

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

**“Calidad De Vida En Personal De Salud Que Trabaja En
Cuidados Paliativos: Investigación En Personal Del Hogar
Adultos ABEI En Quito, 2010.”**

Marcela de Lourdes Bolaños Trujillo

Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de
Maestría en Salud Pública

Quito, Noviembre de 2011

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Postgrados

HOJA DE APROBACION DE TESIS

**“Calidad De Vida En Personal De Salud Que Trabaja En
Cuidados Paliativos: Investigación En Personal Del Hogar**

Adultos ABEI En Quito, 2010.”

Marcela Bolaños Trujillo

César Hermida, M.D., Ph.D.
Director de la Tesis

.....

Mercedes Díaz, M.D.
Miembro del Comité de Tesis

.....

Benjamín Puertas Donoso, M.D., M.pH
Director de la Maestría en Salud Pública

.....

Gonzalo Mantilla, M.D., M.E.d.; F.A.A.P.
Decano del Colegio de Ciencias de la Salud

.....

Víctor Viteri Breedy, Ph.D.
Decano del Colegio de Postgrados

.....

Quito, 15 de Noviembre de 2011

© Derechos de autor

Marcela de Lourdes Bolaños Trujillo

2011

Dedicatoria:

A mi hijo, por su permanente impulso para seguir adelante.

A mi hermano Francisco, por su apoyo y generosidad.

Resumen

Este estudio tiene por objetivo principal conocer si el trabajo en Cuidados paliativos, afecta la calidad de vida del personal de salud y contribuir al mejoramiento de ella.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en el personal del Hogar Adultos ABEI, de la ciudad de Quito, mediante la aplicación de un cuestionario de datos demográficos y profesionales y del cuestionario SF36, para medir la calidad de vida. Mediante el programa SPSS, se realizó el procesamiento de datos. Primero se clasificó las variables en independientes (sexo, edad, instrucción, funciones y años de trabajo) y dependientes (Funciones evaluadas), y se obtuvo las estadísticas de resumen de cada variable. En segundo lugar, se relacionó las variables en tablas de contingencia y, se determinó su nivel de asociación con los coeficientes Phi y V de Cramer.

Resultados Las mujeres, el grupo de no profesionales y quienes trabajan por más de 10 años se encuentran afectados en el Componente Físico y los profesionales y las mujeres, tienen afectado el Componente Mental.

Recomendaciones considerar al personal como un grupo de alto riesgo para sufrir enfermedades físicas y desgaste emocional. Es necesario implementar medidas de prevención y realizar un seguimiento de la evolución de la calidad de vida.

Palabras Clave: Calidad de vida, cuidados paliativos, personal de salud, SF 36

Summary

This research is intended primarily to determine if palliative care work affects the quality of life of health and contribute to improving their quality of life

Methods: We conducted a cross-sectional study in ABEI Adult Home staff, the city of Quito, by applying a questionnaire of demographic data and professional and the SF36 questionnaire to measure quality of life. With SPSS, we performed the data processing. First classified the independent variables (sex, age, education and years of work functions) and dependent (Functions assessed), and obtained summary statistics for each variable. Second, the variables are related in contingency tables and determined their association with the Phi coefficient and Cramer's V.

Results: Women, the group of non-professionals and those working for more than 10 years are affected in the Physical Component and professionals and women have affected the mental component.

Recommendations: Consider staff recommendations as a group at high risk for physical illness and emotional distress. It is necessary to implement prevention measures and track the evolution of quality of life.

Keywords: Quality of life, palliative care, health personnel, SF 36.

Tabla De Contenido

1. Tabla de contenido	VII
2. Introducción	1
2.1 Fundación ABEI	1
2.2 Cuidados Paliativos	2
2.3 Personal de salud	7
2.4 Calidad de vida	9
2.5 Promoción de la salud	11
3. Planteamiento del problema	12
4. Justificación	13
5. Hipótesis	13
6. Objetivos	14
7. Marco Teórico	14
7.1 Concepciones Filosóficas de la Calidad de Vida	15
7.2 Teorías y Corrientes Económicas	17
7.3 Calidad de Vida Como Concepto Poblacional	20
7.4 Calidad de Vida Como Concepto Individual	24
7.5 Instrumentos para Medir La Calidad de Vida	26
8. Metodología	31
8.1 Tipo de estudio	31
8.2 Muestra	31
8.3 Métodos de recolección de datos	31
8.4 Instrumentos de investigación	32
8.5 Descripción Del CuestionarioSF-36	32

9. Resultados	34
10. Análisis y discusión de resultados	63
11. Conclusiones y recomendaciones	70
12. Bibliografía	73
13. Anexos	77
13.1 Cuestionario de datos demográficos y profesionales	77
13.2 Cuestionario de salud SF36	78
13.3 Gráficos	84

Lista De Figuras

Tabla 1: Edad	35
Tabla 2: Sexo	35
Tabla 3: Instrucción	36
Tabla 4: Funciones que desempeña	37
Tabla 5: Tiempo de permanencia en el puesto de trabajo	37
Tabla 6: Comparativo de valores resumen de las funciones evaluadas	41
Tabla 7: Valores resumen de las funciones evaluadas	44
Tabla 8: Relación funciones que desempeña/genero	65
Tabla 9: Relación funciones que desempeña/instrucción	66
Tabla 10: Relación funciones que desempeña/edad	66
Tabla 11: Relación funciones que desempeña/ años de trabajo	66
Grafico 1: Relación función física/sexo	45
Grafico 2: Relación función física/edad	84
Grafico 3: Relación función física/instrucción	46
Grafico 4: Relación función física/ funciones que desempeña	47
Grafico 5: Relación función física/años de trabajo	48
Grafico 6: Relación rol físico/sexo	50
Grafico 7: Relación rol físico /edad	85
Grafico 8: Relación rol físico /instrucción	86
Grafico 9: Relación rol físico /funciones que desempeña	87
Grafico 10: Relación rol físico /años de trabajo	88
Grafico 11: Relación dolor corporal/sexo	51

Grafico 12: Relación dolor corporal /edad	89
Grafico 13: Relación dolor corporal /instrucción	90
Grafico 14: Relación dolor corporal /funciones que desempeña	52
Grafico 15: Relación dolor corporal /años de trabajo	91
Grafico 16: Relación salud general /sexo	54
Grafico 17: Relación salud general /edad	92
Grafico 18: Relación salud general /instrucción	54
Grafico 19: Relación salud general /funciones que desempeña	93
Grafico 20: Relación salud general /años de trabajo	94
Grafico 21: Relación vitalidad/sexo	56
Grafico 22: Relación vitalidad /edad	95
Grafico 23: Relación vitalidad /instrucción	96
Grafico 24: Relación vitalidad/funciones que desempeña	97
Grafico 25: Relación vitalidad /años de trabajo	98
Grafico 26: Relación función social /sexo	99
Grafico 27: Relación función social /edad	100
Grafico 28: Relación función social /instrucción	101
Grafico 29: Relación función social /funciones que desempeña	102
Grafico 30: Relación función social /años de trabajo	103
Grafico 31: Relación rol emocional /sexo	57
Grafico 32: Relación rol emocional /edad	104
Grafico 33: Relación rol emocional /instrucción	105
Grafico 34: Relación rol emocional /funciones que desempeña	106
Grafico 35: Relación rol emocional /años de trabajo	107
Grafico 36: Relación salud mental/sexo	59

Grafico 37: Relación salud mental/edad	108
Grafico 38: Relación salud mental/instrucción	60
Grafico 39: Relación salud mental/funciones que desempeña	109
Grafico 40: Relación salud mental/años de trabajo	110
Grafico 41: Relación transición de salud/sexo	61
Grafico 42: Relación transición de salud /edad	111
Grafico 43: Relación transición de salud/instrucción	112
Grafico 44: Relación transición de salud/funciones que desempeña	113
Grafico 45: Relación transición de salud/años de trabajo	62

“Calidad De Vida En Personal De Salud Que Trabaja En Cuidados

Paliativos: Investigación En Personal Del Hogar Adultos ABEI En

Quito, 2010.”

I. Introducción

I.1 Fundación ABEI

La Fundación ABEI, Amigos Benefactores de Enfermos Incurables, es una Institución privada sin fines de lucro que viene cumpliendo su labor desde el año 1964. El 7 de mayo de 1991 esta organización fue reconocida como Fundación, por el Ministerio de Bienestar Social. Está basada en los siguientes principios institucionales:

- *Visión:* Ser una Institución líder que oferta servicios integrales de alta calidad y sustentables, para adultos, con enfermedades incurables terminales crónicos y/o rehabilitables.
- *Misión:* Brindar servicios integrales a personas de escasos recursos económicos en hospitalización y consulta externa a pacientes adultos con enfermedades crónicas incurables y rehabilitables, cuidados paliativos para pacientes terminales, que no son atendidos en los Centros de Salud tradicionales ni por sus familiares.

El Hogar Adultos de la Fundación Amigos Benefactores de Enfermos Incurables ABEI, con domicilio en la ciudad de Quito, es una institución privada sin fines de lucro, que oferta una red de servicios a personas adultas con enfermedades crónicas incurables terminales y/o rehabilitables.

Fue creado para cubrir una demanda no satisfecha por ninguna otra institución de salud del país respecto a una situación de profunda esencia humana como es la de brindar los cuidados que permitan una muerte digna a quienes padecen enfermedades en etapa terminal, y tratamiento y rehabilitación física en enfermedades crónicas hasta que el paciente se encuentre en condiciones de ser reinsertado en su familia.

Es la única institución del país que oferta estos servicios a una población que lamentablemente, es cada vez mayor debido al incremento de las enfermedades crónico degenerativas.

1.2 Cuidados Paliativos

La palabra latina Hospitium significaba inicialmente el sentimiento cálido experimentado por huésped y anfitrión y luego el lugar físico donde este sentimiento se experimentaba, la versión griega de lo mismo fue xenodochium. Alrededor del siglo IV aparece la primera de muchas instituciones cristianas bajo ambos nombres, hospitium o xenodochium, primero en el territorio

bizantino, luego en Roma y finalmente a lo largo de Europa. Estas instituciones serían consideradas los primeros hospicios u hospitales. (Del Río M. Ignacia, Palma Alejandra 17).

La primera vez que se vuelve a usar el término hospicio, pero esta vez directamente en vinculación con el cuidado a los moribundos, fue en Francia, en 1842, fecha en que Jeanne Garnier, quien con la ayuda de la Asociación de Mujeres del calvario, fundó los llamados Hospicios o Calvarios. (Gabriela Montes de Oca 7).

Sin conexión con los anteriores, 1879, las Hermanas Irlandesas de la Caridad fundaron en Dublin Our Lady's Hospice y, en Londres, en 1905, el St Joseph's Hospice. Al tiempo, otras Protestant Homes abrieron sus puertas también en Londres, para atender enfermos de tuberculosis y algunos enfermos de cáncer. En uno de ellos, el St Luke's Home for The Dying Poor, trabajó siete años Cicely Saunders como enfermera voluntaria. (Centeno, Carlos; Arnillas, Pedro 236).

El "inicio oficial" del llamado Movimiento de Hospicios Moderno se atribuye a la fundación del St Christopher's Hospice en Londres, en 1967. Los resultados obtenidos en esta institución lograron demostrar que un buen control de síntomas, una adecuada comunicación y el acompañamiento emocional, social y espiritual logran mejorar significativamente la calidad de vida de los enfermos terminales y de sus familias. Este fue el primer Hospicio en el que,

además de dar atención a pacientes terminales, se realizó investigación, docencia y apoyo dirigido a las familias, tanto durante la enfermedad como en el proceso de duelo. Su fundadora, Cicely Saunders, es considerada pionera en esta área. (Del Río M. Ignacia, Palma Alejandra 17).

En 1980 la OMS incorpora oficialmente el concepto de Cuidados Paliativos y promueve el Programa de Cuidados Paliativos como parte del Programa de Control de Cáncer. Una década y media después la Organización Panamericana de la Salud, también lo incorpora oficialmente a sus programas asistenciales.

En la actualidad la palabra Hospice se utiliza comúnmente en Gran Bretaña y Estados Unidos para referirse a un tipo de servicio, cuyo objetivo es fundamentalmente asistencial y dirigido a proveer de los medios necesarios para responder a las necesidades de pacientes considerados terminales en los diferentes niveles de atención (Unidades intra hospitalarias, Casas de reposo, Unidades de apoyo domiciliario) (Del Río M. Ignacia, Palma Alejandra 17).

En el año 2002, la OMS amplía la definición de cuidados paliativos poniendo más énfasis en la prevención: “El tratamiento paliativo es un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento por medio de la identificación temprana y correcta evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas, físicos, psicosociales y espirituales” (OMS 2002 17).

La definición se completa con los siguientes principios sobre los cuidados paliativos:

- Proporcionan alivio del dolor y otros síntomas.
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal.
- No intentan acelerar ni retrasar la muerte.
- Integran los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado del paciente.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte.
- Ofrecen un sistema de soporte para ayudar a la familia y personas cuidadoras para adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo.
- Utilizan una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes, sus familias y personas cuidadoras, incluyendo soporte emocional en el duelo, cuando esté indicado.
- Mejoran la calidad de vida y pueden también influir positivamente en el curso de la enfermedad.
- Son aplicables de forma precoz en el curso de la enfermedad, en conjunción con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, tales como quimioterapia o radioterapia e incluyen aquellas investigaciones necesarias para comprender mejor y manejar situaciones clínicas complejas. (World Health Organization 45).

Los criterios de terminalidad se definieron en un momento histórico concreto, en el que se relacionaba la enfermedad terminal y los cuidados paliativos con el cáncer.

El momento actual es diferente, por lo que es más adecuado y global definir a los pacientes con necesidad de atención paliativa, como aquellas personas con una enfermedad terminal, en las que predominan las necesidades relacionadas con la calidad de vida (síntomas físicos, psicológicos, emocionales, impacto social, espiritual), con pronóstico de vida limitado, a causa de cáncer, SIDA, enfermedades crónicas evolutivas, síndromes geriátricos de deterioro u otras patologías. (SECPAL 49).

Los cuidados paliativos constituyen hoy una cuestión importante de la salud pública. Trabajan con el sufrimiento, la dignidad de la persona, el cuidado de las necesidades humanas y la calidad de vida de la gente afectada por una enfermedad crónico – degenerativa o que está en la fase final de la vida. También se preocupan de la ayuda a familias y amigos como unidad de cuidados, frente al sufrimiento por la pérdida, potencial o inminente, de seres queridos. (Pessini,Leo; Bertachini, Luciana 234).

1.3 Personal De Salud

El personal de la salud, tanto profesional como voluntario, trabaja frecuentemente con personas que experimentan graves traumas y crisis personales. Estos pueden variar desde enfermedades crónicas, incapacidades

y traumas agudos, hasta enfermedades psiquiátricas mayores y enfermedades terminales.

La respuesta emocional de los trabajadores de la salud a tales circunstancias es un aspecto importante de su motivación para aliviar la pena y brindar una adecuada atención. (CEPIS/OPS 1).

Este aspecto ha recibido cierta atención por parte de algunos grupos de profesionales (Hay & Oken, 1972; Pilowski & O'sullivan, 1989; Firth Cozens, 1987) y es de creciente preocupación en el desarrollo de los servicios voluntarios y caseros de atención médica (Wells & Jorm, 1987; Morris et al, 1988). (CEPIS/OPS 3).

Tal recarga traumática y la ansiedad asociada a la cercana interacción con personas en desgracia puede desembocar en determinadas conductas y respuestas emocionales en quienes brindan cuidados médicos, las cuales pueden tener implicaciones en su capacidad para hacer su trabajo de una forma adecuada, sobre su bienestar emocional y su vida particular. (CEPIS/OPS 3).

Quienes trabajan en el cuidado de la salud también se enfrentan a las variadas y complejas reacciones de los pacientes, sus familiares y seres queridos, causadas por el estrés de la enfermedad y el trauma. Las relaciones con el paciente y con sus familiares pueden producir una evaluación a fondo, y al mismo tiempo, pena de sí mismo. El dolor de una madre por su niño enfermo, la pérdida del cónyuge son situaciones penosas de observar. En tales circunstancias, es muy común escuchar frases como "No sé cómo lo habría manejado si me hubiera pasado a mí". (CEPIS/OPS 3).

El personal de la salud, particularmente el de los hospitales o el que trata con pacientes terminales, llega a intimar con la muerte, a través de la vida de otras personas. Dichas experiencias pueden ser difíciles de compartir fuera del trabajo, con el cónyuge o la familia, en especial para médicos, enfermeras y demás testigos de aspectos de la vida humana, a los cuales otras personas no están expuestos; por ejemplo, observar un cadáver, ser testigos de un desfiguramiento traumático o de un grave deterioro físico. (CEPIS/OPS 4).

Esta intimidad con la muerte y el sufrimiento pueden provocar también una evaluación de su vida y los nexos que lo atan a ella, proceso que resulta tensionante en muchas personas. (CEPIS/OPS 4).

I. 4 Calidad De Vida

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. (Gómez-Vela, María; Sabeh, Eliana 1).

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80, provocará el proceso de diferenciación entre éstos y la Calidad de Vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. La inclusión del término en la primera revista monográfica de EE UU, "Social Indicators Research", en 1974 y en "Sociological Abstracts" en 1979, contribuirá a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose la década de los 80 en la del despegue definitivo de la investigación en torno al término. (Chacón, Rosa María 5).

La Calidad de Vida es un concepto relacionado con el bienestar social y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos (libertades, modos de vida, trabajo, servicios sociales y condiciones

ecológicas). Estos son elementos indispensables para el desarrollo del individuo y de la población; por tanto caracterizan la distribución social y establecen un sistema de valores culturales que coexisten en la sociedad. (Gomez-Vela, María; Sabe, Eliana 6).

En el plano individual el uso de medidas de calidad de la vida relacionada con la salud (CVRS) evalúa una amplia gama de dimensiones, han sido diseñadas para ser aplicadas a pacientes con diferentes patologías y a poblaciones con el fin de comparar y evaluar las diferentes variaciones del estado de salud. La importancia de esta medición permite destacar el estado funcional del paciente de modo que refleje su salud física, mental y social. Otro aspecto de interés es ofrecer una medición de una variable de tipo subjetivo y poder obtener un valor cuantitativo que represente el estado de salud. (Tuesca Molina Raúl 78).

1. 5 Promoción De La Salud

Las Naciones Unidas reconocen que el disfrute del mayor grado posible de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin discriminación alguna. La Promoción De La Salud se basa en ese derecho humano fundamental y refleja un concepto positivo e incluyente de la salud como factor determinante de la calidad de vida, que abarca el bienestar mental y espiritual. (World Health Organization 3).

Según la Promoción De La Salud, salud es la dimensión central de calidad de vida, entendiendo cómo las políticas públicas afectan la salud y los estilos de vida, y cómo éstos a la vez le dan forma a las conductas saludables.

Desde el punto de vista de La Promoción De La Salud, los factores que influyen en la salud son múltiples e interrelacionados, e incluyen los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos, la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas *condiciones de vida* que ejercen un claro impacto sobre la salud. (Barrios, Sara; Paravic, Tatiana 139).

La Organización Panamericana de la Salud, considera el lugar de trabajo como un entorno prioritario para la Promoción de la Salud en el siglo XXI: “La salud en el trabajo y los entornos laborales saludables, se encuentran entre los bienes más preciados de personas, comunidades y países. Un entorno laboral saludable es esencial no solo para lograr la salud de los trabajadores, sino también para hacer un aporte positivo a la productividad, la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida en general. (OMS, OPS 4).

Para que exista un entorno laboral saludable, éste debe tener las siguientes características: promover la participación de los empleadores, trabajadores y otros actores sociales interesados en la realización de acciones conjuntas para controlar, mejorar y mantener la salud y el bienestar de los

trabajadores; y la realización de procesos orientados a lograr el empoderamiento de empleados y empleadores. Un ambiente laboral saludable asegura la salud de los trabajadores y mejora las condiciones de la productividad, por lo tanto, la calidad de vida de toda la población. (Barrios, Sara; Paravic Tatiana 140).

II. Planteamiento Del Problema

En varios estudios relacionados con el nivel de estrés en diferentes profesiones, se ha llegado a establecer que aquellos profesionales que trabajan en atención directa al público o con personas que tienen altos niveles de dependencia, son quienes tienen mayor riesgo de agotamiento psicológico.

El personal médico o de salud, es considerado por la OMS como altamente estresado, debido a que se encuentra sometido a un desgaste emocional constante por su permanente y estrecho contacto con los pacientes y con los familiares de ellos.

La exposición permanente a situaciones estresantes, afecta a varios aspectos de la calidad de vida, que van desde alteraciones orgánicas y enfermedades crónico degenerativas, hasta conflictos en el trabajo, en el ambiente familiar e incluso en el riesgo de adquirir adicciones.

III. Justificación

La importancia de este trabajo radica en evaluar la repercusión que puede tener en la calidad de vida, el desempeñar funciones que demandan esfuerzos psicológicos y emocionales permanentes y estar en contacto con el dolor, la angustia, el sufrimiento humano y la muerte, con la finalidad de tomar medidas de atenuación para evitar consecuencias negativas en el ámbito personal, familiar, profesional y en el desempeño en el trabajo que afectaría, además, a la calidad de atención de los pacientes y sus familias.

IV. Hipótesis

¿El trabajo en Cuidados Paliativos afecta la calidad de vida del personal de salud?

V. Objetivos

Objetivo General

Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del personal de salud que trabaja en cuidados paliativos.

Objetivos Específicos

1. Determinar los índices de la calidad de vida del personal que trabaja en cuidados paliativos.

2. Determinar el grado de implicación del trabajo en cuidados paliativos en la calidad de vida del personal que trabaja en el Hogar Adultos de la Fundación ABEI.

VI. Marco Teórico

La calidad de vida es un concepto, polivalente y multidisciplinario, cuyas definiciones principales se han efectuado desde diferentes disciplinas y saberes: médicas, filosóficas, económicas, éticas, sociológicas, políticas y ambientales.

El uso del término calidad de vida se remonta al siglo pasado, cuando la idea del estado de bienestar, que deriva de los desajustes socioeconómicos procedentes de la Gran Depresión de los años 30, evoluciona y se difunde sólidamente en la posguerra (1945- 1960), en parte, como producto de las teorías del desarrollismo económico y social (keynesianas), que reclamaban el reordenamiento geopolítico y la reinstauración del orden internacional, una vez consumada la segunda guerra mundial. (Cardona, Doris; Agudelo, Héctor 81).

En las siguientes épocas, el término se utilizó desde dos vertientes claramente diferenciadas: en el lenguaje cotidiano de la población general, haciendo alusión al estado de felicidad deseado por todos, según Epicuro, sin que se definiera claramente qué era, pero se buscaba por estar relacionado con la satisfacción de las necesidades; y en el contexto de la investigación científica, donde ha sido analizado desde diferentes áreas del saber. (Cardona, Doris; Agudelo, Héctor 81).

Ambas vertientes han dado origen a políticas públicas y han fomentado el surgimiento de nuevos significados, por lo complejo y multifactorial de su definición. (Cardona, Doris; Agudelo, Héctor 82).

Concepciones Filosóficas de la Calidad de Vida

En el campo filosófico, existen tres amplias concepciones acerca del bien para las personas: la hedonista, la de satisfacción de preferencias y la de los ideales de una buena vida. La teoría hedonista considera que el bien último para las personas consiste en obtener ciertas experiencias conscientes, como placer, felicidad, disfrute, que permiten una buena vida en la medida en que producen una valiosa experiencia. (Lugo, Luz Elena 97).

La teoría de la satisfacción de preferencias o teoría del deseo consiste en la satisfacción de los deseos o preferencias. (Lugo, Luz Elena 97).

La teoría sobre los ideales de una buena vida o del bien sustantivo consiste en la realización de ideales específicos, con normas establecidas, por ejemplo, un componente de una buena vida es tener autodeterminación o autonomía, aunque como resultado no se obtenga mayor felicidad ó exista el deseo de autonomía. (Lugo, Luz Elena 97).

Las tres teorías expuestas, según Dan Brock, tienen como finalidad el desarrollo del concepto de utilidad. Las dos primeras son teorías subjetivas en el sentido de que sostienen que lo que es bueno para una persona en particular

depende de lo que la hace feliz o de lo que desea, en cambio la teoría sobre ideales es objetiva, entendida como que una buena vida para alguna persona se determina por ideales correctos o justificados acerca de ella y no depende ni de lo que hace a la persona feliz ni de lo que son sus preferencias. (Cardona, Doris; Agudelo, Héctor 83).

Teorías y Corrientes Económicas

La Economía ha estudiado la calidad de vida a partir de dos líneas de análisis, las que hacen referencia al bienestar de los individuos en una sociedad y las teorías del desarrollo. Las primeras se preocupan por las elecciones de los individuos y las segundas se centran en los procesos de crecimiento de una sociedad y su grado de progreso. (Delgado, Pedro; Salcedo, Tulia 3)

La corriente utilitarista: el principio de la utilidad, es llamado también el principio de la mayor felicidad. Esa tesis afirmaba que las acciones son correctas o incorrectas en proporción directa a la felicidad o infelicidad que tienden a pro-mover. Sin embargo, el criterio de la utilidad es, en primer y principal lugar, el placer y la felicidad producida en las otras personas involucradas por nuestras acciones, y sólo derivadamente, el placer o felicidad producidos en el propio sujeto. El patrón utilitario de corrección no es, pues, la mayor felicidad del agente, sino la mayor felicidad en conjunto. (Bacigalupo, L 3).

La teoría neoclásica Los iniciadores de la escuela neoclásica son Carl Menger, León Walras, William Stanley Jevons, Alfred Marshall y Knut Wicksell. Sus formulaciones, como todas las de la primera escuela neoclásica giran en torno al principio de utilidad marginal decreciente. Fundando el subjetivismo de la Escuela austriaca, Menger se diferenció de sus contemporáneos considerando que el análisis económico debería partir del análisis de las necesidades humanas y de las leyes que determinan la utilización de los recursos disponibles para satisfacerlas. A diferencia de la escuela clásica que considera que el valor de los bienes está determinado por el deseo y la necesidad, y no por el costo de producción, así como tampoco la cuantía de trabajo que se haya empleado en producirlos. (Delgado, Pedro; Salcedo, Tulia 15).

La economía ha utilizado para medir la calidad de vida, los siguientes Indicadores De Calidad De Vida:

El Ingreso: Es un método indirecto de medición de la pobreza, que examina el potencial de consumo de las familias a partir de su ingreso corriente. (Delgado, Pedro; Salcedo, Tulia 14).

Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI): Esta técnica es considerada como un método directo de medición de pobreza, se realiza a partir de encuestas a los hogares que buscan la probabilidad de existencia de otros tipos de privación. Dependiendo de la situación de cada país, se evalúa el mejor indicador. Sin embargo, existen carencias que se han constituido en el común denominador de este método; ellas son: a) hacinamiento; b) vivienda

inadecuada; c) abastecimiento inadecuado de agua; d) carencia o inconveniencias de servicios sanitarios e) inasistencia a escuelas primarias de los menores de edad escolar; y, f) un indicador indirecto de capacidad económica, que no mide una necesidad básica, sino que intenta reflejar la probabilidad que tiene el hogar de obtener recursos suficientes y su capacidad de consumo. Este indicador toma en cuenta, el nivel de instrucción del jefe de hogar, como una anticipación a los recursos que podría generar, y considera adicionalmente, el número de personas que dependen económicamente, para calcular así las necesidades que pueden cubrirse con el ingreso. (Alarcón, Diana 10). (De los Campos, Hugo 7).

Nivel de Vida: Las Naciones Unidas sugirieron que las medidas sobre el bienestar debían fundamentarse en varios componentes diferentes, que juntos conformaran el segundo intento de medición, llamado el nivel de vida. Este equivale a la renta per cápita nacional real más otros indicadores cuantitativos en los campos de la salud, de la educación, del empleo y de la vivienda y que además podía incluir todo lo relacionado con la esperanza de vida al nacer, la supervivencia infantil, el grado de alfabetización de la población adulta y la nutrición. (OMS, OIT 4).

El concepto utilizado sobre nivel de vida fue el dominio del individuo sobre los recursos en forma de dinero, posesiones, conocimiento, energía mental y física, relaciones sociales, seguridad y otros medios de los cuales el individuo puede controlar y dirigir conscientemente sus condiciones de vida. Sin embargo este concepto fue objetado por limitarse solo a los recursos y dejar de

lado algunas condiciones como tener buena salud y circunstancias como la calidad del ambiente de trabajo y el espacio del hogar como importantes en el bienestar individual. Además, el mismo conjunto de recursos no tiene el mismo valor equivalente en todos los contextos. (Fleury, Eliana 15).

El Índice sobre el Desarrollo Humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, parte el concepto de desarrollo humano:

"El propósito del desarrollo consiste en crear una atmósfera en la que todos puedan aumentar su capacidad y las oportunidades puedan ampliarse para las generaciones presentes y futuras". (PNUD 1994). Se debe apuntar alrededor de la creación de un ambiente favorable en el que las personas tengan la posibilidad de alcanzar una vida prolongada, saludable y creativa. Además de estas oportunidades, existen otros elementos no menos importantes, como la libertad política, los derechos humanos, la participación, la seguridad y la nutrición. (Camou, María; Maubrigades, Silvana 4).

La Calidad de Vida Como Concepto Poblacional

Hasta el presente, en términos operativos, el concepto de desarrollo humano se traduce en (i) esperanza de vida, con la cual se mide la longevidad; (ii) tasa de alfabetismo y mediana de educación, el conocimiento; y (iii) ingreso, los recursos para la consecución de un buen nivel de vida. (Delgado, Pedro; Salcedo, Tulia 16).

Autores como John Rawls, Manfred Max-Neef, y Amartya Sen, plantean una nueva visión del desarrollo, más progresista, innovadora y acorde a la realidad.

En 1971, *John Rawls publicó su obra "Teoría de la Justicia"*, cuyo objetivo es combatir y superar el utilitarismo. Rawls plantea que, al contrario de lo que ocurre con el utilitarismo, las personas aceptan por anticipado un principio de igual libertad y lo hacen sin un conocimiento de sus fines más particulares y convienen en adecuar las concepciones de su bien a lo que requieren los principios de la justicia o, al menos, en no insistir en pretensiones que los violen directamente. (Caballero, José Francisco 3).

Así pues, Rawls construye una teoría alternativa que da respuesta al utilitarismo y, critica la falsedad detrás sus conceptos que no necesariamente resultan éticamente correctos y que mientras apelan al principio de mayorías, dejan fuera a muchos miembros de la sociedad (las minorías por ejemplo). (Caballero, José Francisco 6).

El Desarrollo a Escala humana

Entre los postulados básicos del desarrollo a escala humana es necesario destacar aquellos que plantean que el desarrollo tiene que ver con las personas y no sólo con los objetos, y por lo tanto el propósito esencial de todo estilo de desarrollo será el de procurar la adecuada satisfacción de la mayor parte de las necesidades humanas fundamentales de esas personas.

Estas necesidades conforman un sistema, es decir, están interrelacionadas e interactúan. De acuerdo a lo que proponen M. Max-Neef y colaboradores (1986), este sistema de necesidades puede ser desagregado en nueve necesidades que, tal como ya hemos indicado, son las comunes a toda la especie humana, a todas las culturas, épocas y grupos: necesidad de permanencia o subsistencia, de protección, de afecto o amor, de entendimiento, de participación, de ocio, de creación, de identidad y de libertad. En este paradigma de desarrollo alternativo se considera que cada necesidad no satisfecha es una pobreza, mientras que las satisfechas constituyen riquezas. (Brown, Gerardo 2).

El aporte central de *Amartya Sen* a la Teoría del Desarrollo tiene que ver con cómo mira Sen el bienestar, es decir, con las cuestiones acerca de qué es el bienestar y quién es el sujeto del bienestar. Respondiendo a estas preguntas, Sen redescubre que el sujeto del bienestar es el ser humano y que el bienestar es el cómo este ser humano se encuentra.

Amartya Sen empieza planteando que la calidad de vida de una persona debe valorarse en términos de sus capacidades. Lo que se debe buscar es que las personas sean iguales en sus capacidades, o por lo menos en sus capacidades básicas.

Para Sen los funcionamientos representan partes del estado de una persona en particular, las cosas que logra hacer o ser al vivir. La capacidad de una persona refleja combinaciones alternativas de los funcionamientos que

ésta puede lograr, entre las cuales puede elegir una colección. El enfoque se basa en una visión de la vida en tanto combinación de varios “quehaceres y seres”, en los que la calidad de vida debe evaluarse en términos de la capacidad para lograr los “funcionamientos valiosos”. (Pedrajas, Martha 107).

Más recientemente, para determinar el grado de bienestar de una población se adoptó el concepto de calidad de vida, originario de la salud pública y de la ética médica, que hacía alusión a los criterios para decidir sobre la conveniencia de tratamientos especialmente dolorosos, agresivos, radicales, de alto costo o todavía en fase de experimentación para los enfermos, ante todo, para los casos terminales; ahora ha evolucionado para significar, en la jerga de los economistas del desarrollo, además del nivel de vida también el grado de libertades políticas y civiles y el dominio sobre sí mismo y la libre participación en relaciones sociales. (Cardona, Doris; Agudelo, Héctor 85).

El concepto ha seguido evolucionando y ahora diferencia los medios de los fines, los bienes materiales de los no materiales, las necesidades básicas satisfechas y las no satisfechas, las condiciones de vida del nivel de vida, y otras clasificaciones como las planteadas por Eric Allardt: tener, amar y ser. El tener hace referencia a las condiciones materiales necesarias para sobrevivir y evitar la miseria, como son los recursos económicos, vivienda, empleo, condiciones de trabajo, salud y educación; el amar se refiere a la necesidad de relacionarse con otras personas y de formar identidades sociales, como son el contacto con la comunidad, familia y parientes, patrones activos de amistad,

compañeros de trabajo y compañeros de organizaciones; y el ser alude a la necesidad del ser humano de integrarse a la sociedad y de vivir en armonía con la naturaleza, como en las actividades políticas, la participación en decisiones, las actividades recreativas, la vida significativa en el trabajo y la oportunidad de disfrutar de la naturaleza. (Cardona, Doris; Agudelo, Héctor 83).

En la salud, el término mira desde varias perspectivas que han influido en las políticas y prácticas en las últimas décadas, por los factores determinantes y condicionantes del proceso salud enfermedad, como son los aspectos económicos, los socioculturales, los estilos de vida y la experiencia personal que influyen en la forma de enfermar y morir de un individuo, por eso evalúa el impacto físico y sicosocial de las enfermedades, disfunciones e incapacidades para un mejor conocimiento del paciente y su adaptación a los tratamientos y nuevas terapias; en la salud pública, la calidad de vida ha sido objeto de atención como una forma de evaluar la eficiencia, la eficacia y el impacto de determinados programas con las comunidades. (Cardona, Doris; Agudelo, Héctor 84).

La Calidad de Vida Como Concepto Individual

Según la OMS, la calidad de vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, su inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que esta influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel

de independencia, sus relaciones sociales, así como con los elementos esenciales de su entorno.

La OMS tomó la iniciativa de construir un instrumento para medir la calidad de vida, que a diferencia de los tradicionales indicadores de salud como mortalidad y morbilidad, incluya mediciones para el impacto de la enfermedad, el deterioro de las actividades de la vida diaria y de las conductas. Este instrumento no pretende medir síntomas, enfermedades o discapacidades, sino que evalúa los efectos percibidos de la enfermedad y de las intervenciones médicas sobre la salud que repercuten en la calidad de vida del sujeto. Para tal fin se creó el WHOQOL- 100, en 1991, y el WHOQOL-BRIEF, en 1994. (Gómez, Elizabeth 5).

La multidimensionalidad de la calidad de vida relacionada con la salud abarca aspectos subjetivos que parten de la percepción que cada persona tiene de su propio estado de salud, 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.

La OMS, consciente de que cada dimensión o componente tiene un peso diferente en la calidad de vida, según estándares culturales validados por las comunidades, desarrolló un proyecto multicéntrico en 15 ciudades de 14 países, con pacientes de diversas patologías y población general, utilizando de la investigación cualitativa la técnica de grupos focales, con el fin de clarificar

los significados y representaciones sociales del concepto según diferentes culturas, y de la investigación cuantitativa, el análisis factorial, la confiabilidad y validación de constructo y la validación discriminante. Así emergieron cuatro grandes dimensiones: física, percepción sobre las condiciones físicas; psicológica, percepción sobre las condiciones afectivas y cognitivas; social, percepción sobre las relaciones sociales; y ambiental, percepción sobre el ambiente en el que se vive. En gran medida, la medición y valoración de la calidad de vida está regida por apreciaciones subjetivas e ideológicas correspondientes al particular contexto en que se desenvuelven las colectividades. Así, pues, para medir un determinado tipo de calidad de vida es necesario contar con otros referentes que sirvan de contraste. Es preciso diferenciar los diversos modos de vida, las aspiraciones e ideales y las éticas e idiosincrasias de los conjuntos sociales, para distinguir los diferentes eslabones y magnitudes, pudiendo así dimensionar mejor las respectivas variaciones entre unos y otros sectores de la población. (Cardona, Doris; Agudelo, Héctor 85).

Instrumentos para Medir La Calidad de Vida

Existen múltiples instrumentos que han sido diseñados para evaluar las dimensiones que integran las mediciones de salud y de calidad de vida. Deben considerarse algunos conceptos básicos al evaluar calidad de vida ya que, siendo un concepto multidimensional, es difícil decidir qué variables deben incluirse y ello depende de la finalidad del estudio. Los instrumentos para medir la calidad de vida se han diseñado con diversos propósitos. Para conocer y comparar el estado de salud entre poblaciones (aspecto fundamental para

estrategias y programas en políticas de salud), y para evaluar el impacto de ciertas intervenciones terapéuticas, para modificar los síntomas y función física a través del tiempo. (Velarde-Jurado, Elizabeth 449).

Los instrumentos para medir calidad de vida se clasifican en instrumentos genéricos y específicos. Los primeros son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos, pero tienen el riesgo de ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo cual su finalidad es meramente descriptiva. Los instrumentos específicos se basan en las características especiales de un determinado padecimiento, sobre todo para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo. Estos nos dan mayor capacidad de discriminación y predicción, y son particularmente útiles para ensayos clínicos. (Tuesca, Rafael 78).

Debido a que algunos de los componentes de la calidad de vida no pueden ser observados directamente, éstos se evalúan a través de cuestionarios que contienen grupos de preguntas. Cada pregunta representa una variable que aporta un peso específico a una calificación global, para un factor o dominio. (Velarde, Elizabeth; Avila Carlos 350).

En teoría, se asume que hay un valor verdadero de la calidad de vida y que puede medirse indirectamente por medio de escalas. Cada variable mide un concepto, y combinadas conforman una escala estadísticamente cuantificable, que se combinan para formar calificaciones de dominios. Si los

temas escogidos son los adecuados, el resultado de la escala de medición diferirá del valor real de la calidad de vida por un pequeño error de medición, y poseerá propiedades estadísticas. Puesto que es una experiencia subjetiva, se espera una considerable variabilidad. Cada uno de los dominios (físico, mental o social) que conforman el término calidad de vida puede ser medido en dos dimensiones; la primera, compuesta por una evaluación objetiva de la salud funcional, y la segunda, por una percepción subjetiva de la salud. (Velarde, Elizabeth; Ávila Carlos 351).

Con relación a los instrumentos genéricos, los más utilizados son: Sickness Impact Profile –Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad–, Nottingham Health Profile –Perfil de Salud de Nottingham(10)– y SF–36, los cuales aportan información descriptiva, predictiva o evaluativa de un individuo o grupos de individuos a manera de puntuación que resume en cada dimensión la puntuación obtenida y al aplicar diferentes estrategias para interpretar el resumen global, a fin de caracterizar el perfil de salud global del sujeto. (Tuesca, Rafael 78).

El cuestionario SF-36, desarrollado en Estados Unidos. Incluye 36 ítems agrupados en 8 escalas: funcionamiento físico, desempeño físico, dolor corporal, desempeño emocional, salud mental, vitalidad, salud general y funcionamiento social y uno adicional, el *cambio de la salud en el tiempo*. SF-36; Ware y Sherbourne, 1992) fue utilizado en el Estudio de los Resultados Médicos («Medical Outcome Study»), el cual permitió establecer un perfil de

salud con aplicación para población general como para pacientes, en estudios descriptivos y de evaluación. (Vilagut, Gema y colaboradores 136).

Para ajustar este instrumento colaboraron investigadores de quince países para la adaptación cultural de International Quality of Life Assessment – IQOLA. Dicho cuestionario original en idioma inglés fue traducido al español y luego adaptado y traducido con ajuste e interpretación de la versión existente con los autores del instrumento original a fin de armonizar el contenido del cuestionario. Luego se realizaron estudios piloto en grupos de pacientes crónicos para valorar la comprensión y la factibilidad de aplicar este cuestionario. Después de esta fase se realizaron estudios para identificar la validez, fiabilidad y ajustar el estándar de referencia en países como España, Alemania, Dinamarca, Holanda, Italia, Reino Unido y Suecia. (Vilagut, Gema y colaboradores 137).

El cuestionario SF-36, está documentado en más de 1.000 publicaciones, su utilidad para estimar la carga de la enfermedad está descrita en más de 130 condiciones y por su brevedad y comprensión se usa ampliamente en el mundo.

En la validación realizada en España se obtuvo una versión en español que mostró coincidencia completa con la original, alta equivalencia con los valores iniciales y reproducibilidad aceptable. (Vilagut, Gema y colaboradores 138).

En México se realizó la validación de este instrumento en el estudio:
“Hacia una base normativa mexicana En la medición de calidad de vida

relacionada Con la salud, mediante el Formato Corto 36” (Zúñiga, Miguel y Colaboradores 112).

En Colombia fue validado con el estudio “Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia”. Los resultados obtenidos muestran que la versión colombiana en español del cuestionario SF-36 es un instrumento adaptado y confiable que puede utilizarse en el país para el estudio de la Calidad de Vida de personas sanas o enfermas, mayores de 18 años de edad, alfabetas, con cualquier grado de escolaridad, mediante entrevista, o auto administrado, debido a la dificultad de algunas preguntas y para garantizar un menor número de datos omitidos. (Lugo, Luz Elena y Colaboradores 38).

Los instrumentos específicos contienen dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud, de una determinada patología que se quiere evaluar. Las medidas concretas se refieren a las áreas que los clínicos evalúan, al impacto de los síntomas en la medición de la calidad de vida, extraídos a través de la entrevista médica y la exploración física. Por lo tanto, esta medida no permite comparaciones entre diferentes enfermedades. Debido a esto se han diseñado instrumentos específicos para evaluar la calidad de vida de pacientes con diversas enfermedades, especialmente de enfermedades crónicas como artritis reumatoide, Parkinson, con síntomas gastrointestinales, pacientes oncológicos, pacientes sometidos a radioterapia de cabeza y cuello, en pacientes con diálisis, epilépticos, en insuficiencia respiratoria, en ancianos y otros más. (Tuesca, Rafael 81).

VII. METODOLOGIA

Tipo de Estudio

El presente trabajo, es un estudio descriptivo de corte transversal.

Universo de Trabajo y Muestra

El estudio se realizó utilizando como muestra un universo constituido por los médicos, psicólogos, nutricionista, fisioterapeutas, enfermeras y auxiliares de enfermería del Hogar Adultos de la Fundación ABEI, entre los meses de agosto a septiembre de 2010.

Métodos de recolección de datos

- Cuestionario para obtención de datos demográficos y profesionales del personal: sexo, edad, nivel de estudios, profesión u ocupación, años de trabajo, funciones que desempeña o puesto de trabajo.
- Instrumento Genérico SF 36
- Análisis y elaboración de tablas y obtención de resultados en SPSS

Instrumentos de investigación

1. Cuestionario de datos demográficos, contiene 5 preguntas de respuesta múltiple, en las que se indaga a cada uno de los encuestados su sexo, edad,

nivel de instrucción, funciones que desempeña y número de años de permanencia en sus funciones.

2. Descripción Del Cuestionario SF-36

El cuestionario SF-36 consta de 36 ítems y cubre 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. En una escala que varía de 0 a 100, el valor de 100 representa el mejor estado posible de salud. A partir de estas dimensiones es posible estimar dos componentes de la calidad de vida relacionada con la salud, uno físico y otro mental.

El contenido de las ocho escalas se resume de la siguiente manera:

1. *Función Física*: mide el grado en que la salud limita las actividades físicas, tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar cargas y la realización de esfuerzos moderados e intensos.
2. *Rol Físico*: valora el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y en otras actividades diarias, lo que incluye el rendimiento menor que el deseado, la limitación en el tipo de actividades realizadas o la dificultad en la realización de actividades.
3. *Dolor Corporal*: valora la intensidad de dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en ésta.
4. *Salud General*: proporciona una valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

5. *Vitalidad*: cuantifica el sentimiento de energía y vitalidad frente al sentimiento de cansancio o agotamiento.
6. *Función Social*: mide el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.
7. *Rol Emocional*: valora el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, lo que incluye la reducción en el tiempo dedicado a esas actividades, el rendimiento menor que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.
8. *Salud Mental*: mide la salud mental general, lo que incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional.

3. *Análisis de datos*:

El análisis estadístico, se realizará con el programa SPSS, para obtener en primer lugar los valores resumen de variables (medias y proporciones). En segundo lugar, se hará el análisis de relación entre variables dependientes e independientes, en tablas de contingencia y, finalmente se realizará la determinación estadística de la asociación o independencia entre variables, mediante la obtención de los coeficientes Phi y V de Cramer.

VIII. Resultados

VIII.1 Resultados Del Cuestionario De Datos Demográficos Y Profesionales.

Los resultados obtenidos del cuestionario aplicado para obtener datos de edad, género, nivel de instrucción, funciones desempeñadas o puesto de trabajo y el tiempo permanecido en el mismo puesto de trabajo, fueron

procesados en el sistema SPSS, para obtener sus medidas descriptivas. Estos datos fueron categorizados como variables independientes.

Edad

El grupo estudiado presentó edades que iban desde los 18 a los 49 años, con una distribución irregular, por lo que se conformó dos grupos de tamaño similar. Como se observa en la Tabla 1, el 56% de los encuestados, tienen más de 35 años de edad.

Tabla 1

Edad

	Número	Porcentaje
De 18 a 35 años	24	44,4
Más de 35 años	30	55,6
Total	54	100,0

Sexo

La variable sexo, consideró las dos posibles opciones, designadas como hombre y mujer, según correspondía a su género. Se obtuvo como resultado una importante diferencia entre las mujeres, que constituyeron el 76% y los hombres que conformaron el restante 24%. Tabla 2.

Tabla 2**Sexo**

	Número	Porcentaje
Hombre	13	24,1
Mujer	41	75,9
Total	54	100,0

Nivel de Estudios

En la variable nivel de estudios, se incluyó en cada nivel a quienes habían cursado los estudios del nivel referido, aunque no lo hubieran terminado o que se encontraran cursándolo al momento de la encuesta. Los resultados se muestran en la tabla 3.

Tabla 3**Nivel de Instrucción**

	Número	Porcentaje
Hasta secundaria	24	44,4
Superior	30	55,6
Total	54	100,0

La mayoría de los encuestados (56 %), tuvieron instrucción secundaria, y el 44 % instrucción superior. En el primer caso se encuentran todos los

auxiliares de enfermería y en el segundo caso las enfermeras, fisioterapistas, médicos psicólogos y nutricionistas.

Funciones ó Puesto de Trabajo

Según las funciones que desempeñaban, o puesto de trabajo, los auxiliares de enfermería constituyeron el 54% de todo el Universo y los profesionales médicos el 46%. Tabla 4

Tabla 4

Funciones

	Número	Porcentaje
Grupo Profesionales	25	46,3
Grupo Auxiliar	29	53,7
Total	54	100,0

Tiempo de permanencia en el puesto de trabajo

En esta variable se consideró dividir a los encuestados en dos grupos que tuvieran un tiempo similar de permanencia en el trabajo. La mayoría (76%), se encontró en el primer grupo, con un tiempo de trabajo inferior a los 10 años.

Tabla 5

Tiempo de permanencia en el puesto de trabajo

	Número	Porcentaje
De 1 a 10 años	41	75,9
Más de 10 años	13	24,1
Total	54	100,0

VIII.2 Resultados De La Aplicación Del Cuestionario SF36

Descripción de las Escalas de Salud medidas por SF-36.

1. Función Física (FF): Limitaciones para realizar todo tipo de actividad física, como bañarse, vestirse, caminar, agacharse, subir escaleras, levantar pesos y los esfuerzos moderados e intensos. (10 preguntas)
2. Rol físico (RF): Problemas en el trabajo y otras actividades diarias como resultado de la salud física. (4 preguntas).
3. Dolor corporal (DC): Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto en el hogar como fuera de él (2 preguntas).
4. Salud General (SG): Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro (5 preguntas).
5. Vitalidad (VT): Sensación de energía y vitalidad, en contraposición a la sensación de cansancio y agotamiento (4 preguntas).
6. Función Social (FS): Interferencia con la vida social habitual debido a problemas físicos o emocionales (2 preguntas).
7. Rol Emocional (RE): Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como consecuencia de problemas emocionales (3 preguntas).

8. Salud Mental (SM): Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 preguntas).

Estas 8 escalas o conceptos, a su vez, son sintetizadas en dos medidas de resumen; un componente de Salud Física (CSF) y un segundo componente de Salud Mental (CSM). El componente de Salud Física, está integrado por las escalas función física, rol físico, dolor corporal y salud general. El componente de Salud Mental está integrado por las funciones de vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.

Además de los ocho conceptos de salud mencionados, el SF-36 incluye el concepto de cambio global en la percepción del estado de salud actual respecto al año anterior o conocida también como pregunta del Estado de transición (ET). Describe la percepción de mejoramiento o empeoramiento del estado de salud en el último año.

Para la evaluación de cada pregunta, se siguió la graduación establecida por el Health Institute, que otorga diferentes pesos específicos a cada respuesta, según las siguientes puntuaciones: a) Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan puntuaciones directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayor sean, mejor estado de salud. b) El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100.

De esta manera, cada respuesta tuvo una calificación total de 100, fluctuando en un rango de 0 a 100, tomando en cuenta que 0 es lo peor y que 100 es lo mejor en cuanto a la percepción del estado de salud.

Cada respuesta tuvo un valor diferente, de acuerdo al número de posibilidades contempladas, de la siguiente manera:

- Para una pregunta con dos posibilidades de respuesta, la calificación fue de 0 ó 100.
- Para una pregunta con tres posibilidades de respuesta, la calificación fue de 0, 50 ó 100
- Para una pregunta con cuatro posibilidades de respuesta, la calificación fue de 25, 50, 75 ó 100
- Para una pregunta con posibilidades de respuesta, la calificación fue de 0, 25, 50, 75 ó 100
- Para una pregunta con seis posibilidades de respuesta, la calificación fue de 0, 20, 40, 60, 80 ó 100

Según la metodología descrita, en primer lugar se asignó el puntaje correspondiente a cada una de las preguntas de la encuesta, y se calificó a todas las encuestas. Luego de la calificación, se ingresó los resultados obtenidos, a tablas de Excel para obtener a su vez, los totales de cada una de las Funciones, estos resultados, nuevamente, debieron ser puntuados, para obtener valores entre 0 y 100 para cada función así:

Función Física: 10 preguntas, cada pregunta, fue calificada sobre 10, para obtener un total de 100.

Rol físico: 4 preguntas, cada una con un valor de 25 puntos.

Dolor corporal: 2 preguntas, 50 puntos cada una.

Salud General: 5 preguntas, 20 puntos cada una.

Vitalidad: (4 preguntas).

Función Social: 2 preguntas, 50 puntos cada una.

Rol Emocional: 3 preguntas, las dos primeras con un puntaje de 35 y la última 34.

Salud Mental: 5 preguntas, 20 puntos cada una.

Con la finalidad de tener valores de referencia para establecer comparaciones de las escalas de Calidad de Vida, se realizó una tabla comparativa con los valores de las Medias obtenidas en el estudio poblacional de México. (Tabla 6)

Tabla 6

Comparativo De Valores Resumen De Las Funciones Evaluadas

HOGAR ADULTOS ABEI								
	FF	RF	DC	SG	V	FS	RE	SM
HOMBRE	96	94	88	69	83	92	92	89
MUJER	85	81	77	67	77	88	80	84
18 A 35 AÑOS	88	88	81	64	76	89	82	84
MAS DE 35 AÑOS	88	81	79	70	81	88	83	86
POBLACION GENERAL DE MEXICO								
	FF	RF	DC	SG	V	FS	RE	SM
HOMBRE	95	94	87	72	80	87	80	79
MUJER	94	95	90	74	82	87	87	80
18 A 35 AÑOS	94	92	89	77	77	89	86	76
MAS DE 35 AÑOS	93	96	89	72	82	86	88	80

Función Física (FF) Rol Físico (RF) Dolor Corporal (DC) Salud General (SG) Vitalidad (V)
Función Social (FS) Rol Emocional (RE) Salud Mental (SM).

Al realizar la comparación de las dos poblaciones observamos que en la población general de México, la calidad de vida entre hombres y mujeres es muy similar, mientras que en la población del estudio, la calidad de vida de los hombres es mejor que la de las mujeres.

También observamos que la calidad de vida de las mujeres de México es mejor que la de las mujeres del grupo estudiado y que en los hombres el componente de salud física es muy similar mientras que el componente de salud mental de los hombres del grupo de estudio es mejor que el de los de México. Al realizar la comparación entre los grupos de 18 a 35 años y mayores de 35, vemos que la calidad de vida de la población de México es mejor que la de los grupos del estudio.

VIII. 3 Resultados De Comparación De Variables

Para observar las relaciones entre los datos generales y las diferentes Funciones evaluadas, se procedió a clasificar como variables independientes a los datos generales y como variables dependientes a cada Función y se realizó el cruce de todas las variables independientes con las dependientes, en tablas de contingencia con el programa SPSS.

Como el análisis de las tablas de contingencia, mide la asociación entre las dos variables de la tabla pero no su fuerza de asociación, una vez determinada la asociación entre las dos variables, fue necesario valorar si ésta era estadísticamente significativa, o si podía ser atribuida al azar. La determinación del grado de asociación de las variables, se realizó a través del

cálculo de los coeficientes de Phi y V de Cramer. El coeficiente Phi permite evaluar el grado de asociación entre dos variables, sus valores oscilan entre 0 y 1 en tablas de contingencia, y se usa para variables nominales. La V de Cramer se utiliza en variables nominales y oscila entre 0 y 1. En los dos coeficientes, los valores cercanos a 0 indican no asociación y los próximos a 1 fuerte asociación.

Los resultados de cruces de variables, se analizaron agrupando las funciones correspondientes en los componentes de Salud Física (función física, rol físico, dolor corporal y salud general), Salud Mental (vitalidad, función social, rol emocional y salud mental), y Transición de Salud. Para visualizar de manera más ágil la relación de las diferentes variables, y la evaluación de la calidad de vida en base a cada una de las funciones, se obtuvo los valores totales de las diferentes funciones en tablas de excel y se los procesó en el sistema SPSS, a fin de obtener los valores resumen. (Tabla 7).

Tabla 7*Valores Resumen De Las Funciones Evaluadas*

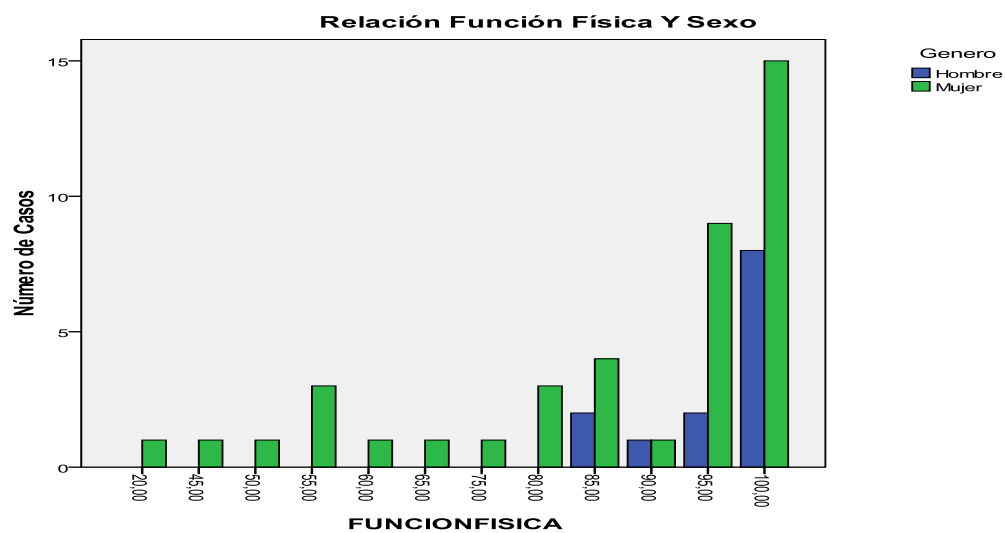
	FUNCIONES							
SEXO	FF	RF	D C	SG	V	FS	RE	SM
HOMBRE	96	94	88	69	83	92	92	89
MUJER	85	81	77	67	77	88	80	84
EDAD	FF	RF	D C	SG	V	FS	RE	SM
18 A 35 AÑOS	88	88	81	64	76	89	82	84
MAS DE 35 AÑOS	88	81	79	70	81	88	83	86
INSTRUCCIÓN	FF	RF	D C	SG	V	FS	RE	SM
SUPERIOR	91	86	82	70	76	87	81	84
SECUNDARIA	84	82	77	64	81	90	85	86
FUNCIONES	FF	RF	D C	SG	V	FS	RE	SM
PROFESIONALES	91	86	81	71	75	86	80	83
AUXILIARES	86	83	79	64	82	91	85	86
AÑOS DE TRABAJO	FF	RF	D C	SG	V	FS	RE	SM
HASTA 10 AÑOS	91	85	80	67	77	88	82	84
MAS DE 10 AÑOS	80	83	78	68	82	90	85	87

Función Física (FF) Rol Físico (RF) Dolor Corporal (DC) Salud General (SG)Vitalidad (V)
 Función Social (FS) Rol Emocional (RE) Salud Mental (SM).

VIII.3.1 Componente De Salud Física

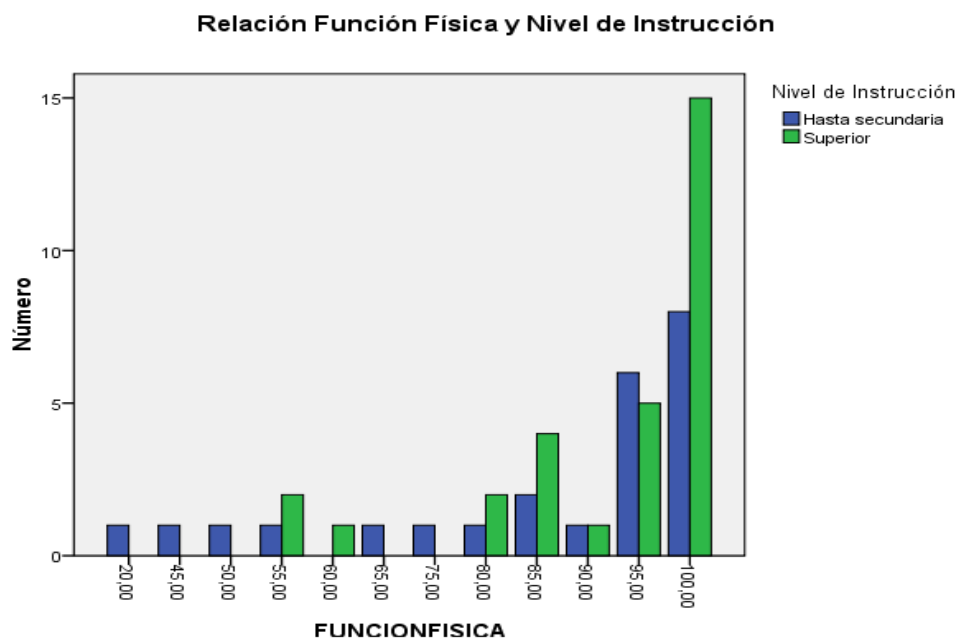
VIII.3.1.1 Función Física

Grafico 1.



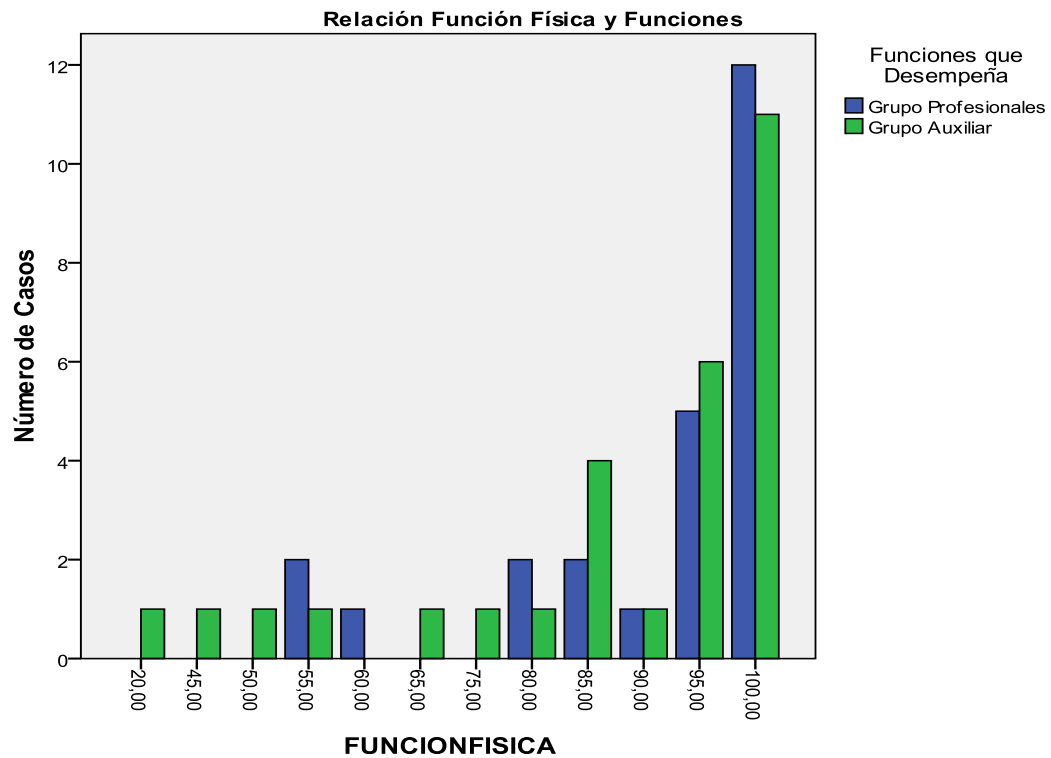
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	.346
	V de Cramer	.346
N de casos válidos		54

Se observa que las mujeres tienen puntuaciones menores en la función física, y esta asociación no se debe al azar porque las medidas de asociación se alejan de cero.

Grafico 3.

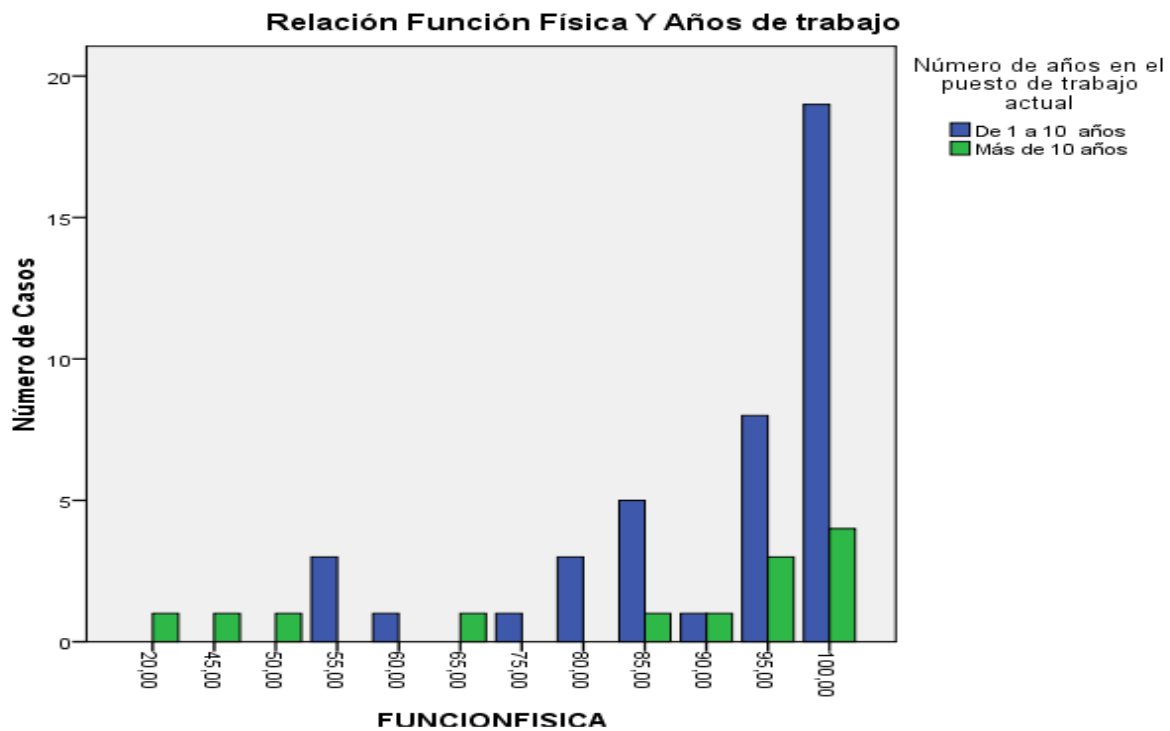
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,408
	V de Cramer	,408
N de casos válidos		54

Las mujeres presentan valores menores en la función física, y esta asociación no se debe al azar porque las medidas de asociación se alejan de cero.

Grafico 4

Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,365
	V de Cramer	,365
N de casos válidos		54

La función de auxiliar de enfermería se asocia a valores menores de función física y tiene significancia estadística ya que las medidas de asociación tienen valores mayores a cero.

Grafico 5

	Medidas de Asociación	Valor
Nominal por nominal	Phi	,556
	V de Cramer	,556
N de casos válidos		54

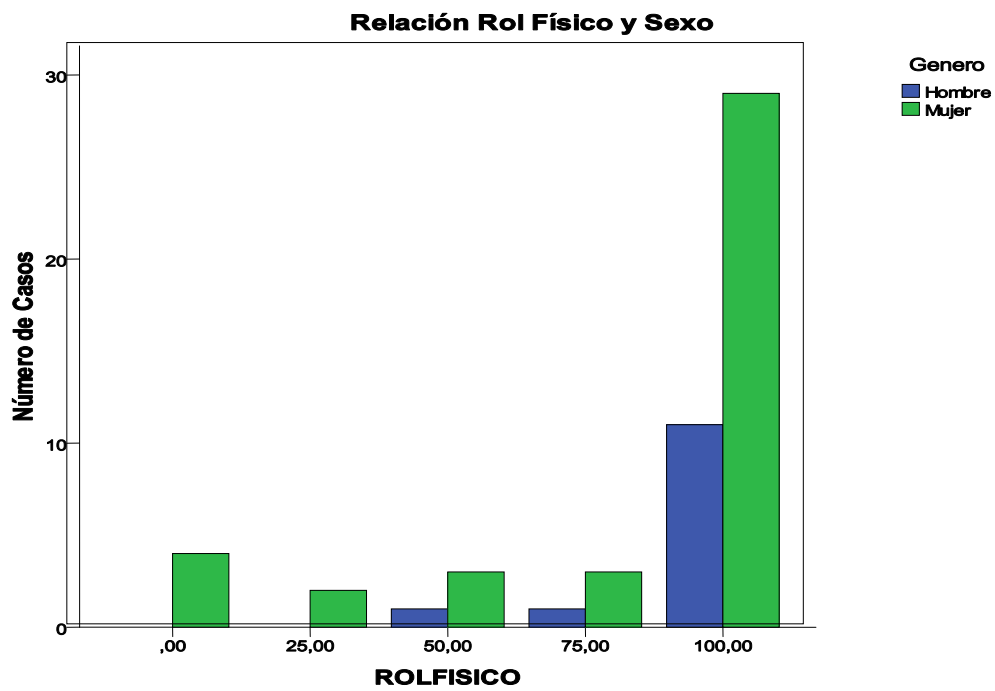
La función física estuvo afectada en las mujeres, en el grupo de auxiliares de enfermería, en el grupo de instrucción secundaria y en quienes trabajaron por más de diez años. Por otro lado, la edad no constituyó un factor de influencia en la función física. Las asociaciones, encontradas fueron

estadísticamente significativas, a pesar de no alcanzar el valor de 1, equivalente a una asociación perfecta.

VIII.3.1.2 Rol Físico

En el gráfico 6, se observa que las mujeres tienen puntuaciones menores en el Rol físico. La edad no se encuentra relacionada con el Rol Físico ya que sus valores son muy similares en los dos grupos. Estas asociaciones no se deben al azar porque las medidas de asociación se alejan de cero y tienen significancia estadística.

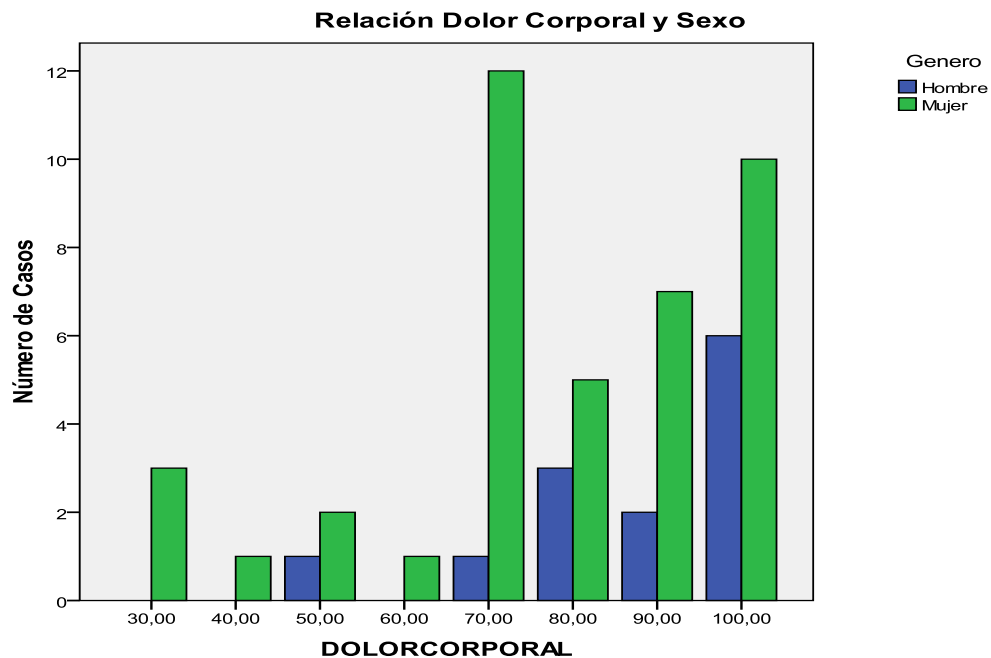
Las demás asociaciones del Rol Físico no tienen una importancia destacable, y no son debidas al azar porque en todas ellas los valores de asociación son mayores a cero, como puede observarse en los cuadros 7, 8, 9 y 10, en el anexo 3.

Grafico 6

Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,200
	V de Cramer	,200
N de casos válidos		54

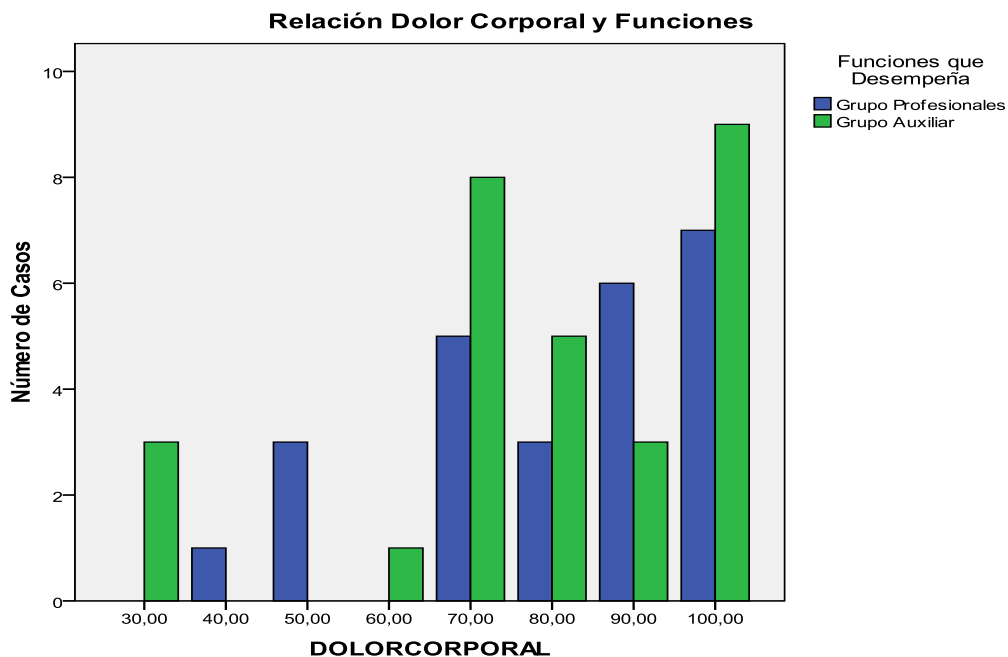
VIII.3.1.3 Dolor Corporal

Grafico 11



	Medidas de Asociación	Valor
Nominal por nominal	Phi	,334
	V de Cramer	,334
N de casos válidos		54

Las mujeres tienen más limitaciones por dolor, y esta asociación no se debe al azar porque las medidas de asociación se alejan de cero.

Grafico 14

Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,435
	V de Cramer	,435
de casos válidos		54

La función de auxiliar de enfermería se asocia con mayores molestias por dolor corporal y tiene significancia estadística, debido a que las medidas de asociación tienen valores mayores que cero.

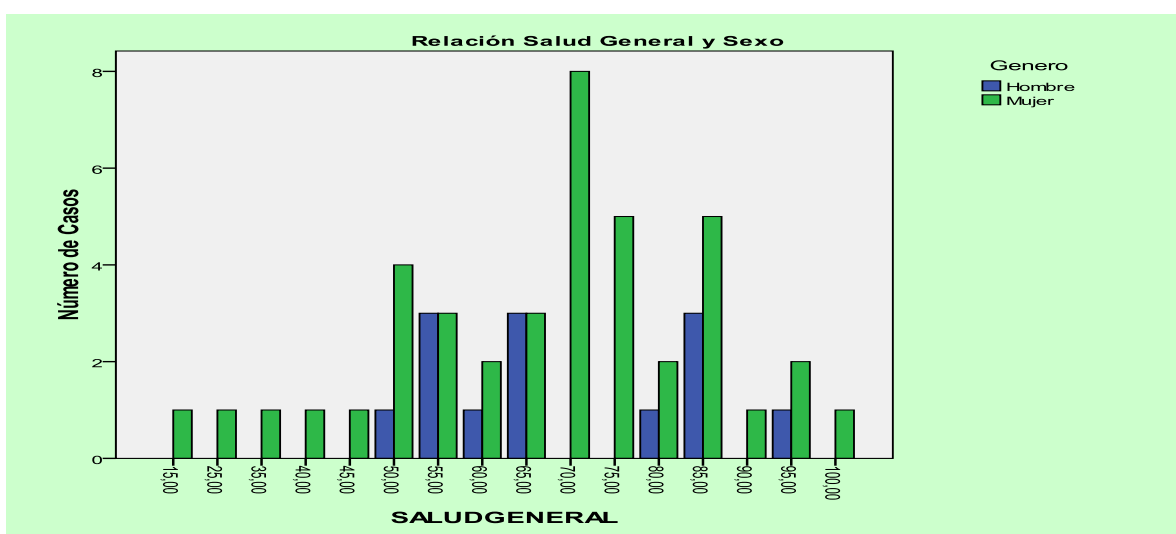
El dolor corporal estuvo relacionado con las mujeres, auxiliares de enfermería, con el grupo de instrucción secundaria y con quienes trabajaron

por más de diez años. Por otro lado, la edad no constituyó un factor relacionado a esta función. Las asociaciones, encontradas fueron estadísticamente significativas, a pesar de no alcanzar el valor de 1, equivalente a una asociación perfecta.

Las demás asociaciones pueden observarse en el anexo 3, en los gráficos 12, 13 y 15.

VIII.3.1.4 Salud General

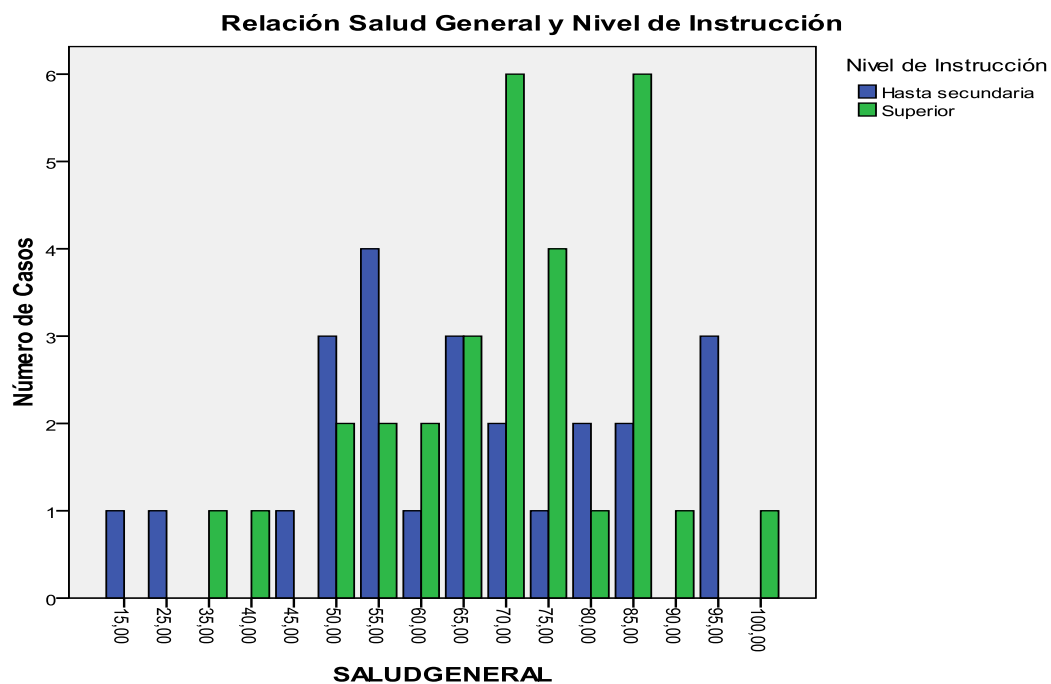
Gráfico 16



	Medidas de Asociación	Valor
Nominal por nominal	Phi	,472
	V de Cramer	,472
N de casos válidos		54

Las mujeres tienen peor percepción de su salud en general, y esta asociación no se debe al azar porque las medidas de asociación se alejan de cero.

Grafico 18



Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,559
	V de Cramer	,559
N de casos válidos		54

La percepción de salud general es mejor en hombres, en el nivel de instrucción superior, en los profesionales y en quienes trabajaron por menos

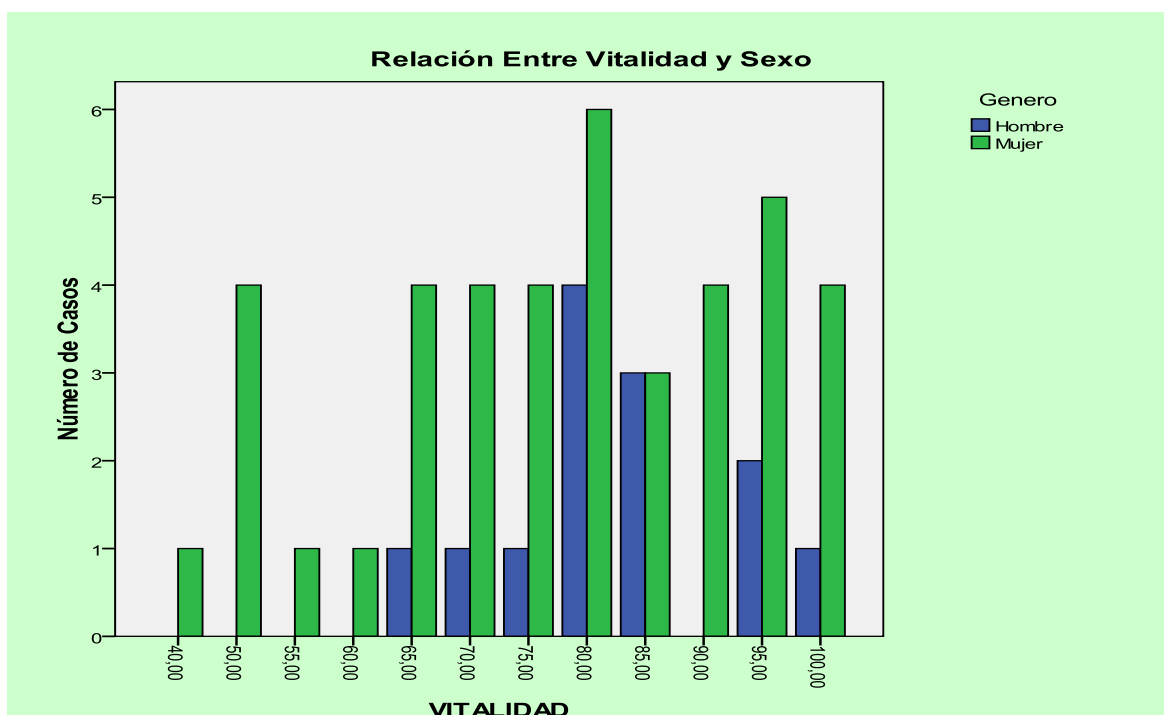
de diez años. La edad no estuvo relacionada con esta función. Las asociaciones, encontradas fueron estadísticamente significativas, de acuerdo a los valores de los coeficientes de asociación. Las otras relaciones se encuentran en los gráficos 17, 19, y 20 en el anexo 3.

VIII.3.2 Componente De Salud Mental

VIII.3.2.1 Vitalidad

La vitalidad estuvo más afectada en las mujeres, en los profesionales, en el grupo de instrucción superior y en quienes trabajaron por menos de diez años. Por otro lado, la edad no constituyó un factor relacionado a esta función. Las asociaciones, encontradas fueron estadísticamente significativas, a pesar de no alcanzar el valor de 1, equivalente a una asociación perfecta. Estas relaciones pueden observarse en los gráficos 21, 22, 23, 24 y 25 (en el anexo 3).

Grafico 21



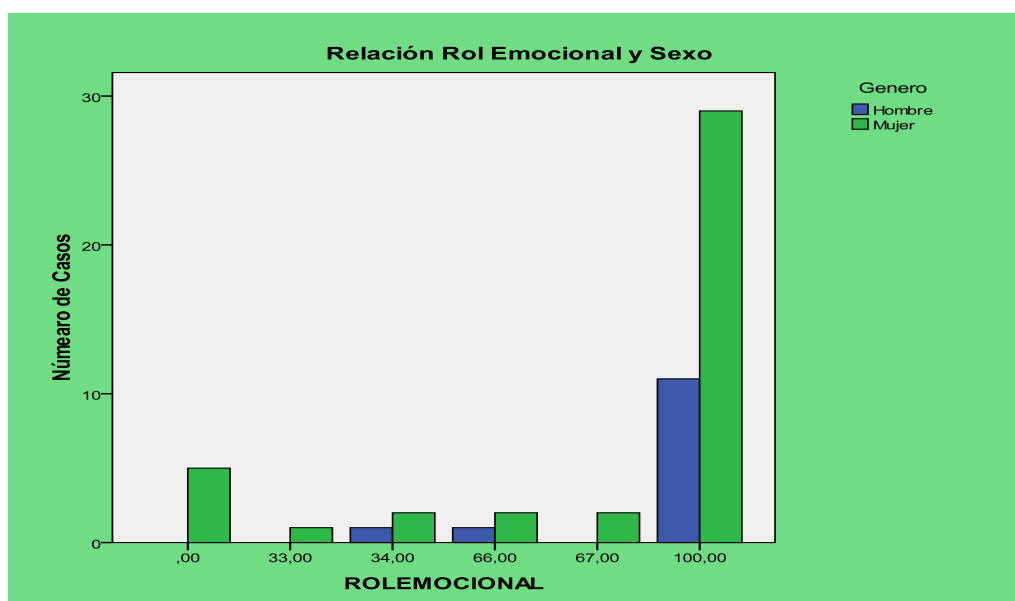
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,369
	V de Cramer	,369
N de casos válidos		54

VIII.3.2.2 Función Social

La Función Social estuvo más afectada en las mujeres, en los profesionales, en el grupo de instrucción superior y en quienes trabajaron por menos de diez años. Por otro lado, la edad no constituyó un factor relacionado a esta función. Las asociaciones, encontradas fueron estadísticamente significativas, a pesar de no alcanzar el valor de 1, equivalente a una asociación perfecta. Los gráficos 26, 27, 28, 29 y 30 muestran estas asociaciones (Ver Anexo 3).

VIII.3.2.3 Rol Emocional

Grafico 31

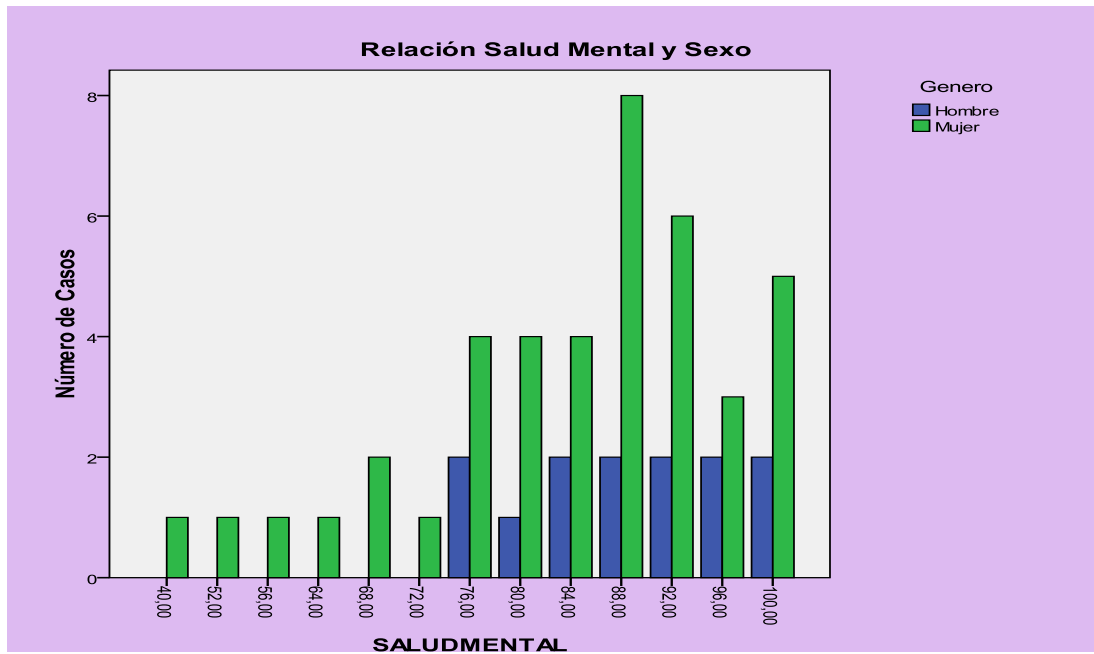


Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,239
	V de Cramer	,239
N de casos válidos		54

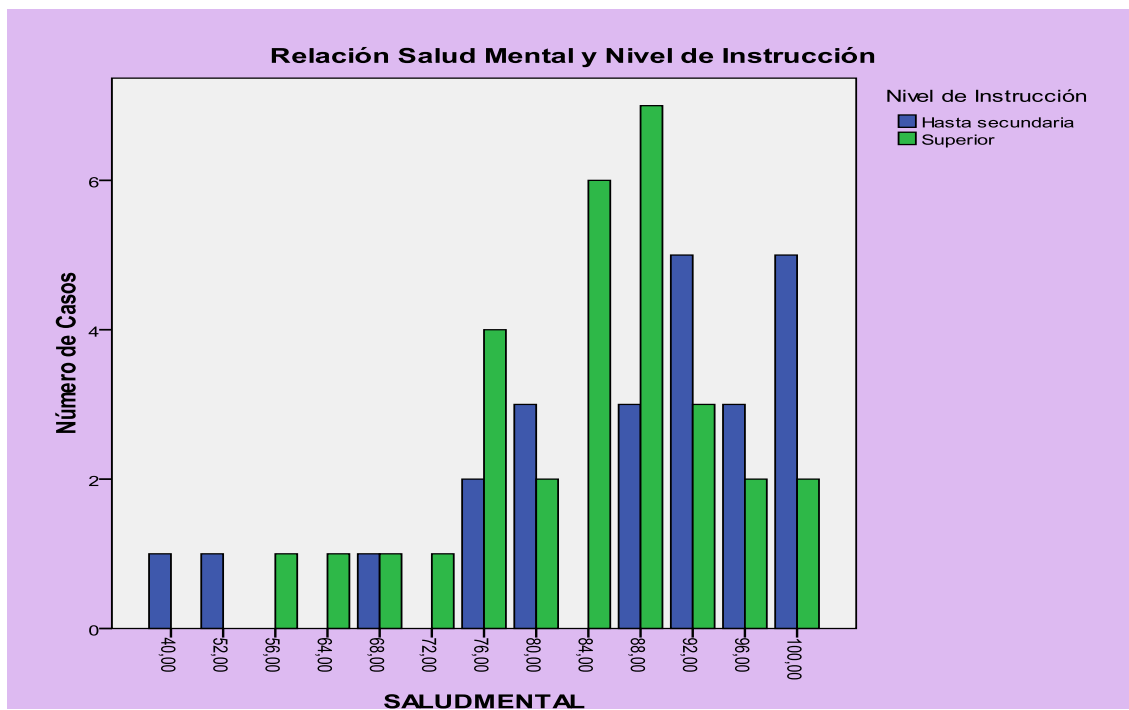
El Rol Emocional estuvo más afectado en las mujeres, en los profesionales, en el grupo de instrucción superior y en quienes trabajaron por menos de diez años. Por otro lado, la edad no constituyó un factor relacionado a esta función. Las asociaciones, encontradas fueron estadísticamente significativas, a pesar de no alcanzar el valor de 1, equivalente a una asociación perfecta. Las demás asociaciones del rol emocional pueden observarse en los gráficos 32, 33, 34 y 35, en el anexo 3.

VIII.3.2.4 Salud Mental

La Salud Mental estuvo más afectada en las mujeres, en los profesionales, en el grupo de instrucción superior y en quienes trabajaron por menos de diez años. Por otro lado, la edad no constituyó un factor relacionado a esta función. Las asociaciones, encontradas fueron estadísticamente significativas. Las asociaciones de la salud mental, pueden observarse en los gráficos 37, 39, y 40, en el anexo 3.

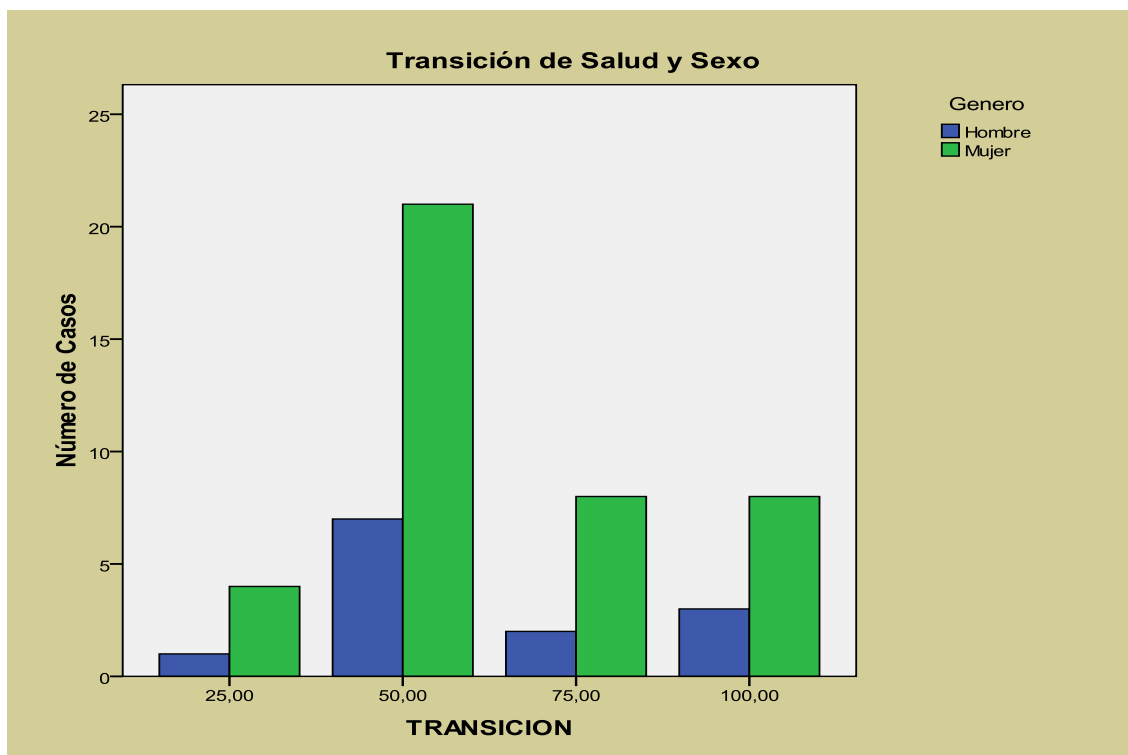
Grafico 36

Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,262
	V de Cramer	,262
N de casos válidos		54

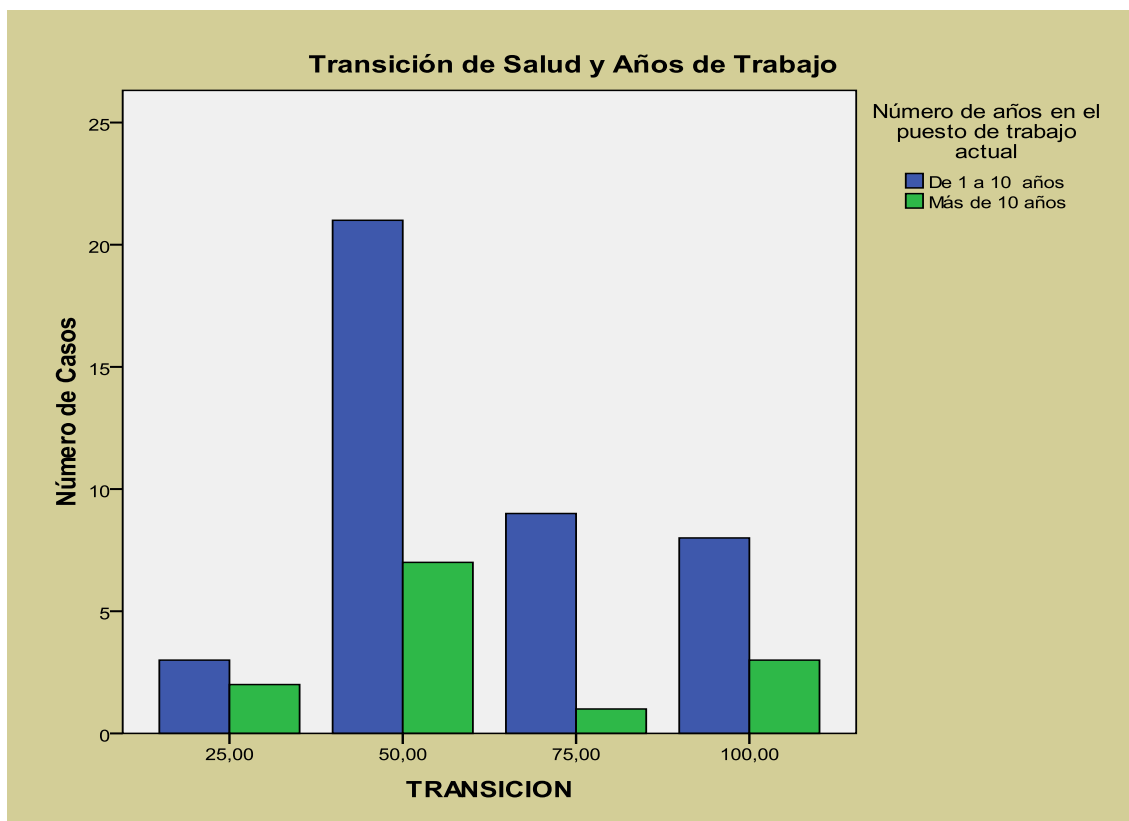
Grafico 38

Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,527
	V de Cramer	,527
N de casos válidos		54

VIII.3.3 Transición De Salud

Grafico 41

Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,062
	V de Cramer	,062
N de casos válidos		54

Grafico 45

Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,185
	V de Cramer	,185
N de casos válidos		54

El componente de transición de salud no muestra asociación importante con ninguna de las variables independientes y, a pesar de que existe significancia estadística, no es muy fuerte, ya que los valores de asociación se acercan a cero.

Las demás asociaciones de la transición de salud, pueden observarse en los gráficos 42, 43, y 44, en el anexo 3.

IX. Análisis Y Discusión De Resultados

Fortalezas del Estudio:

- Este estudio fue realizado con el universo de la población, lo que permite obtener resultados más confiables, al controlar el error por muestreo y demostrar las asociaciones entre variables con mayor certeza.
- El instrumento utilizado para la encuesta, el SF36, ha sido validado en estudios poblacionales a nivel mundial, traducido, y validado en estudios realizados en poblaciones con características similares a las del Ecuador, como México, Colombia, Chile, Argentina, y en un estudio de calidad de vida en pacientes con psoriasis en la Fundación Para La Psoriasis de la ciudad de Quito.

Debilidades del Estudio

- Teniendo como muestra el universo de la población, no es posible controlar, en las características que pueden producir dificultades en el análisis estadístico. Las características que no pudieron ser controladas en los participantes fueron: el número de hombres y mujeres, el número de años de trabajo y el nivel de instrucción.

- Al ser una población cerrada, existe la probabilidad de que entre participantes, se compare o se influya en las respuestas del cuestionario y, también, de que se difunda dudas acerca de que se podría usar los resultados de la encuesta, para las evaluaciones de desempeño laboral, y que se afecte la estabilidad en el trabajo. Esto a pesar de las explicaciones amplias que se dieron al momento de solicitar la participación en el estudio.

Análisis de Resultados

El universo de este estudio, está constituido por el personal médico y paramédico que atiende a pacientes con enfermedades en etapa terminal, y que se encuentran en dependencia total de cuidados.

Las características generales más importantes de la población, son que mujeres constituyen el 76% del universo y que el 76% de los encuestados, ha permanecido en el trabajo, menos de 10 años, 56 % tiene instrucción superior y 54% son auxiliares de enfermería.

Dentro de esta población, se puede distinguir dos grupos, que comparten características similares, en lo referente a condiciones socio económicas y al tipo de trabajo que desempeñan: los profesionales médicos y los auxiliares de enfermería. Pero, en cuanto a número, edad y antigüedad en el trabajo, son muy diferentes, lo que dificultó la división en subgrupos para el análisis estadístico. De todas maneras, se procuró que los grupos sean de tamaño similar.

Las características distintivas más importantes de los dos subgrupos, de profesionales y no profesionales, son las relativas a su formación académica y al número de años que han permanecido en el trabajo. Los profesionales, casi en su totalidad, tienen menos de 10 años de permanencia en el puesto de trabajo. En cuanto al sexo y edad no hay diferencias importantes. Las relaciones pueden observarse en las tablas 8, 9, 10 y 11.

Tabla 8

Relación Funciones que Desempeña * Genero

Funciones que Desempeña	Genero		Total
	Hombre	Mujer	
Grupo Profesionales	3	22	25
Grupo Auxiliar	10	19	29
Total	13	41	54

Tabla 9

Relación Funciones que Desempeña * Instrucción

Funciones que Desempeña	Nivel de Instrucción		Total
	Hasta secundaria	Superior	
Grupo Profesionales	0	25	25
Grupo Auxiliar	24	5	29
Total	24	30	54

Tabla 10

Relación Funciones que Desempeña * Edad

Funciones que Desempeña	Años Cumplidos		Total
	De 18 a 35 años	Más de 36 años	
Grupo Profesionales	12	13	25
Grupo Auxiliares	12	17	29
Total	24	30	54

Tabla 11

Relación Funciones que Desempeña * Años de trabajo

Funciones que Desempeña	Número de años en el trabajo actual		Total
	De 1 a 10 años	Más de 10 años	
Grupo Profesionales	23	2	25
Grupo Auxiliar	18	11	29
Total	41	13	54

Las medidas estadísticas de resumen de las Funciones valoradas con el instrumento SF36, por sí mismas, no pueden demostrar el nivel de la calidad de vida de la población estudiada, por lo que es necesario comparar con los resultados obtenidos en estudios en poblaciones similares. Es así que comparamos la población estudiada con el estudio poblacional realizado en México.

Las observaciones más importantes que podemos realizar a partir de esta comparación son:

- Entre los hombres no existen diferencias en el componente de salud física, mientras que el componente de salud mental, hay mejores puntuaciones en el grupo de este estudio. Al contrario, las mujeres del estudio tienen puntuaciones más bajas en todas las Funciones, en comparación con la población de México.
- La calidad de vida, es muy similar entre los hombres y mujeres de la población general de México, mientras que entre los hombres y mujeres de la población del estudio, la calidad de vida es diferente, siendo menor en las mujeres.
- Al realizar las comparaciones por edades, observamos que las puntuaciones del grupo de estudio en todas las Funciones, son más bajas que las de la población de México.

Las diferencias observadas solamente en la esfera mental y emocional en los dos grupos de hombres, puede deberse a un sesgo en la población del estudio, producto de un temor a tener problemas laborales por expresar, en las respuestas al cuestionario, sus verdaderos sentimientos y emociones.

En cuanto a las diferencias observadas en el análisis de las dos poblaciones por grupos de edad, estarían explicadas por la conformación de los grupos estudiados. En México el número de hombres y mujeres es igual, mientras que en el Hogar Adultos ABEI, las mujeres son el 76%. Las mujeres tienen puntuaciones más bajas y, siendo ellas la mayor parte de la población,

afectan los resultados analizados por edad, ya que no se está discriminando el sexo. Por lo tanto, los valores de referencia que nos sirven para la comparación entre las dos poblaciones, son los que se refieren al sexo.

La comparación de variables, mediante tablas de contingencia, estableció la asociación entre las variables dependientes e independientes y mediante los coeficientes Phi y V de Cramer se midió la fuerza de la asociación.

Al analizar el nivel de asociación entre variables con los coeficientes Phi y V de Cramer, se encontró que los componentes Físico y Mental de la calidad de vida, tienen asociación significativa con las variables sexo, instrucción, funciones y años de trabajo y el componente de transición de la salud, es independiente de las variables analizadas. La edad no tuvo relación con ninguna de las variables dependientes.

Una vez establecida la asociación entre variables, es posible realizar el análisis de estas asociaciones y encontramos algunas que son importantes de resaltar: las mujeres tienen más limitaciones para realizar actividades de la vida diaria y del trabajo, debido a molestias físicas. Es decir, que la calidad de vida de las mujeres es menor que la de los hombres, en función de la esfera física.

También se observa que los auxiliares de enfermería, el grupo con instrucción secundaria, y quienes tienen más de diez años de trabajo, muestran más problemas en la esfera física, que los profesionales y los que tienen menos de 10 años de trabajo.

En el componente de salud mental, también las mujeres se ven más afectadas que los hombres, así como el grupo de profesionales y quienes trabajan por menos de 10 años.

A partir del análisis anterior, podemos decir que las mujeres de este grupo estudiado, tienen menor calidad de vida que los hombres.

Además, el tipo de trabajo y el número de años de trabajo, también tienen relación con la calidad de vida, porque observamos que los auxiliares de enfermería que hacen el trabajo directo en la atención de pacientes, y quienes trabajan por más de 10 años tienen, menor calidad de vida.

Por otro lado, los profesionales y las mujeres se ven afectados en la parte emocional y de salud mental. Es probable que las mujeres tengan menos temor de expresar sus sentimientos que los hombres y, los profesionales pueden ser más honestos a responder acerca de su esfera emocional y mental porque no se sienten amenazados con la posibilidad de perder su trabajo. También podría decirse que la permanencia en el trabajo por más de diez años hace que se desarrollen destrezas para lidiar de mejor manera con el estrés y con el dolor emocional ó que el agotamiento psicológico lleva a enfrentar con mayor frialdad las difíciles condiciones de los pacientes atendidos.

X. Conclusiones Y Recomendaciones

El personal que trabaja en el cuidado directo del paciente, las mujeres y quienes trabajan por más de 10 años son afectados en la funciones mentales y

físicas y su calidad de vida es menor que la de las personas que no se encuentran expuestas a estos factores.

Es posible entonces, concluir que el trabajo directo con personas en situación de dependencia total de cuidados o afectados por enfermedades en etapa terminal, afecta la calidad de vida.

Las mujeres, constituyen el grupo más vulnerable y su calidad de vida se afecta en las esferas física y emocional, al trabajar en cuidados paliativos.

Los auxiliares de enfermería que constituyen el grupo no profesional y el grupo que ha trabajado más de 10 años tienen disminuida su calidad de vida en función de la esfera física. Los profesionales y quienes han permanecido en las mismas funciones por menos de diez años, tienen afectada su calidad de vida en función de su esfera mental o emocional.

El personal de salud que trabaja en cuidados paliativos tiene menor calidad de vida.

Recomendaciones

Considerar a todo el personal como un grupo en riesgo de sufrir enfermedades físicas y agotamiento psicológico y tomar medidas que permitan su prevención, como las siguientes:

- Conformar clubes de apoyo entre compañeros de trabajo, fuera de las horas laborables y en espacios físicos externos al trabajo.

- Disponer de espacios y actividades que permitan la relajación y el esparcimiento como clubes de deportes, manualidades, baile, teatro, etc.
- Espaciar los turnos de trabajo para permitir la recuperación física y psicológica
- Ofrecer al personal Talleres de capacitación, dirigidos a mejorar la autoestima, la comunicación interpersonal y el manejo de conflictos para disminuir la presión psicológica en el trabajo.
- Implementar un sistema de incentivos como días libres por el cumpleaños, paseos, premios por buen desempeño y bonos anuales.
- Procurar mejorar las condiciones económicas buscando fuentes de financiamiento que permitan pagar mejores sueldos y evitar el desgaste físico y la desmotivación
- Realizar programas de prevención de enfermedades musculoesqueléticas, metabólicas y cardiovasculares, y degenerativas.
- Realizar valoraciones anuales de desgaste emocional. Y brindar seguimiento y apoyo psicológico a quienes lo ameriten, según la valoración.
- Realizar estudios posteriores que permitan tener un seguimiento adecuado de la evolución de la calidad de vida del personal.

Las medidas de prevención pueden implementarse de manera progresiva, iniciando por las que tengan menores costos económicos a fin de que puedan ser llevadas a cabo a corto plazo, dejando las más costosas para el mediano plazo. Lo más importante es que se incluya en la programación de actividades y en el presupuesto de la institución estas

actividades para que su ejecución tenga seguimiento y evaluación constante.

XI Bibliografía

1. Del Río, María Ignacia y Palma, Alejandra. "Cuidados Paliativos: Historia y Desarrollo". Boletín Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2007.
2. Montes de Oca, Gabriela. "Historia De Los Cuidados Paliativos". Revista Digital Universitaria. Universidad Nacional de México. 2006. Disponible en: www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art23/int23.htm
3. Centeno, Carlos. "Historia y Desarrollo De los Cuidados Paliativos". Las Palmas de Gran Canaria: Arañ Ediciones, 1999.
4. Centeno, Carlos y colaboradores. "Historia del Movimiento Hospice". Madrid: ICEPPS, 1998.
5. World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative Care. Geneva: WHO, 1990. Disponible en: www.who.int/cancer/palliative/en
6. Pessini, Leo y Bertachini, Luciana. "Nuevas Perspectivas En Cuidados Paliativos". Acta Bioethica. OPS, Santiago, Chile. 2006. Disponible en: www.scielo.c/scielo.php
7. CEPIS/OPS. "Estrés En Los Trabajadores De La Salud". Disponible en: www.opas.org.br/gentequefazsaude/bvsde/eswww/fulltext/repind61/ps/ps.html.
8. Gómez-Vela, María. "Calidad De Vida. Evolución Del Concepto Y Su Influencia En La Investigación Y La Práctica". Disponible en: www.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm
9. Chacón, Rosa María. "La Dimensión Cualitativa En La Definición De Indicadores De Calidad De Vida Urbana" Disponible en: www.perfilciutat.net/fitxers/IVSL_A6.pdf

10. Tucsca Molina, Rafaél. "La Calidad De Vida, Su Importancia Y Cómo Medirla". Revista Salud Uninorte 2005 Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/817/81702108.pdf>
11. WHO. "Promoción De La Salud". Disponible en: www.bus.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
12. Barrios, Sara. "Promoción De La Salud Y Un Entorno Laboral Saludable". www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a19.pdf
13. OMS, OPS. "Estrategia De Promoción De La Salud En Los Lugares De Trabajo de América Latina y el Caribe". Disponible: Anexo No. 6. 2000. Disponible en: www.who.int/occupational_health/promocion/index.html
14. Cardona, Doris y Agudelo, Héctor. "Construcción Cultural Del Concepto Calidad De Vida". Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. Vol. 23, No 1. Enero – Junio 2005. Medellín, Colombia.
15. Lugo, Luz Helena y Colaboradores. "Calidad De Vida Y Calidad De Vida Relacionada Con La Atención En Salud". Disponible en: www.iatreia.udea.edu.co/index.php/iatreia/article/307
16. Delgado, Pedro y Salcedo, Tulia. "Aspectos Conceptuales Sobre Los Indicadores De Calidad De Vida". www.webpondo.org/files/es_oct_dic_03/Aspectosconceptuales.pdf
17. L, Bacigalupo. "El Utilitarismo Según John Stuart". Disponible en: ebookbrowse.com/bacigalupo-elutilitarismo-pdf-d113366/65
18. Alarcón, Diana. "Medición De Las Condiciones De Vida". Cdi.mecon.gov.ar/biblio/docelec/indes/dt/l-21.pdf
19. De los Campos, Hugo. "El Índice De Necesidades Básicas Insatisfechas". Disponible en: observatoriosocial.mides.gob.uy/mides/documento

20. Fleury, Eliana María. *Qualidade De Vida E Saúde: “Aspectos Conceituales E Metodológicos”*. Disponible en: www.scielo.br/scielo.php
21. Camou, María Magdalena y Maubrigades, Silvana. “La Calidad De Vida Bajo La Lupa: 100 Años De Evolución De Los Principales Indicadores”. Disponible en: www.fee.tch.br/sitefee/download/jornadas
22. Caballero, José Francisco. “La Teoría De La Justicia De John Rawls”. Disponible en: www.uia.mex/actividades/publicaciones/2/pdf/francisco
23. Brown, Gerardo. “Desarrollo A Escala Humana”. Disponible en: www.biblioteca.org.ar/libros/brown1.pdf
24. Pedrajas, Martha. “La Transformación Ética De La Racionalidad Económica”. Disponible en: www.uv.es/sfpv/quadern_textos/v36p105-117.pdf
25. Velarde-Jurado, Elizabeth y Ávila Carlos. “Consideraciones Metodológicas Para Evaluar La Calidad De Vida”. Disponible en: www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44n3/14035.pdf
26. Vilagut, Gema y colaboradores. “El Cuestionario de Salud SF-36 Español: Una Década De Experiencia Y Nuevos Desarrollos”. Disponible en: scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213...script=sci...
27. Zúñiga, Miguel y Colaboradores. “Evaluación Del Estado De Salud Con La Encuesta SF-36: Resultados Preliminares En México”. *Revista Salud Pública de México* No 2 Marzo, Abril. 1999.
28. Lugo, Luz Elena y Colaboradores. “Confiability Del Cuestionario De Calidad De Vida En Salud SF 36 En Medellín Colombia”_Revista Facultad Nacional De Salud Pública .No. 2 Julio, Diciembre. 2006.

XII. ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE DATOS DEMOGRAFICOS Y PROFESIONALES

Gracias por su participación. Los datos que usted proporcionará en la presente encuesta, son anónimos y confidenciales.

Por favor marque con una X en el casillero que corresponda a su respuesta, o escriba sobre la línea punteada.

1. SEXO

HOMBRE

MUJER

2. EDAD

AÑOS CUMPLIDOS

3. NIVEL DE ESTUDIOS

PRIMARIA

SECUNDARIA

SUPERIOR

4. PROFESION U OCUPACION

MEDICO

ENFERMERA

PSICOLOGO

FISIOTERAPISTA

NUTRICIONISTA

TRABAJADOR SOCIAL

AUXILIAR DE ENFERMERIA

5. AÑOS DE TRABAJO EN EL PUESTO ACTUAL

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36. VERSIÓN ESPAÑOLA 1.4 (junio de 1999)

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

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

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

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

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

Las Sigüientes Preguntas Se Refieren A Actividades O Cosas Que Usted Podría Hacer En Un Día Normal.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?

- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al Trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional como estar triste, deprimido, o nervioso?

1 Sí

2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí

2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

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

1 No, ninguno

- 2 Sí, muy poco
- 3 Sí, un poco
- 4 Sí, moderado
- 5 Sí, mucho
- 6 Sí, muchísimo

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

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

Las Preguntas Que Siguen Se Refieren A Cómo Se Ha Sentido Y Cómo Le Han Ido Las Cosas Durante Las 4 Últimas Semanas. En Cada Pregunta Responda Lo Que Se Parezca Más A Cómo Se Ha Sentido Usted.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

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

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Algunas veces

- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

Por Favor, Diga Si Le Parece Cierta O Falsa **Cada Una** De Las Siguietes Frases.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

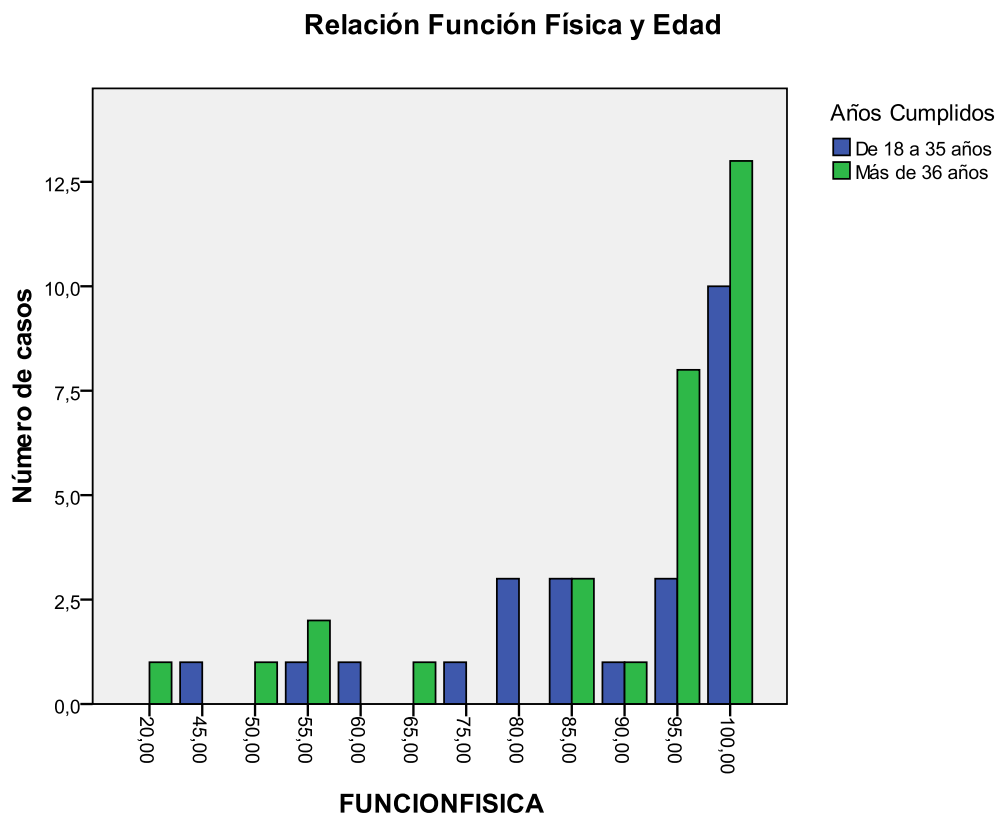
- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa
- 5 Totalmente falsa

ANEXO 3.

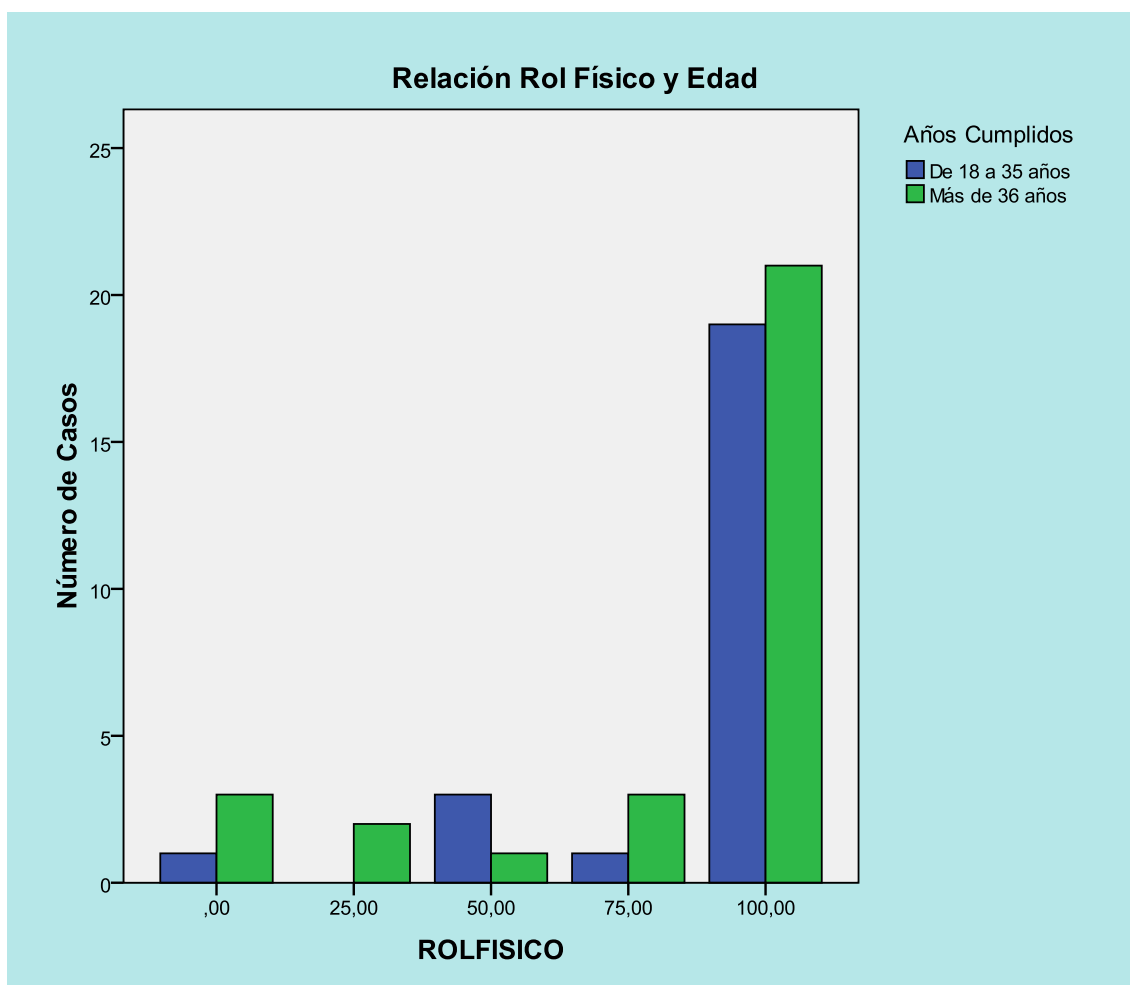
Gráficos

Gráficos De Resultados De Comparación De Variables

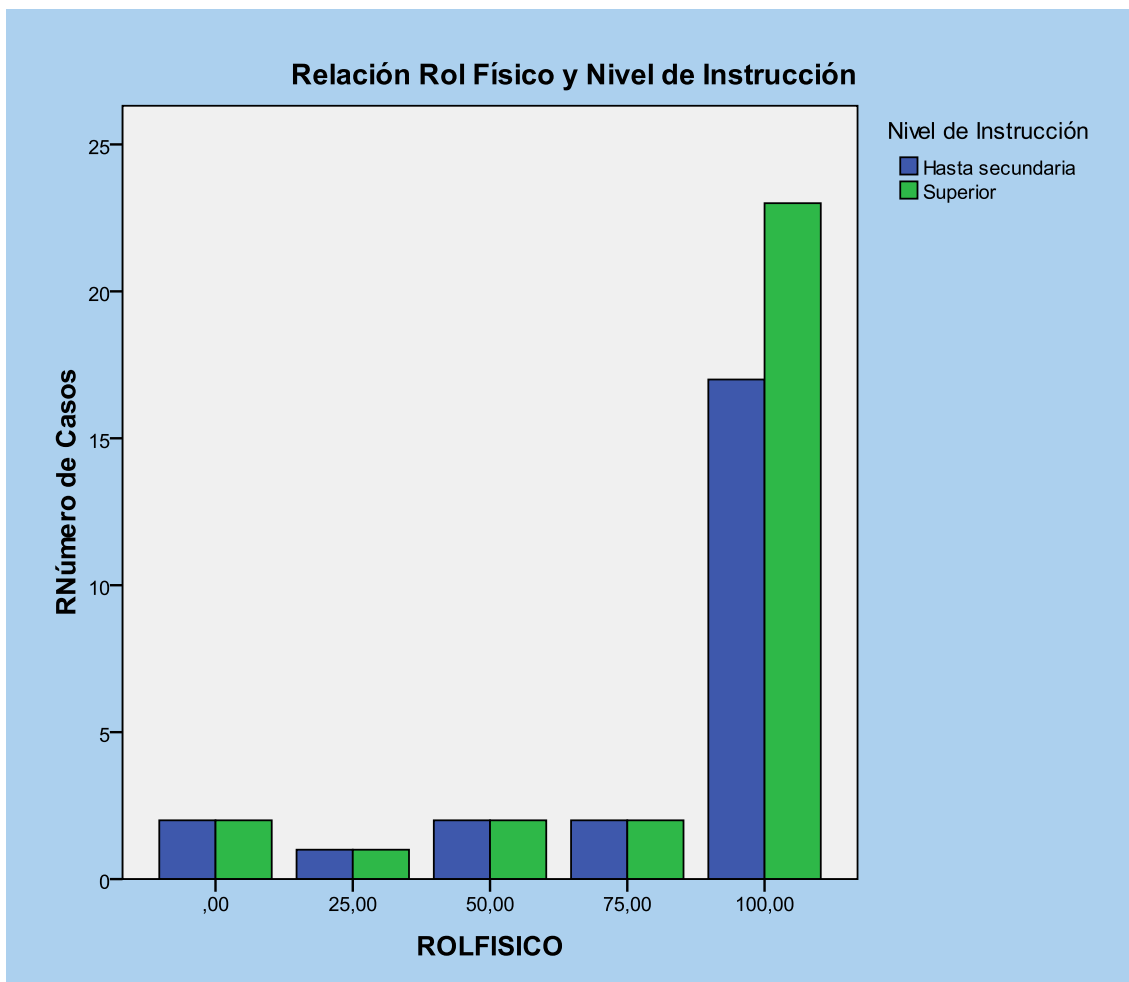
Gráfico 2



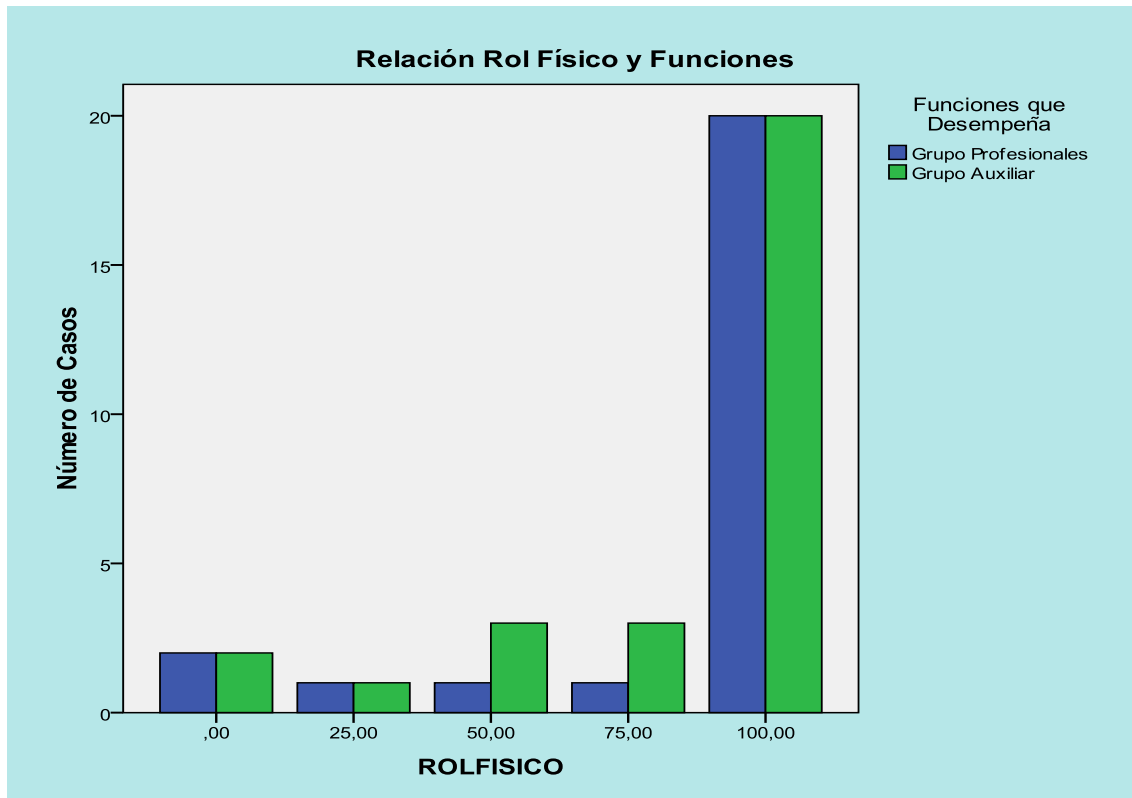
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,461
	V de Cramer	,461
N de casos válidos		54

Grafico 7

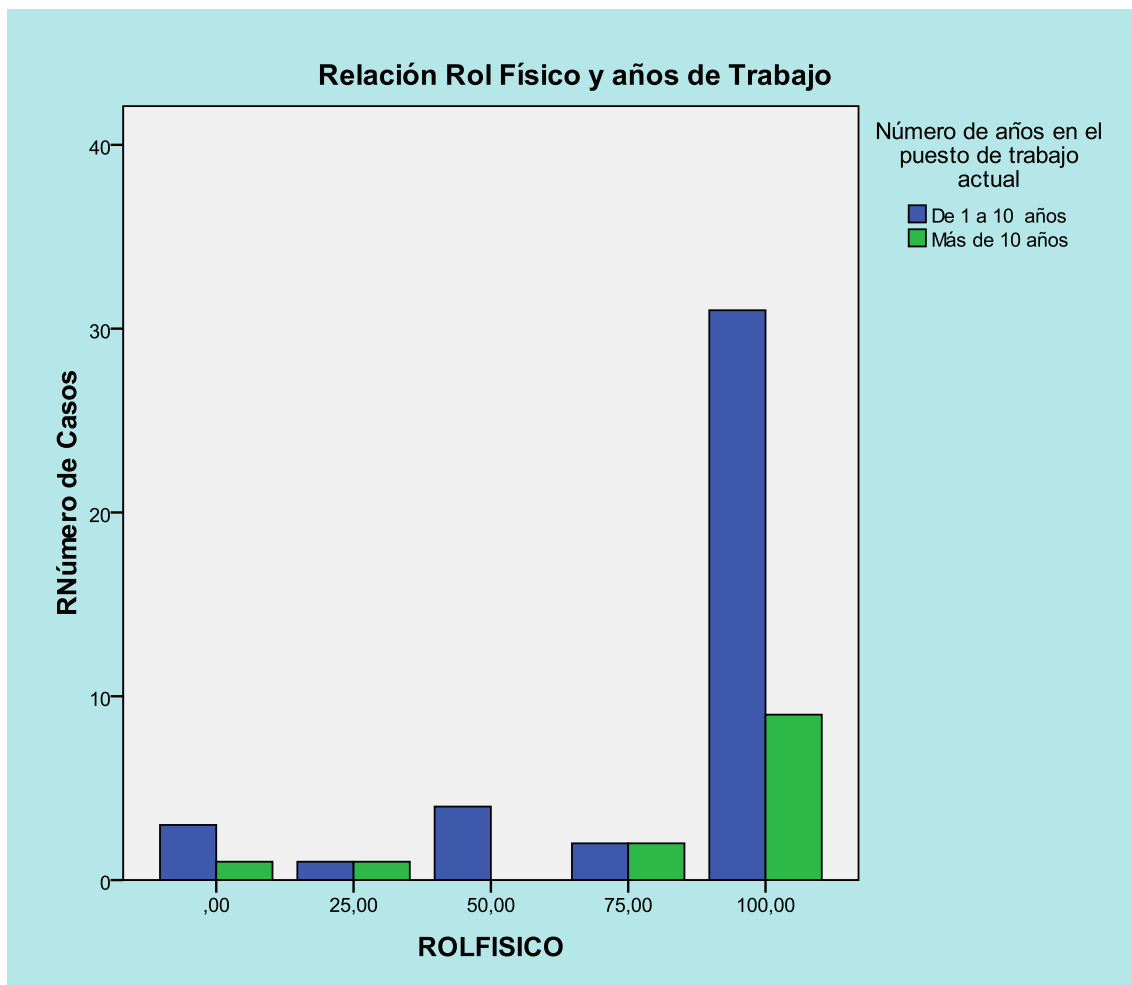
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,288
	V de Cramer	,288
N de casos válidos		54

Grafico 8

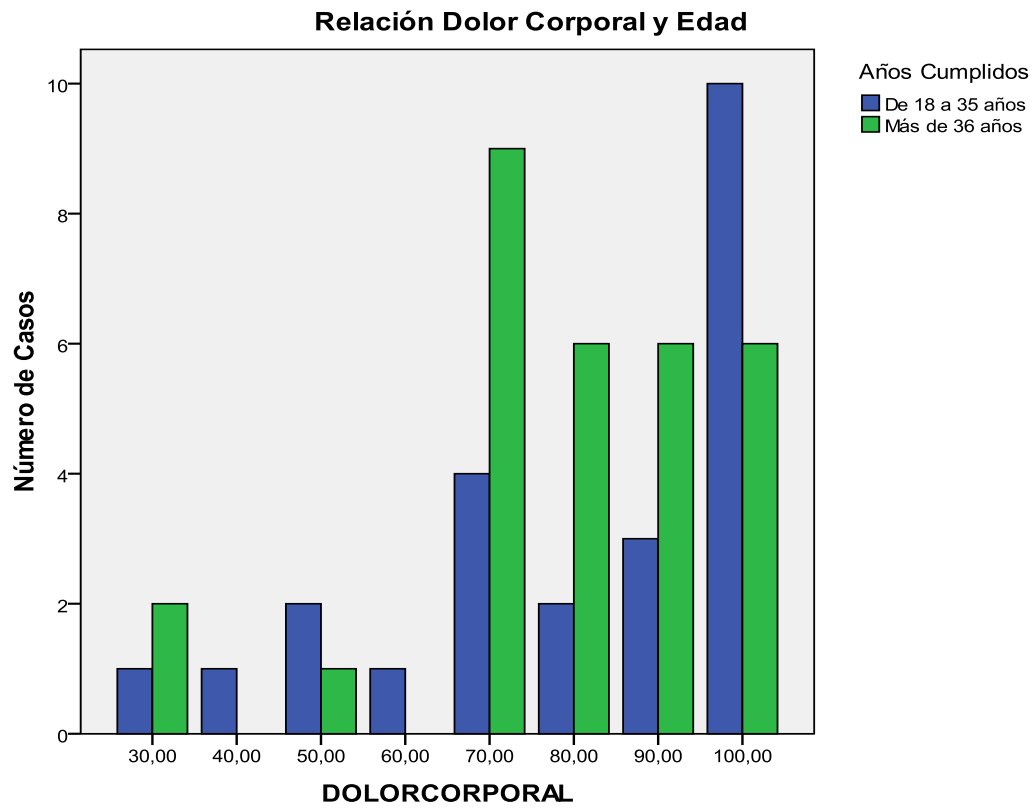
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,066
	V de Cramer	,066
N de casos válidos		54

Grafico 9

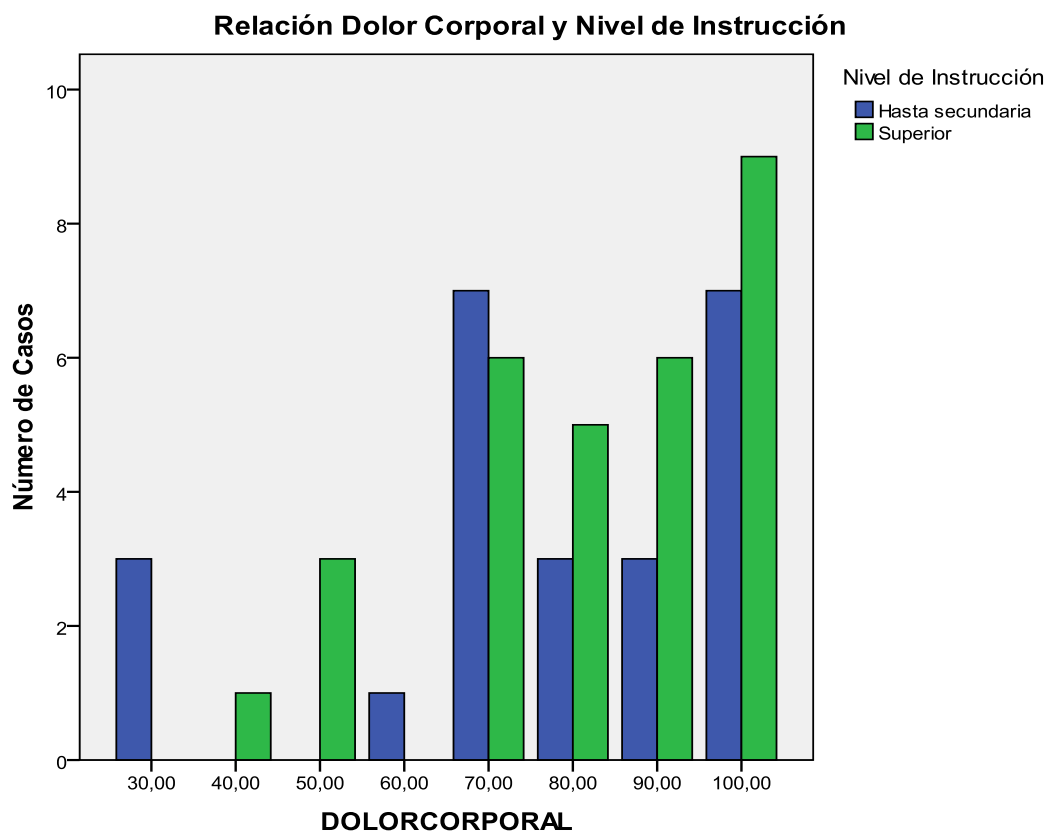
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,178
	V de Cramer	,178
N de casos válidos		54

Grafico 10

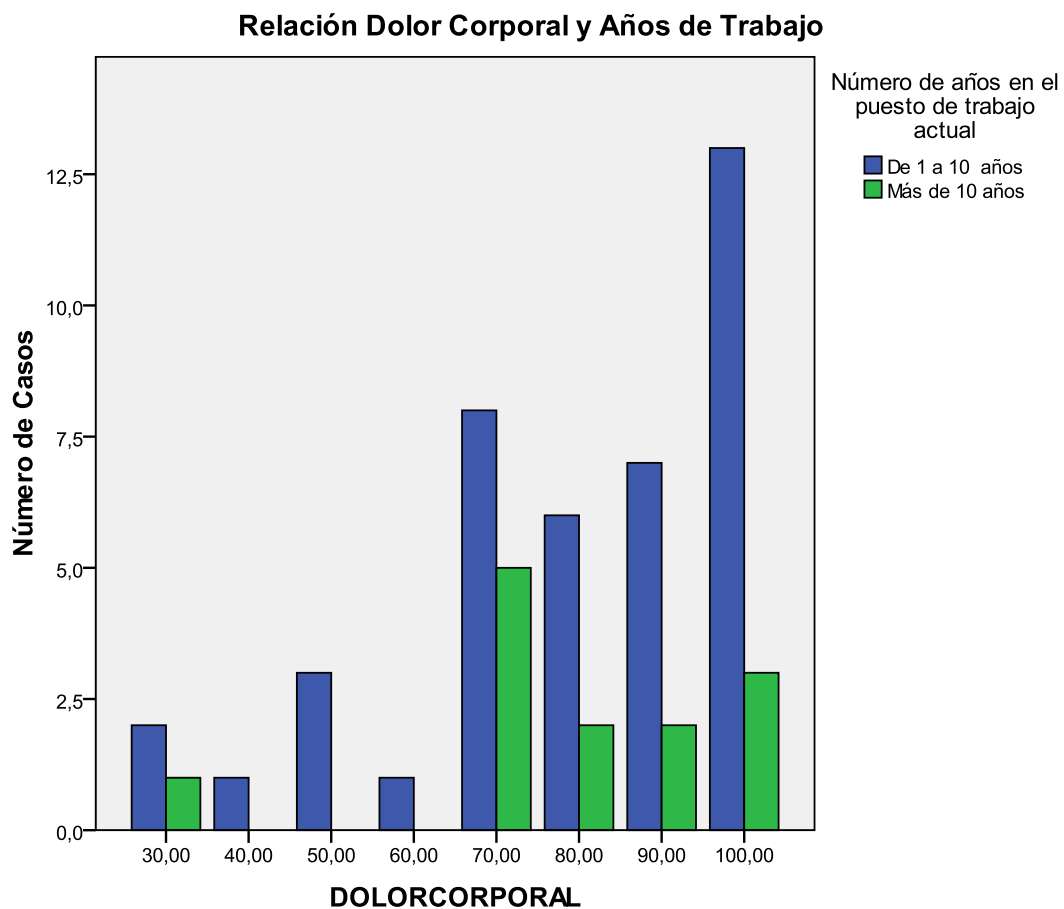
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,256
	V de Cramer	,256
N de casos válidos		54

Grafico 12

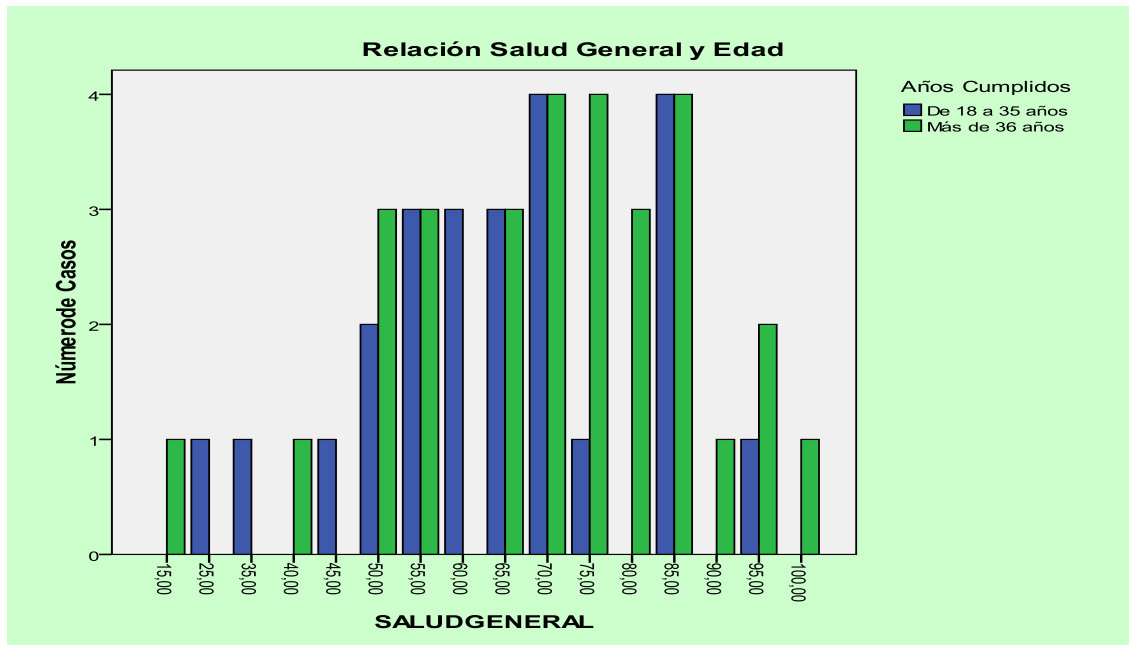
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,385
	V de Cramer	,385
N de casos válidos		54

Grafico 13

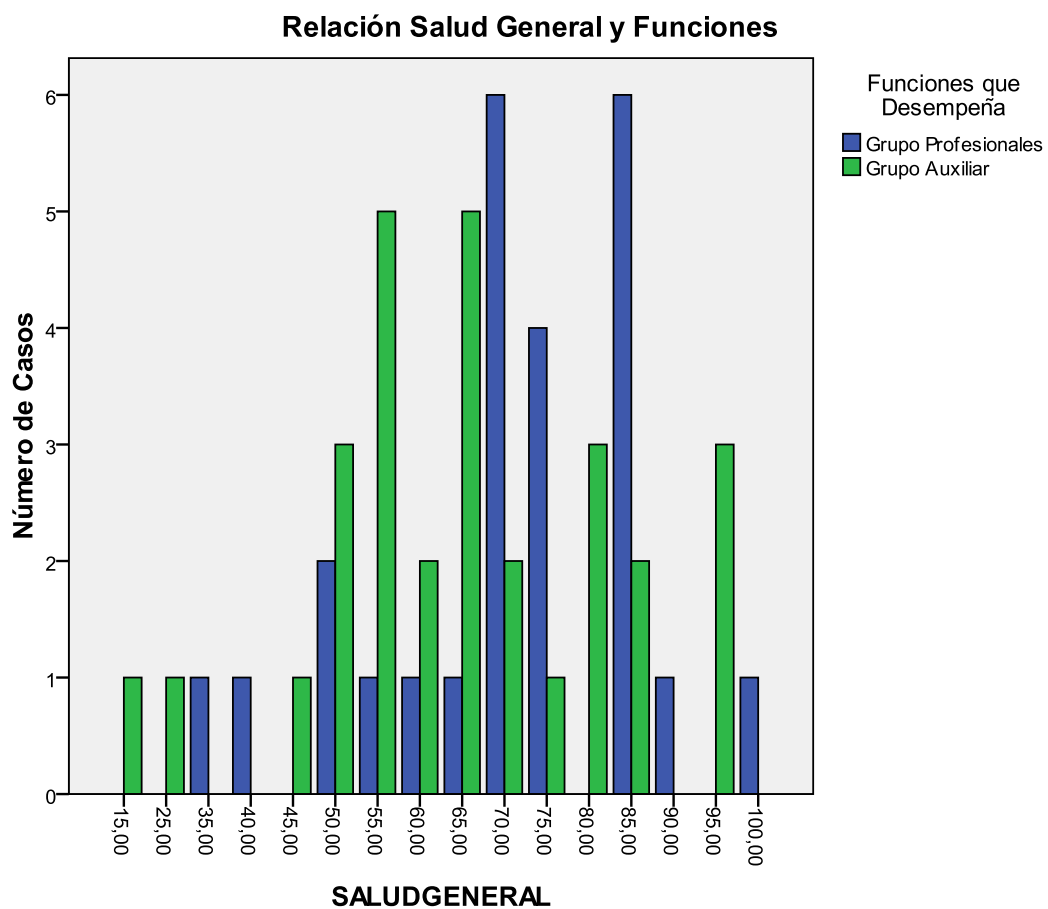
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,414
	V de Cramer	,414
N de casos válidos		54

Grafico 15

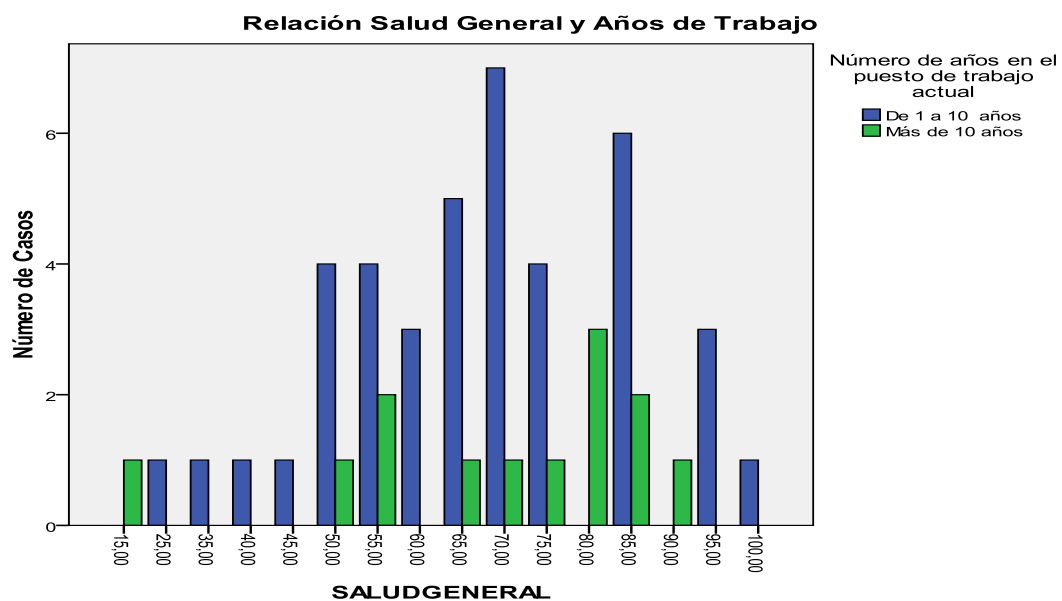
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,253
	V de Cramer	,253
N de casos válidos		54

Grafico 17

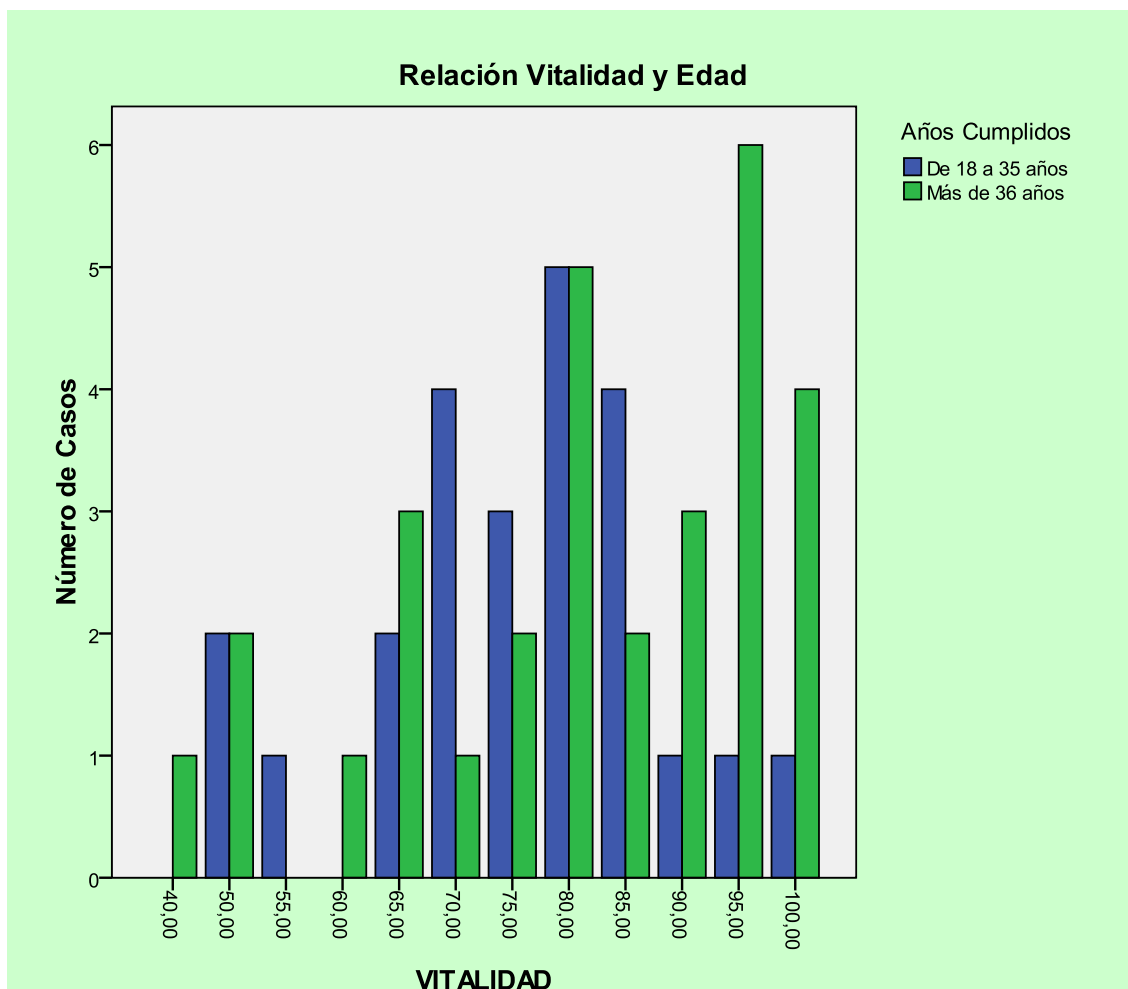
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,524
	V de Cramer	,524
N de casos válidos		54

Grafico 19

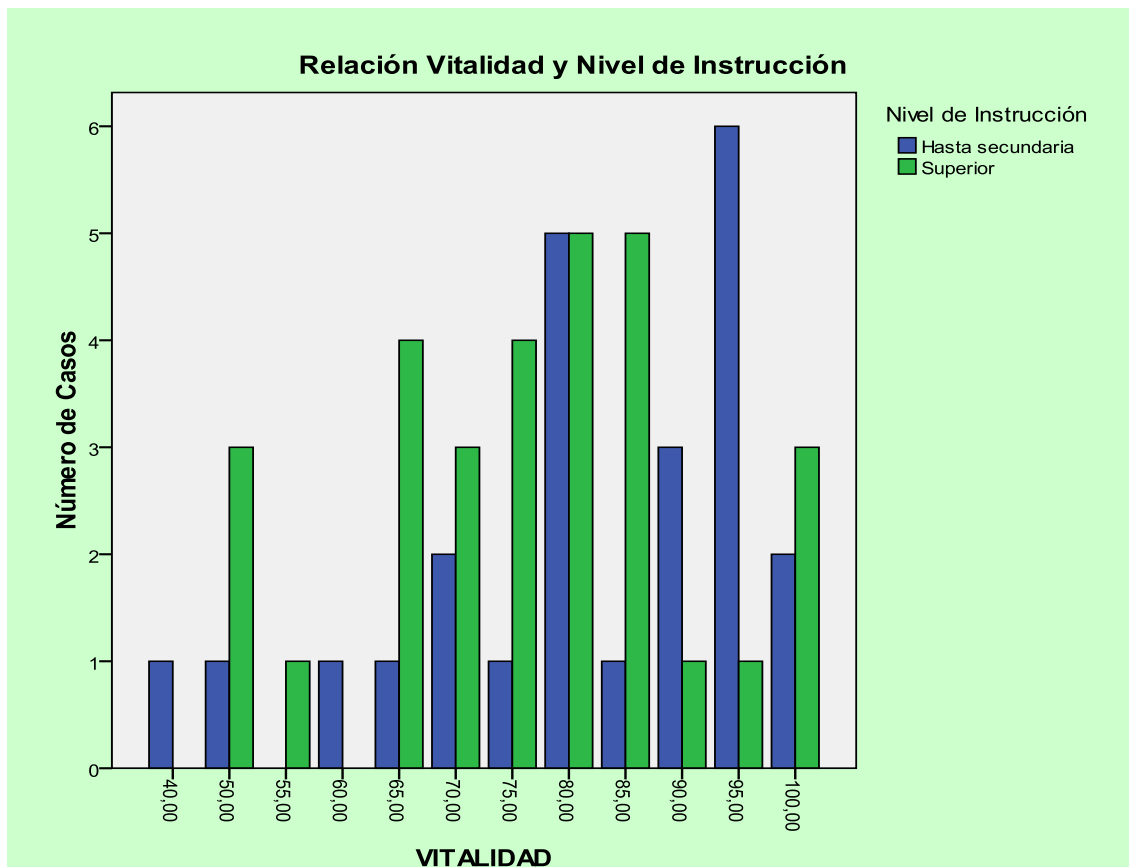
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,674
	V de Cramer	,674
N de casos válidos		54

Grafico 20

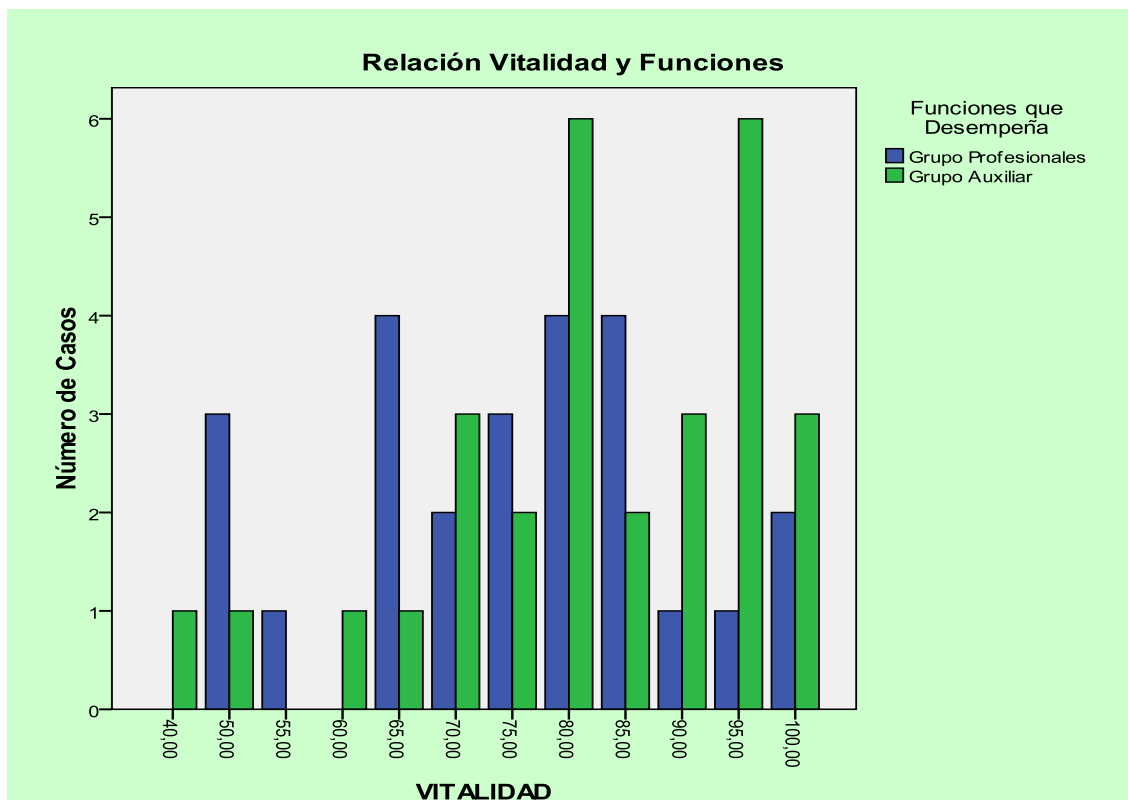
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,615
	V de Cramer	,615
N de casos válidos		54

Grafico 22

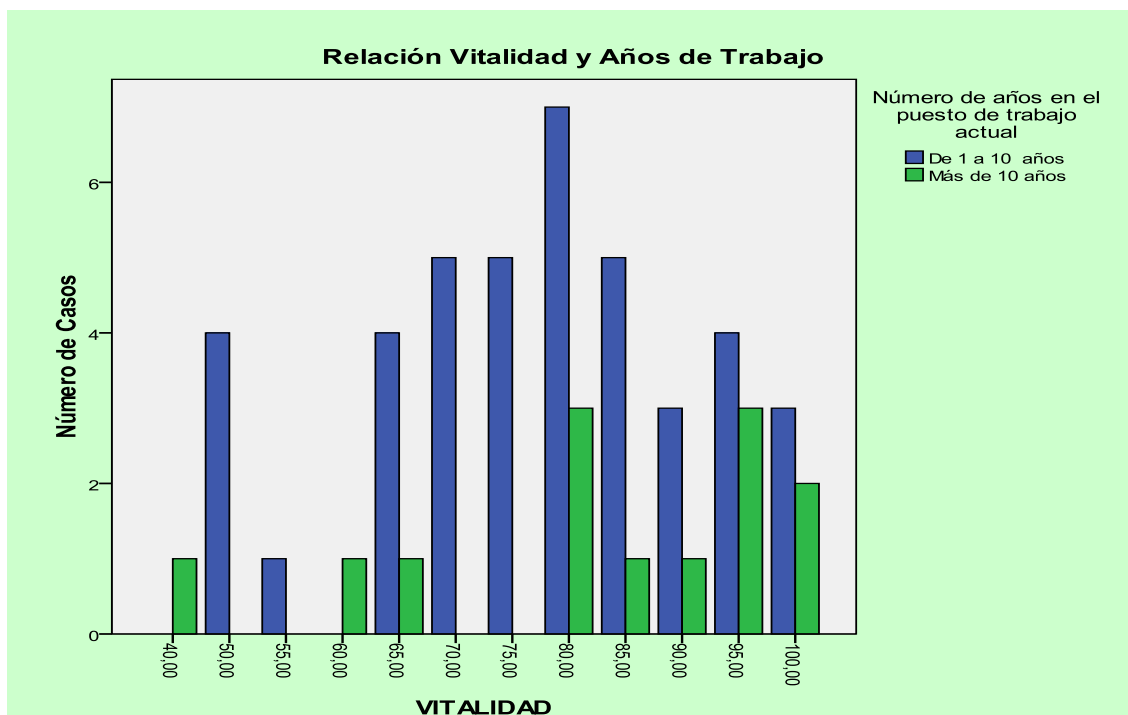
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,466
	V de Cramer	,466
N de casos válidos		54

Grafico 23

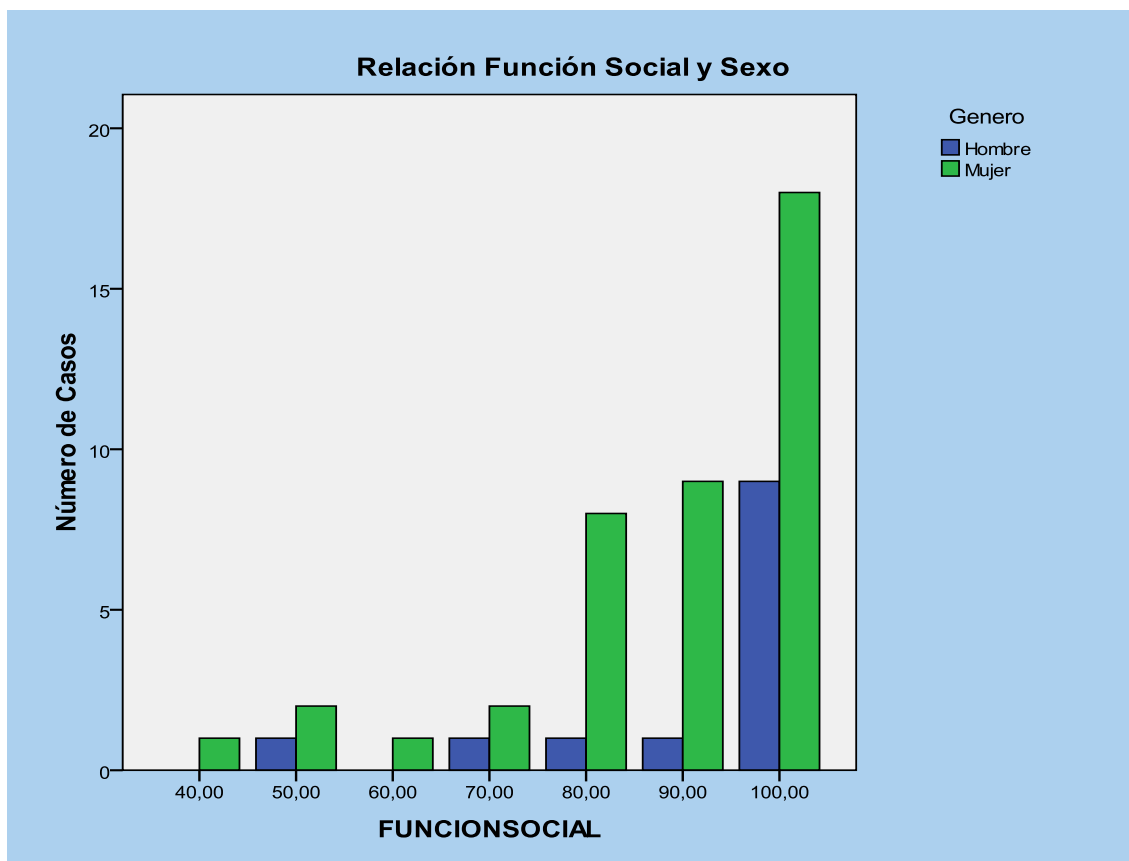
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,523
	V de Cramer	,523
N de casos válidos		54

Grafico 24

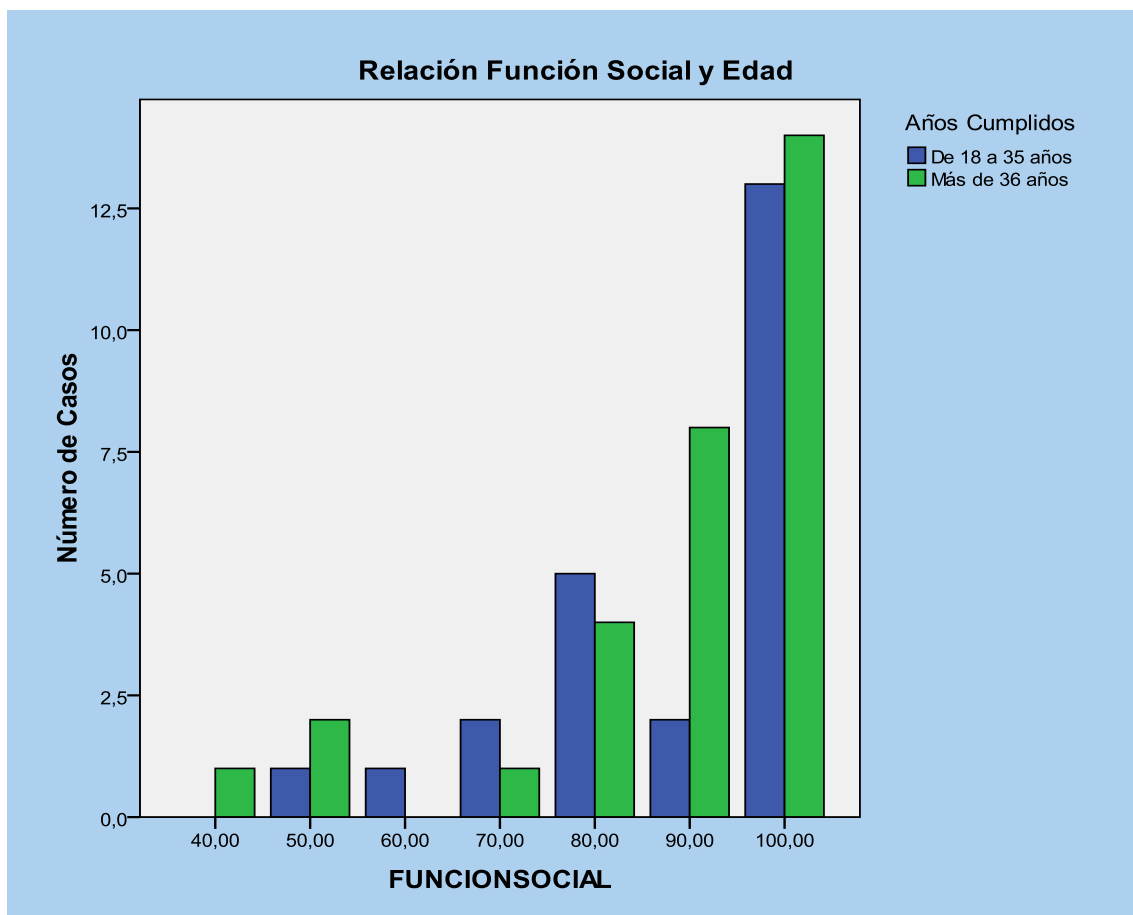
	Medidas de Asociación	Valor
Nominal por nominal	Phi	.468
	V de Cramer	.468
N de casos válidos		54

Grafico 25

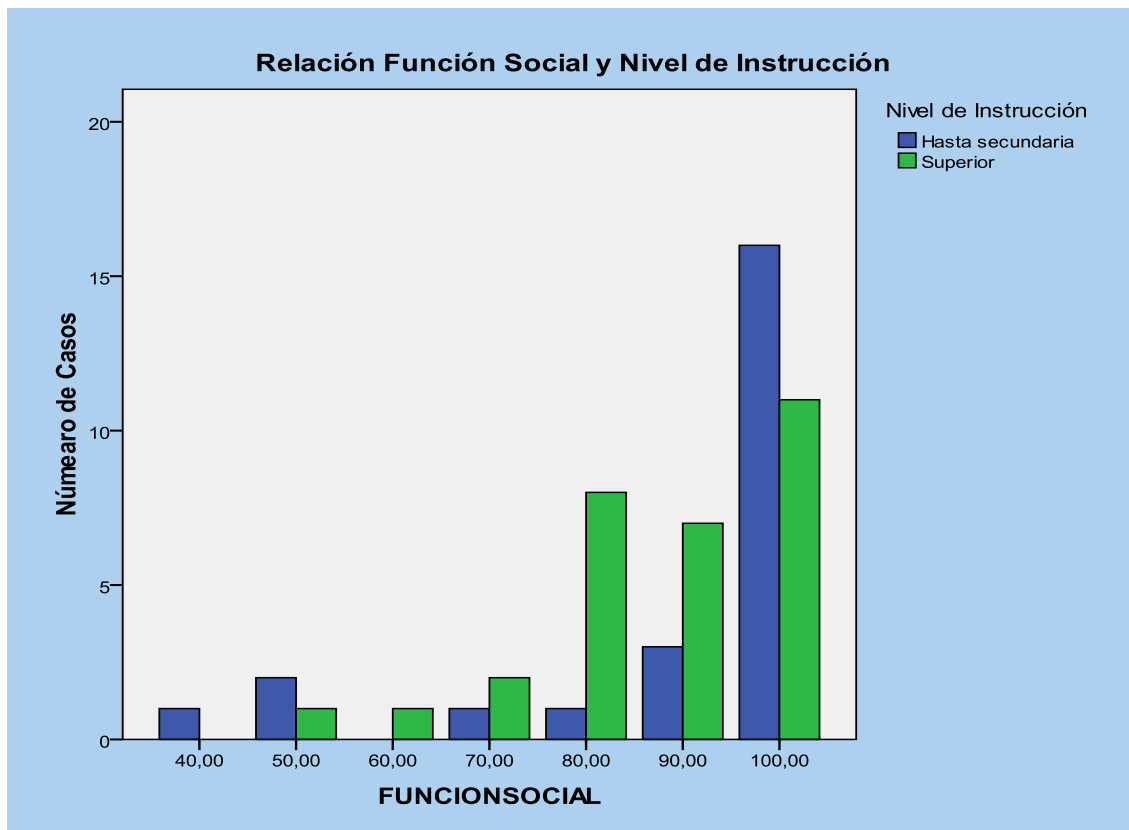
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,501
	V de Cramer	,501
N de casos válidos		54

Grafico 26

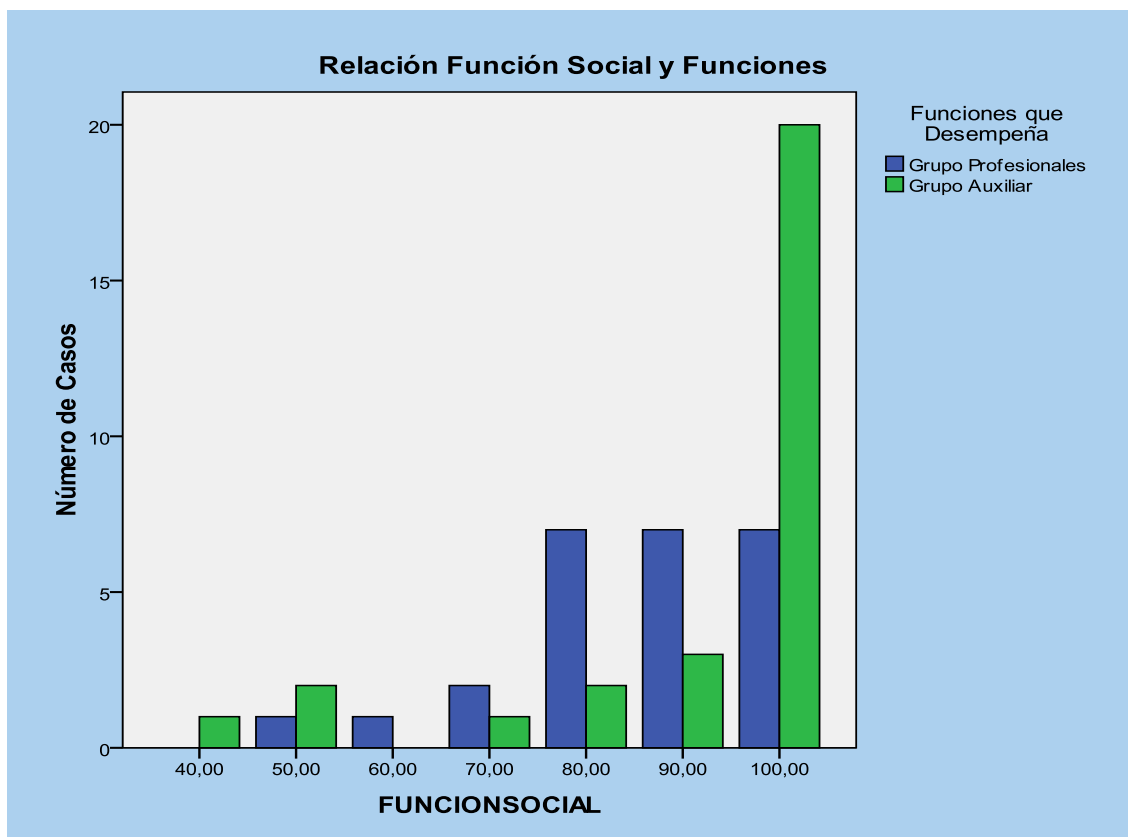
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,275
	V de Cramer	,275
N de casos válidos		54

Grafico 27

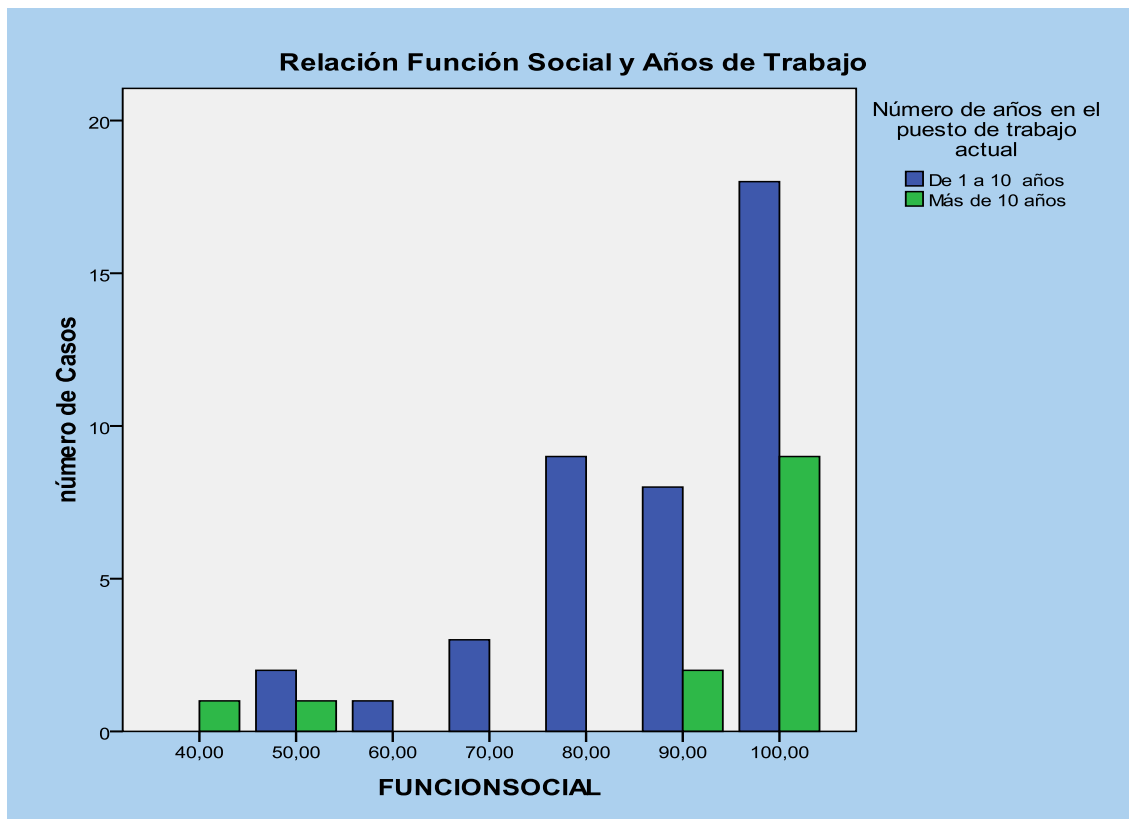
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,328
	V de Cramer	,328
N de casos válidos		54

Grafico 28

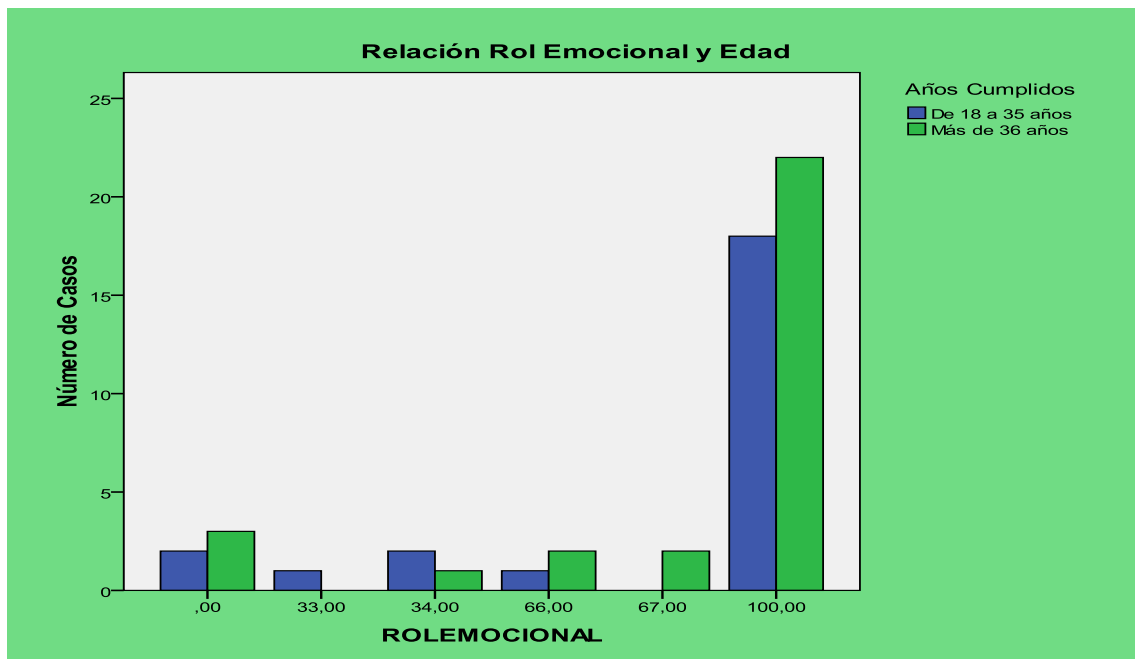
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,432
	V de Cramer	,432
N de casos válidos		54

Grafico 29

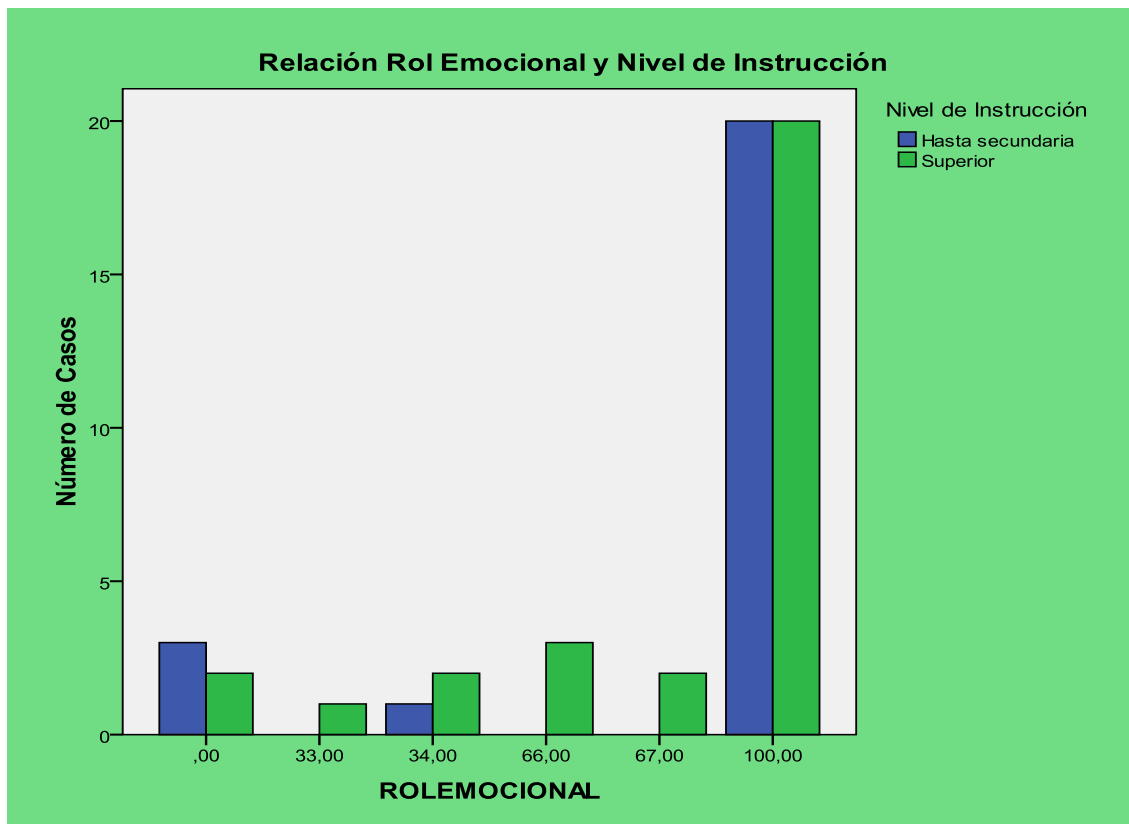
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,492
	V de Cramer	,492
N de casos válidos		54

Grafico 30

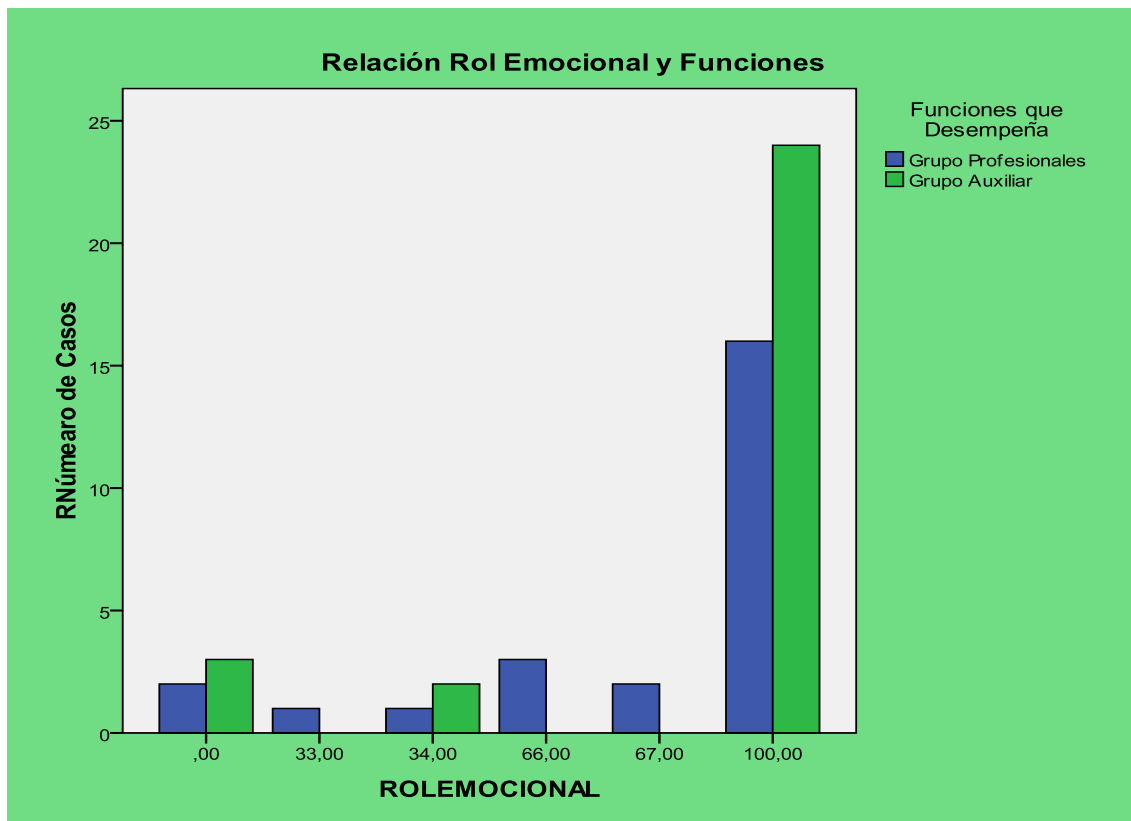
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,403
	V de Cramer	,403
N de casos válidos		54

Grafico 32

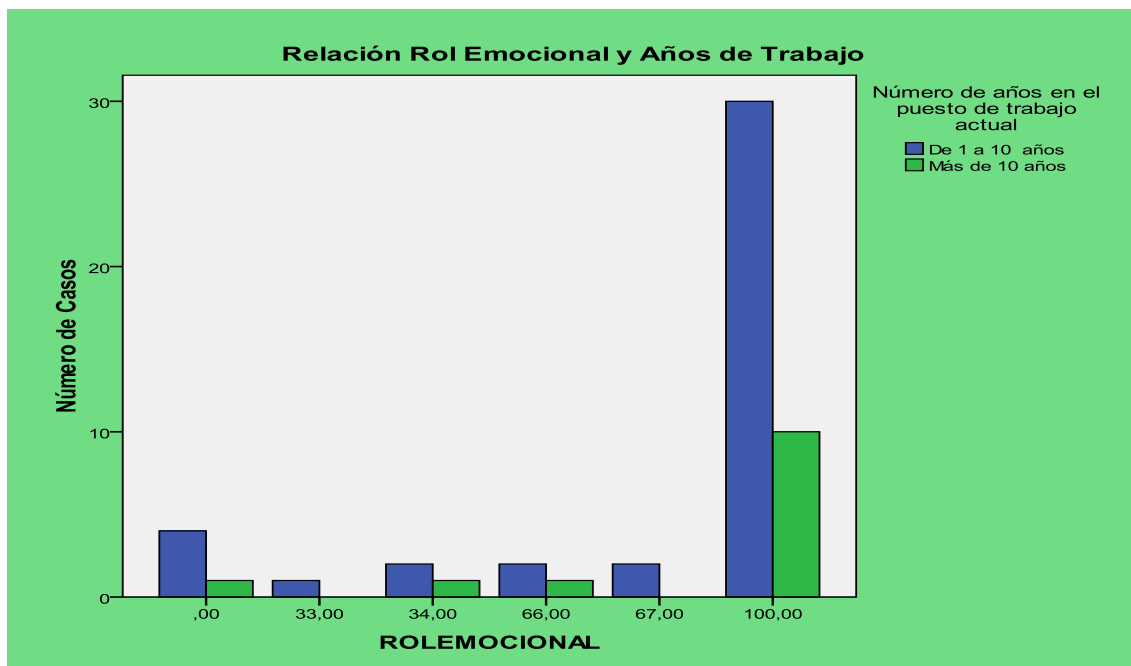
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,260
	V de Cramer	,260
N de casos válidos		54

Grafico 33

Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,332
	V de Cramer	,332
N de casos válidos		54

Grafico 34

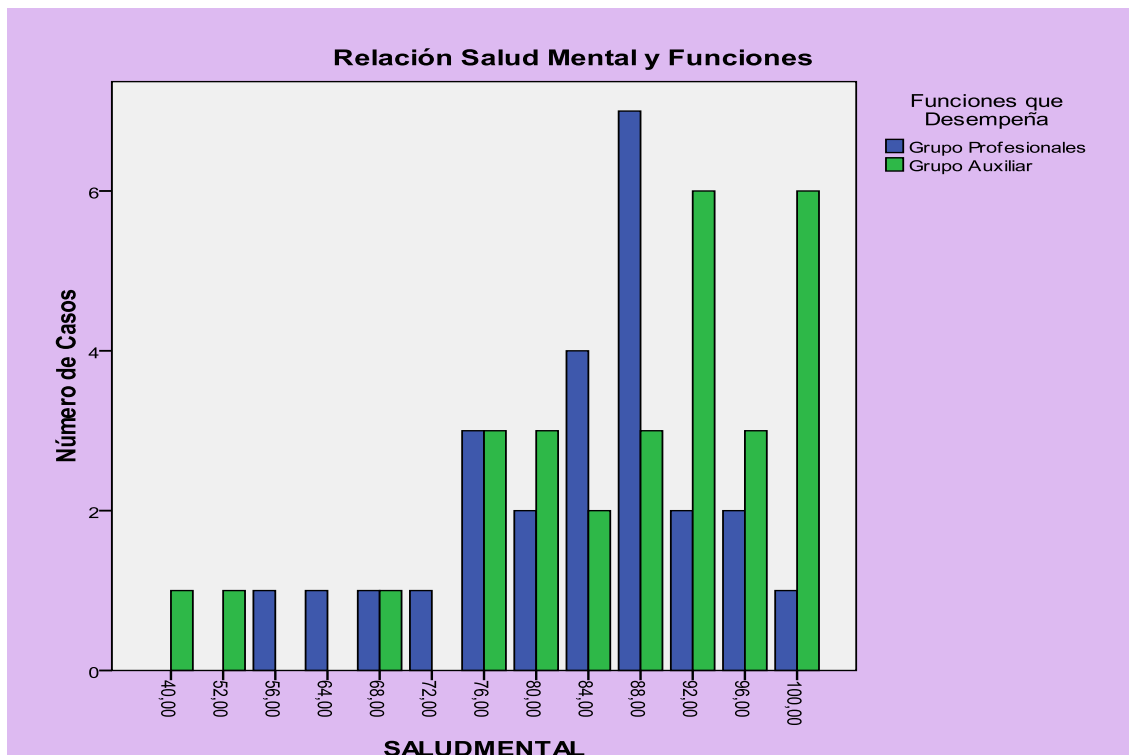
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,382
	V de Cramer	,382
N de casos válidos		54

Grafico 35

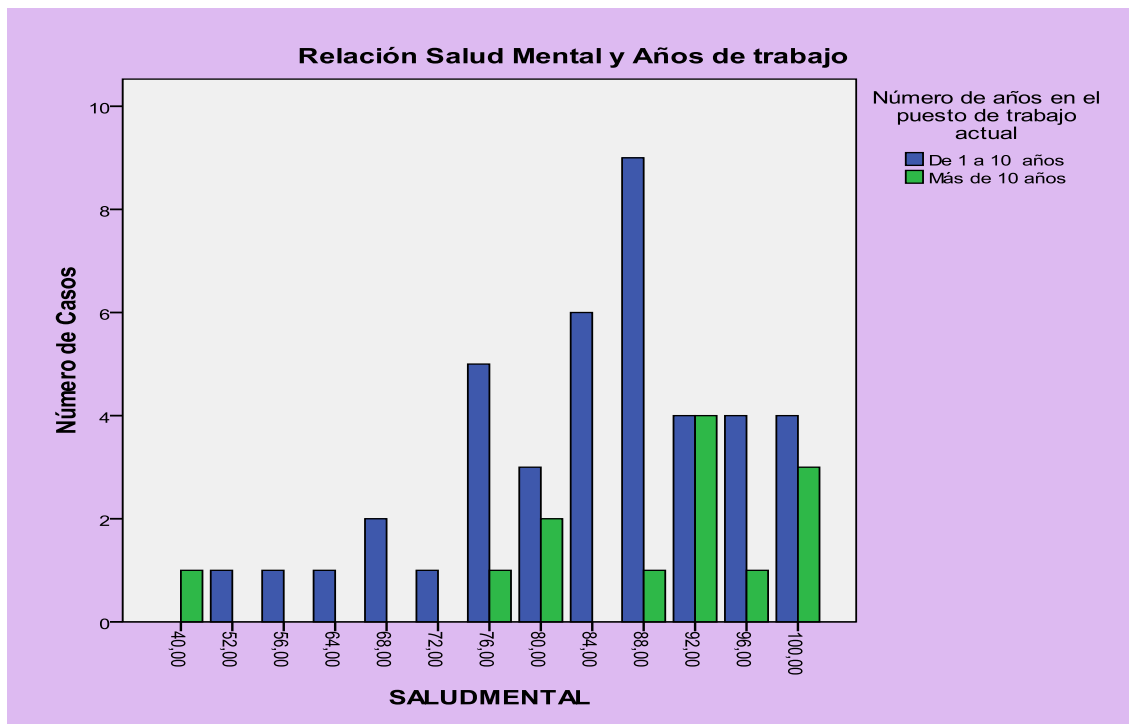
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,155
	V de Cramer	,155
N de casos válidos		54

Grafico 37

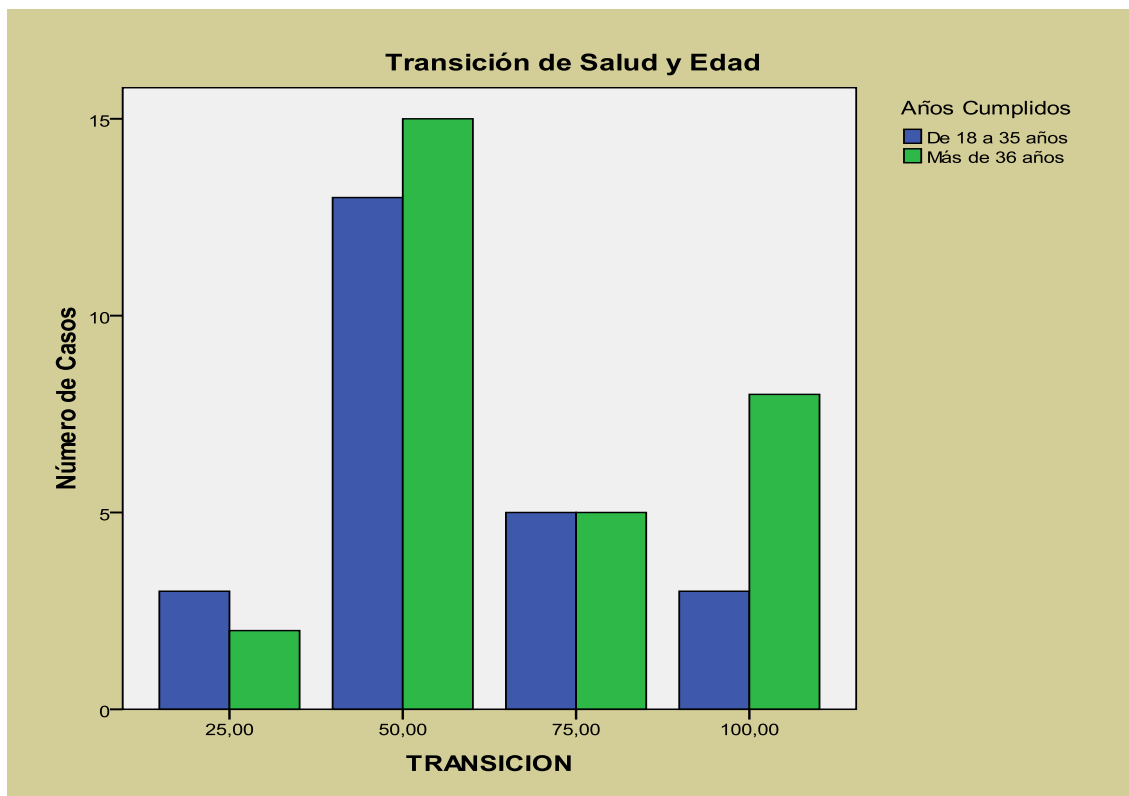
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,392
	V de Cramer	,392
N de casos válidos		54

Grafico 39

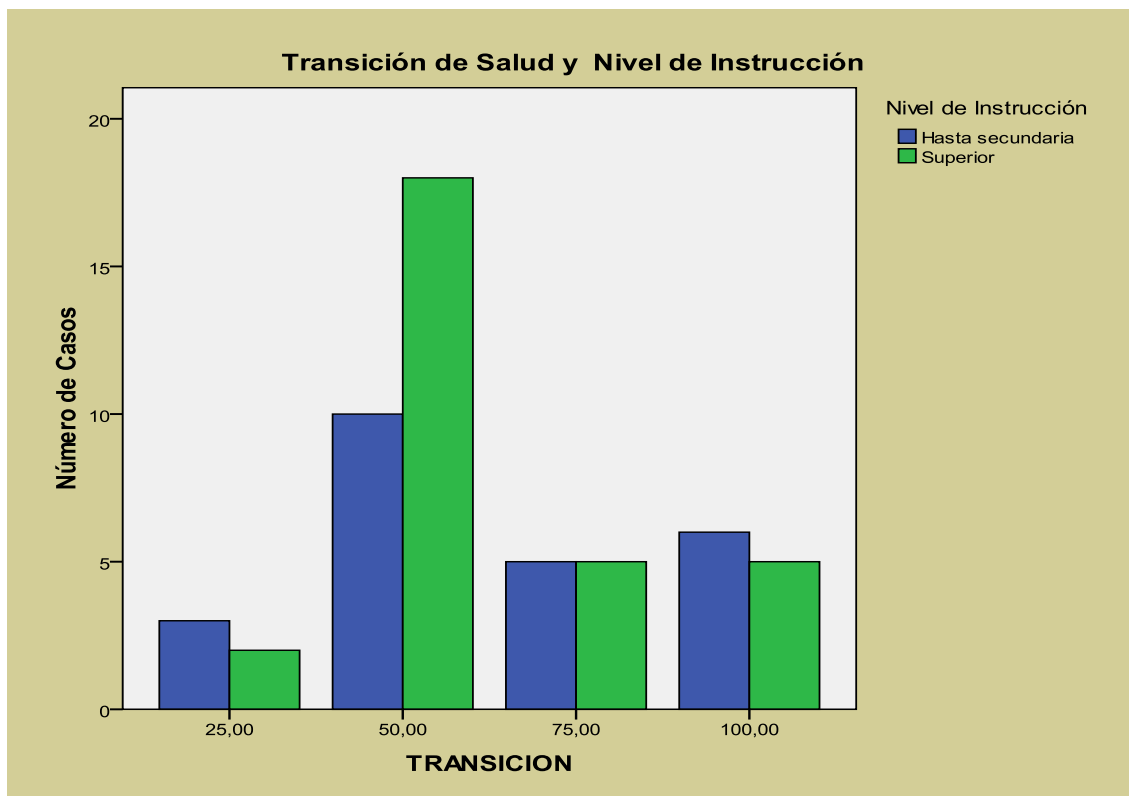
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,491
	V de Cramer	,491
N de casos válidos		54

Grafico 40

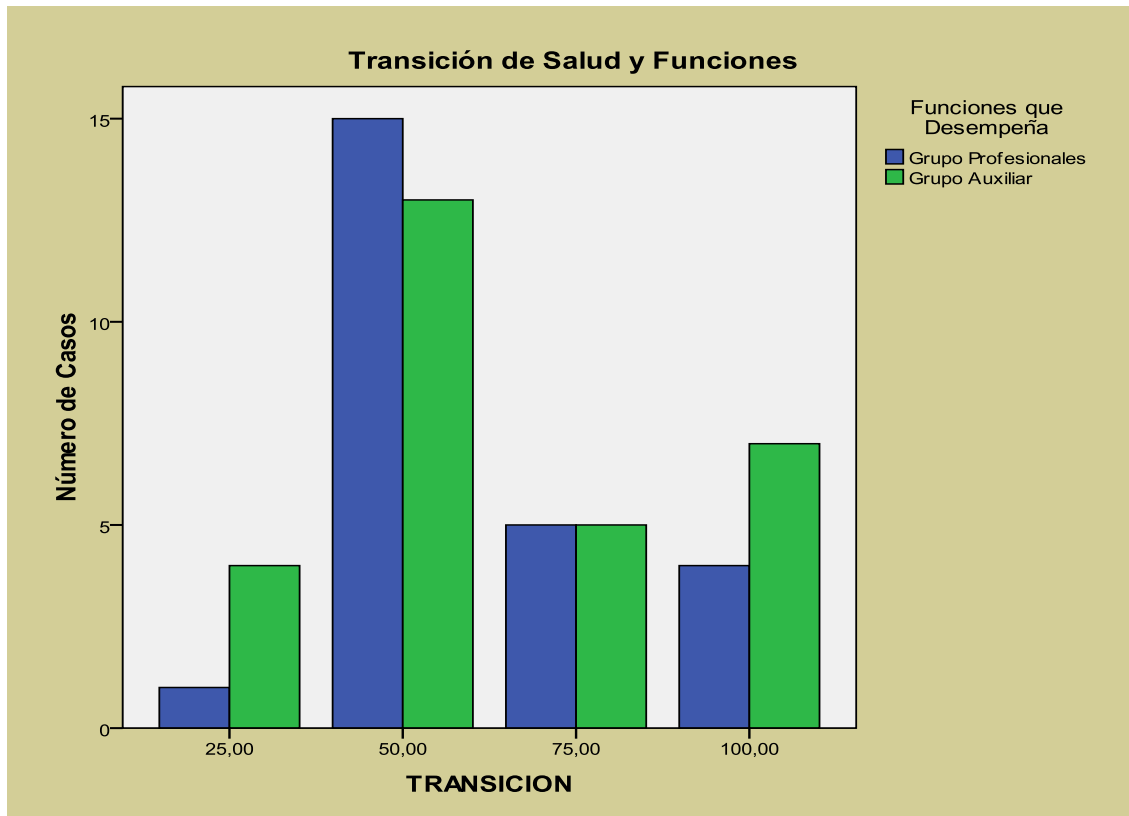
Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,495
	V de Cramer	,495
N de casos válidos		54

Grafico 42

Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,191
	V de Cramer	,191
N de casos válidos		54

Grafico 43

Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,189
	V de Cramer	,189
N de casos válidos		54

Grafico 44

Medidas de Asociación		Valor
Nominal por nominal	Phi	,214
	V de Cramer	,214
N de casos válidos		54