159. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8518769>

16. Fernández-Prada M., González-Cabrera J., Torres G F., Iribar-Ibabe C., María Peinado J.. Calidad de vida relacionada con la salud en una muestra de médicos internos residentes que realizan guardias en un Servicio de Urgencias: una perspectiva de género. *Rev. méd. Chile* (on-line). 2014 Feb [citado 2015 Nov 29] ; 142(2): 193-198. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000200007&lng=es.<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000200007>.

17. Schwartzmann, L. Calidad de Vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería* (on line). 2003 Dic [citado 2015 Nov 29]; 9(2): 9- 21 Disponible en <http://dx.doi.org>.

18. Olivares Rojas, J. C. Calidad de Vida y Desarrollo Sustentable.2007 [Citado en septiembre 2015] Disponible en <http://antares.itmorelia.edu.mx/~jcolivar/courses/ds06b/material4ds.pdf>

19. Casas, F. Calidad de Vida y calidad humana. *Papeles del Psicólogo* (on line). 1999 Nov [citado septiembre 2015]; 74.Madrid Disponible en <http://www.cop.es>.

20. Rodríguez Marin, J.,Pastor, Ma. A., López Roig, S. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema* (on-line)1993 [citado enero 2016]; 5. Supl.1;349-372.Disponible en <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1148>.

21. Barriga, S., Trujillo, I. Los servicios sociosanitarios en la sociedad de bienestar. *Rev Anduli de Cs Soc* (on-line). 2004 [citado en noviembre 2015] ; 4:11-30. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/1973718.pdf>

22. Robert, C.B et al. Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological Economics* (on line). 2007 [citado noviembre 2015]; 61:267- 276. Disponible en <https://www.pdx.edu/sites/www.pdx.edu/sustainability/files/Costanza%20et%20al.%20QOL%202007.pdf>

23. Michalos A,. Social Indicators Research and Health-Related Quality of Life Research. *International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-Life Measurement*. 2004 [citado en septiembre 2015]; 51: p. 245-286.Disponible en <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1025592219390>.

24. Baldi López G. Percepción de la calidad de vida en una muestra de individuos residentes en la región de Cuyo, Argentina. *Fundamentos en Humanidades*.2010 [citado en noviembre 2015]; 11(22): 179-194 Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18419812011>> ISSN 1515-4467.

25. Angel, R, Thoits, P. The impact of culture on the cognitive structure of illness. *Cult Med Psychiatry* (on-line). 1987 Dic[citado en enero 2016]; 11(4): p. 465-494 Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3319427>.

26. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (on-line) 2001 [citado enero 2016] Ed. 22. Madrid, España. Disponible en <http://www.rae.es/>

27. Gómez-Vela M, Sabeh, E. Calidad de Vida Evolución del concepto y su influencia en la investigación y en la práctica. Instituto universitario de integración en la comunidad. Facultad de Psicología. Universidad De Salamanca. *Integra*.(On-line) 2000 [citado en noviembre 2015] 9: 1-4. Disponible en <http://sid.usal.es/1408/8-8>

28. Bonicato S, Zaratiegui R, Lorenzo L, Pesina P. Evaluación de Calidad de Vida en pacientes con depresión mayor: predictibilidad de los niveles de severidad. *Acta psiquiátr. psicol. Am. Lat* (on-line). 2000 Dic. [citado en octubre de 2015]; 46(4):318-324. Disponible en <http://www.bireme.br>.
29. Diaz Llanes G. El bienestar subjetivo. Actualidad y perspectivas. *Revista Cubana de Medicina General Integral* (on-line). 2001 nov-dic [citado en agosto de 2015]; 17(6):572-579 Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000600011
30. Espinosa Henao M. Apuntes sobre Calidad de Vida, Desarrollo Sostenible y Sociedad de Consumo: una mirada desde América Latina. *Revista Contribuciones de la Fundación Konrad Adenauer*.(on-line) Alemania. Julio – septiembre de 1999 [citado en agosto 2015]3(63):119-148. Disponible en <http://www.naya.org.ar>.
31. Consiglio E., Belloso W. H.. Nuevos indicadores clínicos: La calidad de vida relacionada con la salud. *Medicina. Buenos Aires* (on-line). 2003 Abr. [citado Nov 2015]; 63(2): 172-178. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802003000200014&lng=es.
32. Blanco, A., Díaz, D. El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema* (on-line). 2005 [citado en Nov 2015]; 17(4):582-589 Disponible en <http://www.psicothema.com/pdf/3149.pdf>
33. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C., Evaluación de la Calidad de Vida. *Rev de Salud Pública de México* (on-line). 2002 jul-agos [citado en agosto 2015]; 44(4):349-361 Disponible en <http://www.insp.mx/salud/index.html>
34. Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la Calidad de Vida. *Rev de Salud Pública de México* (on-line). 2002 [citado agosto 2015]; 44(5): p. 448-463 Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n5/14035.pdf>
35. Guyatt, GH, Feeny D.H., Patrick,D.L. Measuring Health-Related Quality of Life. *Ann Intern Med* (on line). 1993 [citado en dic 2015]; 118(8):622-629. Disponible en <http://annals.org/aim/article/706284/measuring-health-related-quality-life>
36. Schwartzmann L, et al. Validación de un instrumento para medir calidad de vida en Hemodiálisis crónica: Perfil de impacto de la enfermedad. *Rev Méd del Uruguay*. Agos,1999 [citado noviembre 2015]; 15(2):103-109 Disponible en <http://www.rmu.org.uy/revista/1999v2/art4.pdf>
37. Patrick, D.,Erickson, P. Health Status and Health Policy: Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation. 1993 (on- line) [citado noviembre 2015]; Disponible en <http://rds.epi-ucsf.org>.
38. Schwartzmann L. Concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud y sus aplicaciones. En Conferencia. Congreso Iberoamericano De Calidad de Vida Relacionada Con La Salud. Organizado por el Hospital Nacional de Clínicas. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires; 2006; Buenos Aires.
39. Arostegui I. Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco. (Tesis doctoral). Deusto: Universidad de Deusto, España, 1998 [citado en noviembre 2015] Disponible en. <https://campus.usal.es/~inico/investigacion/jornadas/jornada3/actas/simp29.pdf>
40. Bajuk, L. & Reich, M. Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres uruguayas con cáncer de mama. *Ciencias Psicológicas*. 2011[citado en septiembre 2015] 5(1), 19-30. Disponible en http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212011000100003&lng=es&tlng=es.
41. Sloan J. et al. Clinical Significance Consensus Meeting Group. The clinical significance of quality of life assessments in oncology: a summary for clinicians. *Support Care Cancer*

- (on- line). 2006 Oct. [citado en agosto 2015]; 14(10):988-998. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16794811>
42. Sloan, J.A., Cella, D., Hays, R.D. Clinical Significance of patient-reported questionnaire data: another step toward consensus. *J Clin Epidemiol.* (on- line). 2005 Dic. [citado en sept 2015]; 58(12): p. 1217–1219. Disponible en <http://www.jclinepi.com/>.
43. Andrades Barrientos, L., Valenzuela Suazo, S. Factores asociados a calidad de vida de enfermeras hospitalarias chilenas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* (on line). 2007 Jun. [citado Nov 2015]; 15(3): 480-486. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300018>.
44. Leiter M, Schaufeli W. Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, Sytress and Coping* (on- line). 1996 [citado en enero 2016]; 9:229-243 Disponible en <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/092.pdf>
45. Cummins-Judith , Cahill Ra. Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva. *Intervención Psicosocial* (on- line). 2000 [citado en enero 2016]; 9(2):185-198. Disponible en <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/63246.pdf>.
46. Vasconcelos-Silva André, Todorov João Cláudio, Silva Renata Limongi França Coelho. Cultura organizacional: a visão da análise do comportamento. *Rev. bras. ter. comport. cogn.* (On- line). 2012 Ago [citado Nov 2015]; 14(2): 48-63. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452012000200005&lng=pt.
47. Albanesi De Nasetta S N. Medical residents and quality of life. *Vertex* (on line). Julio-agosto 2005 [citado en febrero 2016]; 16(62):245-250. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16077865>
48. Fernández Araque, A.M., Santa Clotilde Jiménez, E., Casado del Olmo, M.I.. Calidad de vida profesional de los profesionales de enfermería en atención primaria de Soria. *Biblioteca Lascasas*, 2007 [citado en noviembre 2015]; 3 (1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0213.php>
49. Bueno, E. R., Kluthcovsky A.C.. Avaliação da qualidade de vida de acadêmicos de graduação em Enfermagem do primeiro e quarto anos: influência das variáveis sociodemográficas. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul* (On Line). 2008 Dec [citado enero 2016]; 30(3): 211-220. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000400010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082008000400010>..
50. Viviana M. Estudio comparativo: perfil de percepción de calidad de vida de enfermeras que trabajan en el sistema público de salud. (on-line) Valdivia, Chile. Noviembre 2002. (Tesis) [citado en enero 2016] Universidad Austral De Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. Disponible en <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2003/fmm425e/doc/fmm425e.pdf>
51. Fernández, S. Calidad de vida de los profesionales en un centro quirúrgico. *Enfermería Global* (on- line). 2013 Abril; 12(2).) [citado en enero 2016]. Disponible en <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2003/fmm425e/doc/fmm425e.pdf>
52. Manrique, J. Relación entre la calidad de vida del cirujano y su actuación profesional. *Rev Argent Cirug.* (on- line). 2006 [citado en agosto 2015]; 91:77-153. Disponible en www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482008000500002
53. Arenson-Pandikow, H. et al. Percepción de la Calidad de Vida entre Médicos Anestesiólogos y No Anestesiólogos. *Rev Bras Anestesiol* (on- line) 2012 Enero-Febrero [citado en julio 2015]; 62(1): p. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rba/v62n1/es_v62n1a07.pdf

54. Arias Amaral J. et al . Calidad de vida en médicos residentes en un hospital de tercer nivel. *Medicina Interna de México* (on- line). 2008[citado jul 2015]; 24(1):16-21. Disponible en www.cmim.org/boletin/pdf2008/MedIntContenido01_05.pdf
55. Fernández Martínez O. et al. Percepción de la calidad de vida profesional de los médicos residentes de dos hospitales de distinto nivel asistencial. *Medicina de la Familia* (on- line). 2007[citado en agosto 2015]; 7(2):11-18. Disponible en <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v7n2/03.pdf>
56. Prieto-Miranda S. et al Medición de la calidad de vida en médicos residentes Hospital General Regional n° 46 'Lázaro Cárdenas'. *Viguera Editores SL Educ Med.* (on- line). 2009[citado en noviembre 2015]; 12(3): p. 169-177. Disponible en http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/acerca_de/PRIETO-MIRANDA.LOPEZ-BENITEZetAl-Medicion_de_la_calidad_de_vida_en_medicos_residentes.pdf
57. Chazan, A. C., Campos M., Portugal F. Quality of life of medical students at the State University of Rio de Janeiro (UERJ), measured using Whoqol-bref: a multivariate analysis. *Ciênc. saúde coletiva* [On line].2015 Feb [citado enero 2016]; 20(2): 547-556. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200547&lng=en.<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015202.05182014>
58. Vela- Bueno, A. et al . Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels. *J Psychosom Res.* 2008 Abril[citado feb 2016]; 64(4): 435-442. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1837474459>.
59. Alonso Fernández, M,Iglesias Carbajoa, A.,Vidal, F.. Percepción de la calidad de vida profesional en una área sanitaria de Asturias. *Atención Primaria* (on- line). 2002[citado feb 2016]; 30(8):483-489. Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-percepcion-calidad-vida-profesional-un-13039527>
60. Pereira Martins Spiller, D. Qualidade de vida de profissionais da saúde em hospital universitário. *Cogitare Enferm.* (on line). febrero- marzo 2008[citado julio 2015]; 13(1): 88-95. Disponible en <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/11965>
61. Rodríguez-Marín, J. Calidad de vida laboral en profesionales de la salud. *Rev Cal asistencial* (on- line). 2010 Nov [citado nov 2015]; 25(6).Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-calidad-vida-laboral-profesionales-salud-S1134282X10001168>
62. Andersen R. et al.Symbiotic relationships of quality of life, health service and others health research. *Quality of life Research* (on- line). 1994 Oct. [citado nov 2015]; 3(5):365-371. Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7841969.
63. Barros,M., Araújo M., Johann R. El cuidador necesita atención: estudio sobre la calidad de vida en profesionales de la salud mental. *Psicologia e Saúde* (on- line).Universidade Federal de Sergipe, Campo Grande. 2013 jun [citado enero 2016]; 5(1):32-39. Disponible en <http://pepsic.bvsalud.org>.
64. Ferrari G, et al. Qualidade de vida em profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Vale do Araguaia, Amazônia Legal, Brasil. *Scire Salutis, Aquidabã.* (on line). 2013[citado feb 2016]; 3(1): 78-85. Disponible en <http://sustenere.co/journals/index.php/sciresalutis/article/view/ESS2236-9600.2013.001.0007>
65. De Marco Patrícia Furuta, Cítero Vanessa de Albuquerque, Moraes Edilaine, Nogueira-Martins Luiz Antonio. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. *J. bras. psiquiatr.* [On line] 2008 [citado marzo 2016]; 57(3): 178-183. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852008000300004&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852008000300004>.

66. Schwartzmann L. La calidad de vida de los médicos: estudio de una muestra de médicos del Uruguay. *Rev Arg de Psiqu. Vertex*. 2007; 18(72):103-110
67. Grimaldo Muchotrigo, M. Calidad de vida en profesionales de la salud en la ciudad de Lima. *Liber (on-line)* 2011[citado enero 2016],17(2): 173-185 . Disponible en http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272011000200007&lng=es&nrm=iso
68. Albanesi de Nasetta S. Percepción de calidad de vida profesional en trabajadores de la salud. Universidad Nacional de San Luis, Argentina. *Estrés y salud: Una propuesta Integradora para la promoción de problemas psicosociales, orientados a un desarrollo saludable de la persona. Alternativas, Tercera Época (on- line)*. 2013 Febrero-Julio [citado en enero 2016]; 17(28). Disponible en <http://www.alternativas.me/index.php/numeros/28t/27-1-percepcion-de-calidad-de-vida-profesional-en-trabajadores-de-la-salud>
69. Badia, X, Carné, X. La evaluación de la Calidad de Vida en el contexto del ensayo clínico. *Revista Medicina Clínica; Barcelona (on line)*. 1998[citado enero 2016];110 (14):550-556 Disponible en <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-la-evaluacion-calidad-vida-contexto-ensayo-clinico-2353>
70. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA; WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*. Mar, 2004 [citado enero 2016];13 (2):229-310. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15085902>
71. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA; WHOQOL Group. Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. The history of the WHOQOL instruments. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004, Enero; 39: p 1-8.
72. Bonicatto S. Y Soria J. Whoqol. Los Instrumentos de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud. *Manual del Usuario*, ed. CATA, La Plata. 1998..
73. Chiesa A. M. et al. Possibilities of the WHOQOL-bref for health promotion in the family health strategy. *Rev. esc. enferm. USP [Internet]*. 2011Dic [citado Nov 2015]; 45(2): 1743-1747. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000800018>.
74. Hernandez Sampieri R, Fernandez Collado C. *Metodología de la Investigación*. Tercera Edición ed. Mexico DF: Mc Graw Hill; 2004.
75. Grasso L. *Introducción a la estadística en ciencias sociales y del comportamiento*. Cap. 9. Córdoba Capital. Taller de publicaciones de la Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad Nacional de Córdoba, 1999.
76. Who. Whoqol-Bref. Introduction, administration, scoring and generis versión of the assessment. 1996. Field Trial Version. Programme On Mental Health. Geneva. Disponible en: <http://www.who.int>.
77. Lourenção Luciano Garcia, Moscardini Airton Camacho, Soler Zaida Aurora Sperli Geraldés. Health and quality of life of medical residents. *Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]*. 2010 [citado noviembre 2015]; 56(1): 81-91. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000100021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000100021>.
78. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of life assessment. *The WHOQOL Group. Psychol Med (on line)*. 1998 mayo [citado julio 2015]; 28(3):551-558 Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9626712>
79. Chango D, Pancha F, Paredes E. Evaluación comparativa de la calidad de vida entre anestesiólogos y cirujanos generales que trabajan en Hospitales Públicos del segundo y

tercer nivel del Distrito Metropolitano de Quito por medio del test Whoqol – Bref, entre Septiembre y octubre del 2012. (Tesis) 2013 [citado en julio 2015]. Disponible en <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1084/1/T-UCE-0006-43.pdf>

80. Aigner M, et al What does the WHOQOL-BREF measure?". *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* (on line). 2006 enero [citado nov 2015]; 41(1):81-86 Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16341612>

81. Malvares S. Salud mental y fin de siglo .Aportes para el Análisis Estratégico. 1994 Sep Buenos Aires. Taller Iberoamericano de Enfermería para la Promoción de la Salud Mental y la Prevención del Uso Indebido de Drogas. Cooperación Técnica Organización Panamericana de la Salud.

82. Emmanuel A. El funcionamiento del sistema de salud Argentino en un contexto federal. Buenos Aires: Centro de estudios para el desarrollo institucional; 2002.

83. Pujol A. Salud Mental y Trabajo. Nuevos escenarios, nuevos problemas, nuevas perspectivas. 2007. Comunicación Curso Anual de Actualización en Problemáticas de Salud Mental. Gobierno de Córdoba. Ministerio de Salud. Gerencia de Salud Mental.

84. García de León, M. A. Pensar el género. Herederas y heridas. Sobre las alites profesionales femeninas. Universitat de València.Madrid; 2002. p. 29-89.

85. Andrades Barrientos Lenka, Valenzuela Suazo Sandra. Factores asociados a calidad de vida de enfermeras hospitalarias chilenas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* (on line). 2007 Jun [citado noviembre 2015] ; 15(3): 480-486. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300018&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692007000300018>.

86. Albanesi De Nasetta S., Nasetta, P Calidad de Vida Profesional en Médicos en Cuyo. *Revista Alcmeon* (on- line) 2011[citado en marzo 2016]; 16(4): p. 387-395. Disponible en http://www.alcmeon.com.ar/16/64/07_albanesi.pdf

87. Vidal D, Zabala M, Castro M. Calidad de vida en el adulto mayor: estado físico y relaciones sociales. *Cuad Med Soc* (on- line) 2008 [citado abr 2016]; 48: p. 5-12. Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=589272&indexSearch=ID>

88. López-Morales A. et al. Síndrome de burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*(on- line) 2007[citado en abril 2016]; 45: p. 233-242.Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im073e.pdf>

89. Cuevas Fernández F. Percepción de la calidad de vida de los pacientes hipertensos: factores influyentes (Tesis doctoral) 2003. Disponible en <ftp://tesis.bbt.ull.es/ccppytec/cp197.pdf>

90. Henning, M.A., Hawken SJ, Hill AG. The quality of life of New Zealand doctors and medical students: What can be done to avoid burnout? *New Zealand Medical Journal* (on line). Dic, 2009[citado abril 2016]; 122(1307): 102-110 Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20148052>

91. Cabeza, C. La Calidad de vida de los profesionales. *FMC*, 1998;5 (8):491-2.

92. Testa M. Assessment of quality of life outcomes. *The New England Journal of Medicine* (on-line). 1997[citado junio 2015]; 334(13): p. 835-840 Disponible en <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199603283341306>.

93. George E. - Fischer M. La antropología como crítica cultural. Un momento experimental en las ciencias humanas Chicago: Ed. Amorrortu; 1986.

94. Abellán A. Percepción del estado de Salud. *Rev Mult Gerontologia.*(on line) 2003 May [citado abril 2016]; 13(5): 340-342. Disponible en <http://digital.csic.es/bitstream/10261/10500/1/g-13-5-007.pdf>

95. Turner R. J, Marino F. Social Support and social structure: a descriptive Epidemiology. *J Health Soc Behav.*(on line). 1994[citado nov 2015]; 35 (3): 193-212. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7983334>.
96. Feldman L. et al . Relaciones entre el estrés académico, apoyo social, salud mental y rendimiento académico en estudiantes universitarios venezolanos. *Univ. Psychol* (online). 2008[citado abr 2016]; 7(3): p. 739-752. Disponible en <http://www.scielo.org.com/pdf/rups/v7n3/v7n3a11>
97. Fernández López J at al. El perfil de la calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar el bienestar y el funcionalismo en la práctica clínica. *Atención Primaria* (on-line). 2001[citado abril 2016]; 28(10): 680-689. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656701704842>.
98. Tonon, Graciela. Calidad de vida y desgaste profesional: una mirada del síndrome de burnout. 2004. Ed. Espacio. Buenos Aires.p. 11-20.
99. Sierra Jc. La calidad del sueño como factor relevante de la calidad de vida. In Editores P, editor. *Manual de Psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria* (on-line). 2nd ed. p. Disponible en <http://www.psicologiacientifica.com>.
100. Goñi Palacios E. Personal self-concept and satisfaction with life in adolescence, youth and adulthood. *Psicothema*.(on line) 2015[citado enero 2016]; 27(1): p. 52-58. Disponible en <http://www.psychothema.com/pdf/4235.pdf>
101. Weinstein A, Deuster PA, Kop W. Heart Rate Variability as a predictor of negative mood symptoms Induce by exercise with drawel. *Med Sci Sports Exerc.*(on line) 2007[citado abril 2016];39(4):735-41. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17414813>
102. Gerlero J. diferencias entre el ocio, tiempo libre y recreación: Lineamientos preliminares para el estudio de la recreación. I Congreso departamental de recreación de la orinoquia colombiana Villavicencio, Meta. Octubre 20 – 22 de 2005, Octubre. Disponible en <http://www.redcreacion.org/documentos/cmeta1/JGerlero.html>
103. Guevara, C., Henao, D., Herrera, J. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. *Colombia Médica*, North America,(on- line) [citado marzo 2016] 35,(4) Disponible en: <<http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/315>>
104. Urquiza R. Satisfacción Laboral y calidad del servicio de salud. *Revista médica La paz*. 2012; 18(2): p. 65-69.
105. Wolffberg E. Crisis social y desgaste ocupacional de los profesionales de la salud: alertas y recursos. *Vertex*. 2003; p. 268-279.
106. Saforcada E. Salud comunitaria, gestión de salud positiva y determinantes. *Aletheia*. 2012 marzo/abril;(37).
107. Grau Abalo J.. Calidad de Vida y salud: problemas actuales en su investigación. 1998. II Jornada de Actualización en Psicología de la Salud. Asociación Colombiana de Psicología de la Salud. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Disponible en <http://www.alapsa.org>.
108. Minayo Mc, Hartz, Z., Buss, P. Quality of life and Health: a necessary debate. *Ciencia & Saúde Coletiva* (on line). 2000[citado nov 2015]; 5(1): 7-18 Disponible en www.scielo.br.
109. Gonzalez Pérez U. El concepto de Calidad de Vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Rev Cub Salud Públ* (on-line). 2002 jul.-dic [citado enero 2016]; 28(2): 157-175 Disponible en <http://scielo.sld.cu>.
110. Fernández Sanmartín M. et al. Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. (on line) 1995

- [citado abril 2016]; 69: 487-497 Disponible en http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL69/69_6_487.pdf
111. Guimarães, L. A. & Sampaio, A. L.. Modelo teórico esforço-distress de Marianne Frankenhauser e o conceito de carga de trabalho. *Série Saúde Mental e Trabalho*. Vol 2. São Paulo: Casa do Psicólogo. Universidade catolica Dom Bosco. 2004; 2: 85-99.
112. Albanesi De Nasetta S. Calidad de vida percibida en el personal de enfermería de un hospital general. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*.(on-line) 2012 nov[citado abril 2016]; 18(1):52 a 59. Disponible en www.alcmeon.com.ar/18/69/07_albanese.doc
113. Castellón Sánchez Del Pino A, M A. Calidad de Vida y Salud. *Revista Multidisciplinar De Gerontología*.(on line) 2001[citado febr 2016]; 1(1): p. 12-19.
114. Verdugo, M., Schalock, R , Keith, K , Stancliffe, R. Calidad de vida y su medida: principios y directrices importantes. *Diario de la discapacidad intelectual de Investigación. Revist. española sobre discapacidad intelectual*. (on line). 2006 [citado abril 2016]; 37: 9-25 Disponible en www.feaps.org/.../241-la-calidad-de-vida-y-su-medida-principios-y-directrices-import...
115. Tifner S., Gil Lacruz, M La multidimensionalidad del bienestar y de la calidad de vida. 2007.pp 53-72
116. Diener E. et al. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin* (on line). 1999[citado enero 2016]; 125(2): 276-302 disponible en http://stat.psych.uiuc.edu/~ediener/Documents/Diener-Suh-Lucas-Smith_1999.pdf.
117. Albanesi De Nasetta S Calidad de Vida Profesional en Médicos en Cuyo. *Revista Alcmeon*. ; 16(4): p. 387-395.
118. OMS. Salud mental. 2001. 54ª Asamblea Mundial de la Salud. Mesas Redondas Ministeriales. Punto 10 del orden del día provisional.
119. Cortes Mayor, S. Percepción del estado de salud de la comuna del estado de Cali: una perspectiva desde la encuesta de empleo y calidad de vida Cali 2012-2013.(tesis) Disponible en <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/8169/1/0508788-P-E-15.pdf>
120. Salas Zapata C. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Publica* (on- line). 2010 [citado abril 2016]; 28(1):9-18. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a02.pdf>.
121. Fleck M. P. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref. *Rev. Saúde Pública* (on- line). 2000 Abril[citado diciembre 2015] 178-183. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=en.
122. Montúfar, M. Percepción de inseguridad: una aproximación transversal. Flacso. Sede Ecuador. Reservoirio digital.2007 (on line) [citado septiembre de 2016] Disponible en <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/2623/1/BFLACSO-CS15-04-C%C3%B3rdova.pdf>
123. Álvarez Estupiñán M. La promoción y prevención: pilares para salud y la calidad de vida. *CCM (On line)*. 2013 Mar [citado 2016 Sep 18] ; 17(1): 79-82. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000100013&lng=es.

Anexos

1. Autorización de Jefe de Servicio Hospital Nacional de Clínicas a la realización del trabajo de campo



2 Autorización Nacional para Uso del cuestionario Whoqol- Bref. Otorgado por representante de centro Argentina

Autorización de Uso del WHOQOL

2 mensajes

Juan Jose Soria <jjsoria2003@yahoo.com.ar> 15 de enero de 2014, 18:24
Responder a: Juan Jose Soria <jjsoria2003@yahoo.com.ar>
Para: "lorenapaolachavez@gmail.com" <lorenapaolachavez@gmail.com>

Estimada Lorena:

Me dirijo a usted en representación de la Dra. Silvia Bonicatto y en respuesta a su requerimiento para autorizar el uso del Instrumento de Medición de Calidad de Vida WHOQOL-BREF en el estudio para "identificar y comparar los niveles de calidad de vida en los distintos dominios en la población de los profesionales del Servicio de Psicopatología del Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba, residentes de psiquiatría y estudiantes de postgrado". Quedo a su disposición para cualquier consulta ulterior.

Atentamente

Lic. Juan José Soria

Lorena Paola Chavez <lorenapaolachavez@gmail.com> 16 de enero de 2014, 15:14
Para: Juan Jose Soria <jjsoria2003@yahoo.com.ar>

Estimado Lic Juan Jose Soria: agradezco su pronta respuesta, como así también la autorización otorgada. Sin duda me estare comunicando, a la vez de los avances de la investigación, y de requerir cualquier consulta, en relación a la investigación, el cuestionario o su respectiva tabulación.

Atte

El 15 de enero de 2014, 18:24, Juan Jose Soria <jjsoria2003@yahoo.com.ar> escribió:
[El texto citado está oculto]

Lic Lorena Paola Chavez
Lic en Psicología
Psicodiagnostico
Maestrando en Salud mental UNC

3 Modelo de consentimiento informado utilizado en la investigación

Por la presente, doy mi consentimiento libre y voluntario para realizar el cuestionario sobre Calidad de Vida WHOQOL Bref. Dejo constancia que he comprendido la información que se me ha brindado acerca de los objetivos y finalidad de esta investigación, y me han aclarado todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto.

También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado/a de que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de investigación a cargo de la responsable del proyecto.

Córdoba, ... de de 2014.

Firma:

D.N.I:

Usted debería elegir la respuesta que exprese mejor el apoyo que recibió de los otros en los últimos 15 días (2 semanas), debería poner un círculo alrededor del número 4, si

Considera que recibió mucho apoyo marcaría 1 si considera que no recibió el apoyo que necesitó. Por favor, lea las preguntas, piense en lo que siente y haga un círculo en el número que le parezca más apropiado

1 (G1) ¿Cómo es su calidad de vida?
 MUY MALA MALA MÁS O MENOS BUENA MUY BUENA
 1 2 3 4 5

2 (G 4) ¿En qué medida está conforme con su estado de salud?
 MUY DESCONFORME DESCONFORME MÁS O MENOS CONFORME MUY CONFORME
 1 2 3 4 5

Las siguientes preguntas se refieren al GRADO en que ha experimentado estas cosas en los últimos 15 días (2 semanas)

3 (F1.4) ¿El dolor físico lo ha limitado para hacer sus actividades?
 NADA POCO MÁS O MENOS MUCHO MUCHÍSIMO
 1 2 3 4 5

4 (F 11.3) ¿Ha necesitado algún tratamiento médico para poder realizar sus actividades diarias?
 NADA POCO MÁS O MENOS MUCHO
 MUCHÍSIMO
 1 2 3 4 5

5 (F 4.1) ¿Cuánto disfruta de la vida?
 NADA POCO MÁS O MENOS MUCHO MUCHÍSIMO
 1 2 3 4 5

6 (F 24.2) ¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?
 NADA POCO MÁS O MENOS MUCHO MUCHÍSIMO
 1 2 3 4 5

7 (F 5.3) ¿Ha podido concentrarse en sus actividades?
 NADA POCO MÁS O MENOS MUCHO
 MUCHÍSIMO
 1 2 3 4 5

8 (F 16.1) ¿Siente que el entorno en que vive y se mueve es seguro (en relación a tranquilidad, seguridad personal etc.)?
 NADA POCO MÁS O MENOS MUCHO MUCHÍSIMO
 1 2 3 4 5

9 (F 22.1) ¿Vive en un lugar sin contaminación ambiental?
 NADA POCO MÁS O MENOS MUCHO MUCHÍSIMO
 1 2 3 4 5

Las siguientes preguntas se refieren a la MEDIDA en que ha sentido o podido realizar algunas de estas cosas en los últimos 15 días (2 semanas)

10 (F 2.1) ¿Se ha sentido con energía para hacer sus actividades diarias?
 NADA POCO MÁS O MENOS MUCHO MUCHÍSIMO
 1 2 3 4 5

11 (F 7.4) ¿Está conforme con su aspecto físico?
 NADA POCO MÁS O MENOS MUCHO MUCHÍSIMO
 1 2 3 4 5

12 (F 18.1) ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?
 NADA POCO MÁS O MENOS MUCHO MUCHÍSIMO
 1 2 3 4 5

13 (F 20.1) ¿Le es fácil acceder a la información que necesita en el lugar donde vive?
 NADA POCO MÁS O MENOS MUCHO MUCHÍSIMO
 1 2 3 4 5

14 (F 21.1) ¿Tiene oportunidad de realizar actividades recreativas (de placer)?
 NADA POCO MÁS O MENOS MUCHO MUCHÍSIMO
 1 2 3 4 5

(F 9.2) ¿Tiene capacidad física para moverse de un lugar a otro?
 NADA POCO MÁS O MENOS MUCHO MUCHÍSIMO
 1 2 3 4 5

Las siguientes preguntas se refieren a si ha estado conforme o no con ciertas cosas de su vida en los últimos 15 días (2 semanas)

16 (F 3.3) ¿Está conforme con lo que duerme?
 MUY DESCONFORME DESCONFORME MÁS O MENOS CONFORME MUY
 CONFORME
 1 2 3 4 5

(F 10.1) ¿Está conforme con su capacidad para realizar sus actividades diarias?
 MUY DESCONFORME DESCONFORME MÁS O MENOS CONFORME MUY
 CONFORME
 1 2 3 4 5

18 (F 12.4) ¿Está conforme con su capacidad de trabajo?
 MUY DESCONFORME DESCONFORME MÁS O MENOS CONFORME MUY
 CONFORME
 1 2 3 4 5

19 (F 6.3) ¿En qué medida está conforme con usted mismo/a?
 MUY DESCONFORME DESCONFORME MÁS O MENOS CONFORME MUY
 CONFORME
 1 2 3 4 5

20 (F 13.3) ¿Está conforme con sus relaciones personales?
 MUY DESCONFORME DESCONFORME MÁS O MENOS CONFORME MUY
 CONFORME
 1 2 3 4 5

21 (F 15.3) ¿Está conforme con su vida sexual?
 MUY DESCONFORME DESCONFORME MÁS O MENOS CONFORME MUY
 CONFORME
 1 2 3 4 5

22 (F 14.4) ¿Está conforme con el apoyo que le brindan sus amigos?
 MUY DESCONFORME DESCONFORME MÁS O MENOS CONFORME MUY
 CONFORME
 1 2 3 4 5

23 (F 17.3) ¿Está conforme con las características de su vivienda?
 MUY DESCONFORME DESCONFORME MÁS O MENOS CONFORME MUY
 CONFORME
 1 2 3 4 5

24 (F 19.1) ¿Está conforme con la atención médica que dispone?
 MUY DESCONFORME DESCONFORME MÁS O MENOS CONFORME MUY
 CONFORME
 1 2 3 4 5

(F 23.3) ¿Está conforme con sus medios de transporte?

MUY DESCONFORME	DESCONFORME	MÁS O MENOS	CONFORME	MUY CONFORME
1	2	3	4	5

La pregunta siguiente se refiere a la FRECUENCIA con que ha tenido ciertos sentimientos en los últimos 15 días (2 semanas)

26 (F 8.1) ¿Con qué frecuencia ha tenido sentimientos de tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?

NUNCA	POCO	BASTANTE	MUCHO	SIEMPRE
1	2	3	4	5

¿Alguien lo /a ayudó a contestar? _____

¿Cuánto tiempo le llevó? _____

Desea hacer algún comentario? _____

-MUCHAS GRACIAS POR SU CO LABORACIÓN-