



## ORIGINALES

### Relación entre condiciones de trabajo con la calidad de vida relacionada con la salud de trabajadores de enfermería y medicina de unidades de cuidados intensivos durante la pandemia COVID 19 en Santa Marta, Colombia

Relationship between working conditions and health-related quality of life of nursing and medical staff in Intensive Care Units during the COVID 19 pandemic in Santa Marta, Colombia

Carlos J. Canova-Barrios<sup>1,2</sup>  
Ediltrudis Ramos de la Cruz<sup>1</sup>  
Lidice Álvarez-Miño<sup>1</sup>  
Tatiana Cecilia González Noguera<sup>1</sup>  
Edna Margarita Osorio Durán<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Grupo de Investigación Ciencias del Cuidado en Enfermería (GICCE). Universidad del Magdalena, Colombia. [carlos.canova1993@gmail.com](mailto:carlos.canova1993@gmail.com)

<sup>2</sup> Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). Buenos Aires, Argentina.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.540111>

Recibido: 24/09/2022

Aceptado: 13/01/2023

#### RESUMEN:

**Objetivo:** Determinar la relación entre las condiciones de trabajo y las dimensiones que integran la Calidad de Vida Relacionada con la Salud durante la pandemia COVID 19 en los trabajadores de enfermería y medicina de las Unidades de Cuidados Intensivos de Santa Marta, Colombia.

**Métodos:** Estudio analítico de corte transversal. La muestra estuvo comprendida por 110 profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) seleccionados mediante muestreo no probabilístico. Se empleó el cuestionario MOS-36.

**Resultados:** Los encuestados fueron en su mayoría de sexo femenino (69.09%), con hijos (64.54%), conviven con su familia nuclear (90.00%), de profesión auxiliar de Enfermería (59.09%), seguido por Enfermeros(as) (23.63%) y médicos (17.27%), con posgrados (13.63%), con enfermedad crónica (14.54%) y con poliempleo (93.63%). Las dimensiones de la calidad de vida con mejor percepción fueron Función Física (M: 85.69, DE: 19.04), y Rol Emocional (M: 81.79, DE: 33.92), mientras, se encontró una media más baja en la dimensión Vitalidad (M: 59.95, DE: 17.51). Las variables edad, sexo (masculino), tener hijos, padecer una enfermedad crónica, profesión (médico), formato de contratación, poliempleo, antigüedad laboral y en el servicio, parecen influir negativamente sobre la salud psíquica y física de los trabajadores.

**Conclusión:** El componente mental fue el más afectado. La calidad de vida relacionada con la salud en el grupo de estudio es en general evaluada como buena; y esta mostró relacionarse con las condiciones de trabajo, ameritando del diseño e implementación de estrategias para minimizar el impacto del trabajo sobre la salud y la integridad del trabajador.

**Palabras clave:** Calidad de vida, Médicos, Enfermeras y Enfermeros, Auxiliares de Enfermería, Cuidados Intensivos, Salud Laboral.

## **ABSTRACT:**

**Objective:** To determine the relationship between working conditions and dimensions of health-related quality of life during the COVID 19 pandemic among nursing and medical staff in intensive care units in Santa Marta, Colombia.

**Method:** Cross-sectional analytical study. The sample consisted of 110 health professionals (physician and nurses) selected by non-probability sampling. The MOS-36 questionnaire was used.

**Results:** The respondents were mostly female (69.09%), with children (64.54%), living with their nuclear family (90.00%), nursing assistant (59.09%), followed by nurses (23.63%) and physicians (17.27%), with postgraduate degrees (13.63%), with chronic illness (14.54%) and with multiple jobs (93.63%). The dimensions of quality of life with the best perception were physical functioning (M: 85.69, SD: 19.04) and role emotional (M: 81.79, SD: 33.92), while a lower mean was found in the vitality dimension (M: 59.95, SD: 17.51). The variables age, sex (male), having children, suffering from a chronic disease, profession (physician), hiring format, multi-employment, seniority at work and service seem to negatively influence workers' mental and physical health.

**Conclusions:** The mental component was the most affected. The health-related quality of life in the study group is generally evaluated as good; and this showed to be related to working conditions, meriting the design and implementation of strategies to minimize the impact of work on the health and integrity of health care professionals.

**Key words:** Quality of Life, Physicians, Nurses, Nursing Assistants, Critical Care, Occupational Health.

## **INTRODUCCIÓN**

La pandemia ocasionada por el virus SARS-CoV2 y su enfermedad asociada, la COVID-19, ha conllevado cambios en todas las esferas de la vida de las personas, incluyendo los espacios y condiciones de trabajo, tanto en las áreas de promoción y prevención, como en las áreas asistenciales. Estos cambios han sido reportados en diversos estudios a nivel internacional <sup>(1-3)</sup>, evidenciando como la crisis derivada de la pandemia, ha generado cargas laborales aumentadas que pueden afectar la vida de los profesionales en múltiples formas.

Las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son una de las áreas que más modificaciones han sufrido, ya que se ha cambiado la forma de relacionarse entre profesionales, pacientes y familias<sup>(4,5)</sup>. Sumado a lo anterior, se han acrecentado las variables que previamente se había descrito influenciaban la salud psíquica y física del profesional sanitario como las cargas de trabajo (cantidad de pacientes a cargo), contacto con la muerte y la duración de las jornadas laborales, por mencionar algunas, sumándoseles en este contexto, la ansiedad, el estrés, miedo a enfermar e infectar a la familia, derivando inclusive en mayor riesgo de suicidio <sup>(5,6)</sup>. Lo anterior, debilita los sistemas y servicios de salud al influir sobre el presentismo, presenteísmo, minimiza la seguridad brindada al paciente durante su internación, entre otros <sup>(7-10)</sup>.

Estudios como los de Garouste-Orgeas et al. <sup>(11)</sup> y Shanafelt et al. <sup>(12)</sup> han establecido la relación entre las condiciones laborales y la salud del trabajador, así como el impacto de estas sobre las esferas personales del profesional como la relación con la familia y la pareja, el tiempo que destinan a actividades de ocio y los hábitos de sueño, mientras, a nivel institucional han mostrado incidir en la morbilidad y mortalidad hospitalaria, mayor estancia de pacientes, sobrecostos en la atención y derivados de la mayor cantidad de licencia por enfermedad, discapacidad relacionada con el trabajo y jubilación anticipada.

Estudios como el de Canova-Barrios y Oviedo-Santamaría <sup>(13)</sup> han reportado en el personal que se desempeña en las UCI, un deterioro de los componentes mentales de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), mientras, de cara a la pandemia, Bueno Ferrán y Barrientos Trigo <sup>(6)</sup> han referido que estos profesionales experimentan una alta tensión movilizadora por la presión asistencial, falta de elementos de protección personal, derivando en la presencia de niveles elevados de estrés, trastornos del sueño y síntomas depresivos, y estos aspectos han sido identificados como presentes en pandemias previas como la de SARS-COV en 2003 y la influenza AH1N1 en 2009 <sup>(14)</sup>.

La pandemia por COVID-19 en Colombia ha tenido un efecto devastador al convertirse en la primera causa de muerte durante EL 2020 y 2021 según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) <sup>(15)</sup>. Lo anterior, ha derivado en un aumento en la demanda de camas de UCI, organización de áreas COVID y no COVID, ajuste de turnos, suspensión de licencias (vacaciones, por estudios, entre otras), pero no se ha descrito a ciencia cierta cómo se relacionan estas dinámicas de trabajo con la CVRS de los trabajadores <sup>(16,17)</sup>.

La CVRS es definida como “la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permite realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar”<sup>(18)</sup>, y está integrada por aspectos como el funcionamiento social, físico y cognitivo, el cuidado personal y el bienestar emocional; otros autores como Trujillo et al. <sup>(19)</sup> la han definido como “la satisfacción de un individuo con los aspectos físicos, sociales, y psicológicos de su vida, en la medida en que estos se afectan o se ven afectados por su salud”. La medición de la CVRS se ha convertido en un fenómeno emergente en la literatura médica en las últimas tres décadas, derivando en un incremento progresivo de publicaciones y estudios orientados a medirla en población tanto sana como enferma, no estando exentos los profesionales sanitarios <sup>(13)</sup>.

Para los profesionales de enfermería, la medición de la CVRS se considera relevante, y muestra de ello, son las contribuciones de teóricos como Peplau, Leininger, Rogers, King y Parse, quienes han abordado la calidad de vida como un conjunto de elementos contextuales, subjetivos, intangibles y relacionados como la salud misma<sup>(20)</sup>. La mayoría de los teóricos mencionados, refieren que la calidad de vida varía de acuerdo con las circunstancias cambiantes, con lo cual, es una situación dependiente del tiempo y las circunstancias en que se midan, así, siguiendo el propósito del presente trabajo, en una misma población en los momentos pre, intra y pos pandémico, se encontraría una percepción diferente de esta variable. Asimismo, elementos culturales, espirituales, medioambientales y las expectativas y experiencias de vida, influirán en este proceso subjetivo <sup>(20)</sup>.

Por lo anterior, se planteó el presente estudio con el objetivo de determinar la relación entre las condiciones de trabajo y las dimensiones que integran la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) durante la pandemia COVID 19 en los trabajadores de enfermería y medicina en las UCI de Santa Marta.

# MÉTODO

## Tipo de estudio.

Estudio analítico, de corte transversal y con enfoque cuantitativo realizado en el periodo comprendido entre septiembre de 2021 y febrero de 2022.

## Población y muestra

La población estuvo integrada por aproximadamente 180 trabajadores entre médicos y trabajadores de enfermería de las áreas críticas (tanto de áreas COVID y no COVID) que se desempeñan en las Unidades de Cuidados Intensivos de la ciudad de Santa Marta, Magdalena durante la pandemia por COVID-19. El muestreo fue no probabilístico, invitando a la totalidad de los profesionales a participar de manera voluntaria. La muestra estuvo integrada por 110 profesionales que cumplieron los criterios de inclusión y que accedieron a participar en el estudio.

## Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyó a médicos y personal de enfermería (auxiliares y profesionales), de cualquier edad, que se desempeñen en las Unidades de Cuidados Intensivos (adulto y pediátricas) tanto públicas como privadas, y que accedieran voluntariamente a participar en el estudio por medio de la firma del consentimiento informado. Se excluyó a los trabajadores con menos de 6 meses de antigüedad laboral en el servicio, personal eventual, pasantes y estudiantes, así como aquellos profesionales con licencia médica (sin concurrencia al centro de trabajo por enfermedad, embarazo u otras).

## Instrumento

Para la recolección de los datos se utilizó el instrumento MOS-36, en su versión en español validada para la población colombiana con un alfa de Cronbach de 0.80 <sup>(21)</sup>. Este es un instrumento genérico, breve y autoadministrado, el cual consta de 36 preguntas, respondidas en una escala tipo Likert que van desde 2 hasta 6 opciones de respuesta y que agrupa sus ítems en dos componentes (físico y mental) y 8 dimensiones: función física (10 reactivos), rol físico (4 reactivos), dolor corporal (2 reactivos), salud general (5 reactivos), vitalidad (4 reactivos), función social (2 reactivos), rol emocional (3 reactivos) y salud mental (5 reactivos), y un ítem denominado "transición del estado de salud", el cual no responde a ninguna dimensión.

Las respuestas de los reactivos fueron homogeneizadas, se calcularon los puntajes brutos para sus escalas, y se realizó la sumatoria y transformación lineal requerida para el análisis del instrumento. Las dimensiones en sus puntajes finales presentan puntajes que oscilan entre 0 y 100, interpretándose que, a mayor puntaje, mejor estado de salud, siendo el punto de corte entre mala y buena salud, las puntuaciones superiores o inferiores a 50 puntos, respectivamente <sup>(13, 21, 22)</sup>.

Se realizó la validación del instrumento en nuestra población utilizando un modelo bayesiano, que ha demostrado mayor consistencia incluso con datos limitados <sup>(23)</sup>,

hallándose un alfa de Cronbach de 0.93 (IC95%: 0.92-0.95) con puntajes en sus distintas escalas que oscilan entre 0.87 y 0.91, pudiéndose considerar que el instrumento tiene una alta consistencia para medir la Calidad de Vida relacionada con la Salud en la población participante.

Se complementó la información con una batería de preguntas cuyo objetivo fue caracterizar sociodemográfica y laboralmente a la población encuestada, diseñado a partir de estudios similares <sup>(13,24)</sup>.

### **Procedimiento de recolección y análisis de datos**

Los profesionales fueron convocados a participar por intermedio de los jefes y referentes de servicio. Se les envió el instrumento en un formulario web usando el programa Formularios de Google por medio de las aplicaciones de mensajería instantánea y correo electrónico, y se les solicitó su consentimiento informado previo al diligenciamiento de este. La información recolectada fue extraída en una base de datos en el programa Microsoft Excel y analizada en el programa Infostat v/L. Para el análisis descriptivo se calcularon las medias, medianas, y desvío estándar para las variables cuantitativas, mientras, se usaron las frecuencias absolutas y relativas para describir las variables cualitativas (categóricas). Dadas las características del muestreo y el comportamiento anormal de las variables, se procedió a utilizar pruebas no paramétricas para el análisis estadístico, implementándose las pruebas de U-Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, y la prueba de correlación de Spearman. Se fijó un nivel de significancia estadística de  $p < 0.05$ .

### **Aspectos éticos**

El estudio contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Magdalena bajo el acta 008 del 1 de julio 2021. La participación de los sujetos se resaltó en todo momento como voluntaria solicitándose el consentimiento informado previa participación. Los datos personales fueron en todo momento protegidos y solo los investigadores principales del estudio tuvieron acceso a estos.

## **RESULTADOS**

La muestra estuvo integrada por 110 profesionales sanitarios, con una edad media de 35.8 años (DE: 9), con un mínimo de 19 y un máximo de 58 años. Los encuestados fueron mayormente de sexo femenino (69.09%), con hijos (64.54%), conviven con su familia nuclear (90.00%), de profesión auxiliar de Enfermería (59.09%), seguido por enfermeros(as) (23.63%) y médicos (17.27%), de estos, 13.63% tienen formación de posgrado, 14.54% tienen una enfermedad crónica, 34.54% tienen más de un trabajo y 93.63% realizan turnos rotativos. La media de antigüedad laboral de los encuestados fue de 10.28 años (DE: 7.47), la antigüedad en el servicio de 7 años (DE: 6.44) y trabajan en promedio 12 hora por día (DE: 4, Min: 6, Max: 24) (**Tabla 1**).

**Tabla 1: Caracterización sociodemográfica**

<b>Variable</b>	<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Sexo	Hombre	34	30.90
	Mujer	76	69.09
	Otro	0	
Profesión	Auxiliar de Enfermería	65	59.09
	Enfermero(a)	26	26.63
	Médico	19	17.27
Nivel máximo de estudios	Auxiliar/Técnico	64	58.18
	Pregrado	31	28.18
	Posgrado	15	13.63
Tenencia de hijos	Si	71	64.54
	No	39	34.45
Enfermedad crónica	Si	16	14.54
	No	94	85.45
Poliempleo	Si	38	34.54
	No	72	65.45
Turno de trabajo	Mañana	5	4.54
	Tarde	1	0.90
	Noche	1	0.90
	Rotativo	103	93.03
Formato de contratación	Prestación de servicios	18	16.36
	Término fijo	18	16.36
	Término indefinido	74	67.27

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar las dimensiones de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, se encontró que la Función Física presentó la media más alta con 85.69 (DE: 19.04, IC95%: 82.90-89.28), seguido de Rol Emocional con 81.79 (DE: 33.92, IC95%: 75.38-88.20), mientras, Vitalidad, fue la dimensión con la media más baja con 59.95 (DE: 17.51, IC95%: 56.69-63.25) (**Tabla 2**).

**Tabla 2: Comportamiento de las dimensiones de la CVRS**

Dimensión	Media	DE	Mediana	Q1	Q3
Función Física	82.69	19.04	95.00	80.00	100.00
Rol Físico	79.40	31.85	100.00	50.00	100.00
Dolor Corporal	66.68	20.27	72.00	51.00	84.00
Salud General	69.17	21.52	72.00	57.00	87.00
Vitalidad	59.95	17.51	60.00	50.00	70.00
Función Social	70.14	22.79	75.00	50.00	87.50
Rol Emocional	81.79	33.92	100.00	66.67	100.00
Salud Mental	68.70	17.36	68.00	56.00	84.00

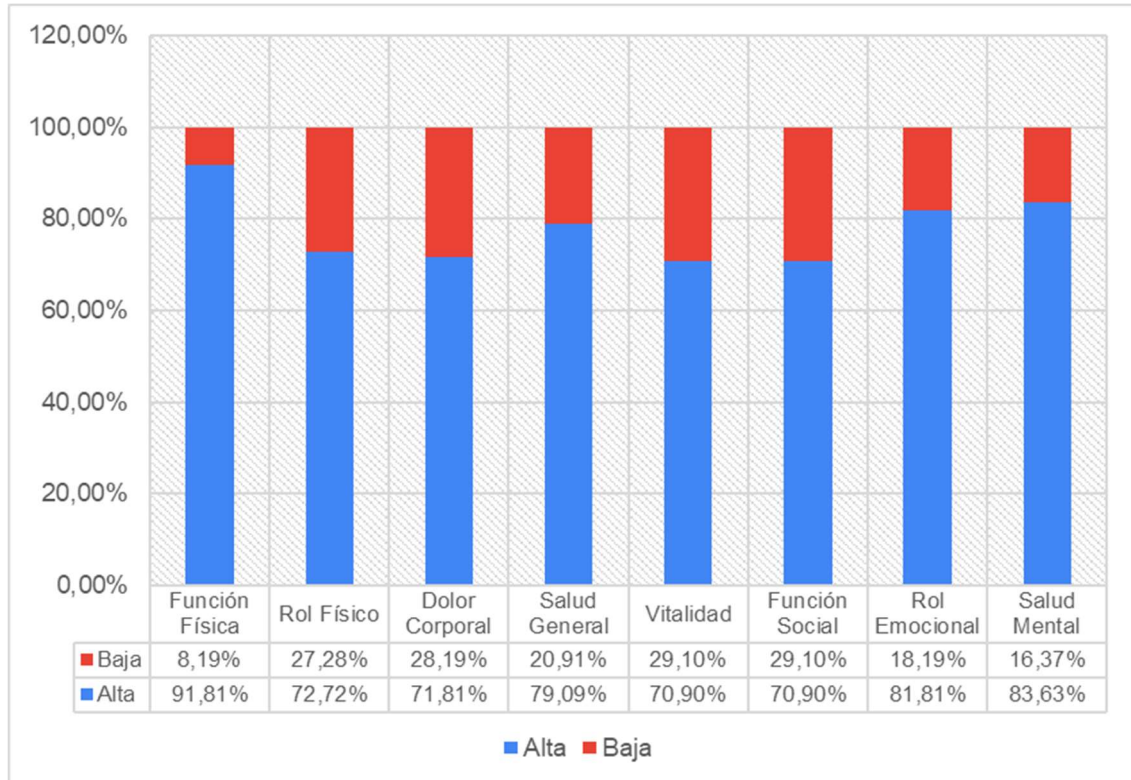
DE: Desvío estándar, Q1: Cuartil 1, Q3: Cuartil 3.

Fuente: Elaboración propia.

En la dimensión Transición del Estado de Salud, se halló que el personal considera que su salud en comparación a la de hace un año es mucho mejor (14.54%), algo mejor (15.45%), más o menos igual (54.54%), algo peor (11.81%) y mucho peor (3.63%).

Al categorizar los puntajes de las dimensiones de la CVRS, se encontró que las dimensiones con mayor proporción de puntajes bajos fueron Vitalidad y Función Social con 29.10% de los encuestados con puntajes  $\leq 50$ , mientras, la Función Física, mostró ser la menos afectada con solo un 8.19% de la muestra con puntajes bajos (**Figura 1**).

**Figura 1: Nivel de afectación de las dimensiones de la CVRS.**



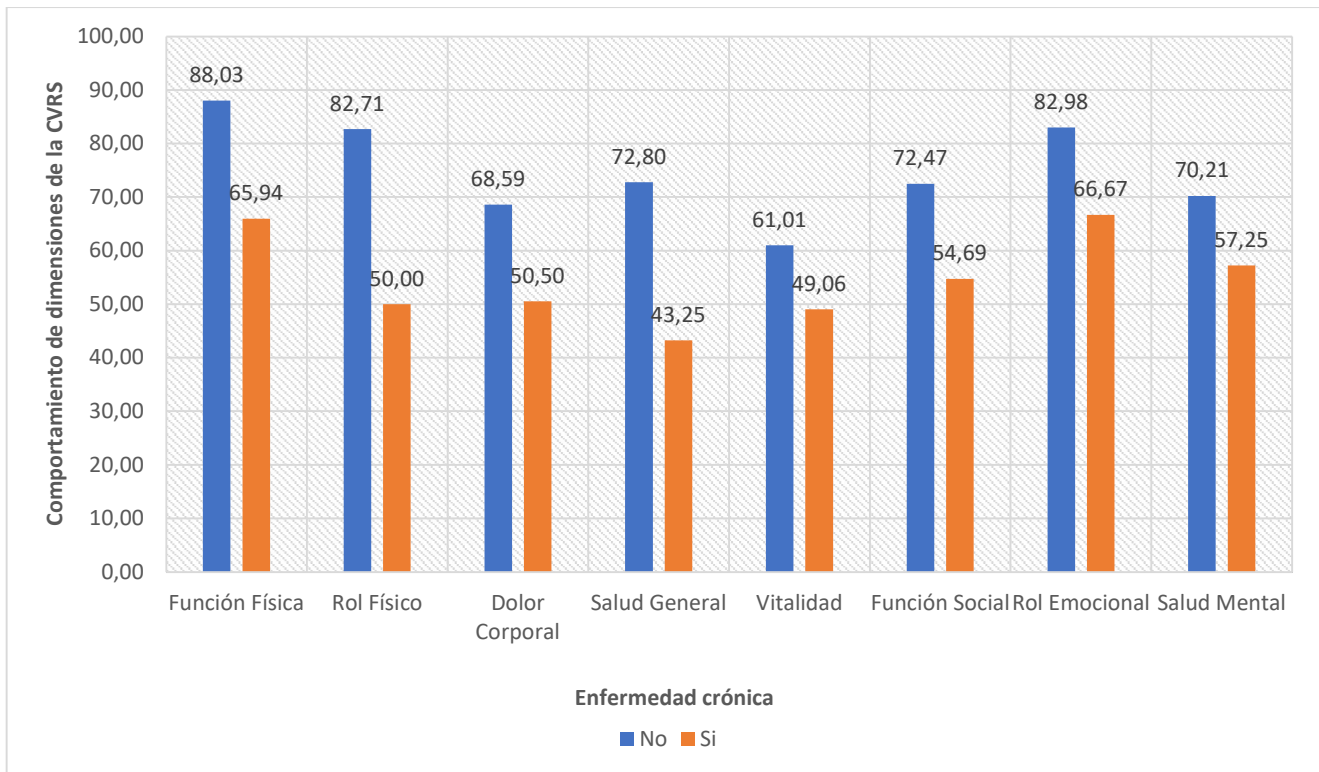
Fuente: Elaboración propia.

Se encontró que el sexo se encuentra relacionado con el puntaje de la dimensión Rol Emocional, hallando medias superiores en las mujeres (85.36 vs 68.63,  $p:0.026$ ). Se halló que la tenencia de hijos mostró estar relacionada con medias inferiores en las dimensiones Función Física (80.00 vs 93.59,  $p:<0.001$ ), Rol Físico (72.18 vs 88.46,  $p:0.045$ ), Dolor Corporal (61.87 vs 73.38,  $p:0.001$ ), Salud General (65.17 vs 74.56,  $p:0.019$ ), Vitalidad (56.13 vs 65.00,  $p:0.009$ ), Función Social (67.08 vs 75.00,  $p:0.046$ ), y Salud Mental (64.51 vs 75.28,  $p:0.001$ ).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las medias de las dimensiones Rol Físico (Médico: 51.32, Enfermera: 81.73, Auxiliar: 84.23;  $p:0.004$ ) y Función Física (M: 73.95, E: 90.96, A: 85.54;  $p:0.035$ ) en el personal médico mostrando un claro deterioro en las dimensiones evaluadas, mientras, un mejor comportamiento de la dimensión Rol Emocional se asoció con el cargo de Auxiliar de Enfermería (M: 45.61, E: 82.05, A: 90.26;  $p:<0.001$ ). Respecto al formato de contratación se encontró que el personal con contrato Término Indefinido mostró mayores puntuaciones en las dimensiones Rol Emocional (Indefinido: 85.84 vs Otros: 70.27;  $p:0.014$ ) y menores en Salud General (Indefinido: 65.63 vs Otros: 74.16,  $p:0.039$ ). Asimismo, aquellos trabajadores que realizaban labores en más de una institución mostraron medias inferiores en la dimensión Rol Emocional (64.04 vs 89.35;  $p:0.001$ ). No se encontró asociación entre las variables turno de trabajo y con quien conviven, con la CVRS.

La tenencia de una enfermedad crónica mostró estar relacionada con medias inferiores en todas las dimensiones evaluadas ( $p:<0.05$ ) (**Figura 2**).

**Figura 2:** Enfermedad Crónica vs media de las dimensiones de la CVRS



Fuente: Elaboración propia.



Al aplicar la prueba de Correlación de Spearman, se identificaron correlaciones negativas bajas entre las variables edad, cantidad de hijos, antigüedad laboral, antigüedad en el servicio y las dimensiones que integran la CVRS. No se halló correlación entre la carga horaria semanal de trabajo y la CVRS (Tabla 3).

**Tabla 3: Correlación entre variables sociodemográficas y laborales y CVRS**

Variable	Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental
Edad	-0.38 <i>p</i> :<0.001	-0.26 <i>p</i> :0.005	-0.21 <i>p</i> :0.026	-0.26 <i>p</i> :0.007	NS	-0.21 <i>p</i> :0.027	-0.27 <i>p</i> :0.004	NS
Cantidad de hijos	-0.39 <i>p</i> :<0.001	NS	-0.30 <i>p</i> :0.011	-0.24 <i>p</i> :0.011	-0.21 <i>p</i> :0.025	-0.21 <i>p</i> :0.030	NS	-0.30 <i>p</i> :0.001
Antigüedad laboral	-0.28 <i>p</i> :0.003	-0.34 <i>p</i> :<0.001	-0.24 <i>p</i> :0.011	-0.28 <i>p</i> :0.003	NS	-0.19 <i>p</i> :0.049	-0.34 <i>p</i> :<0.001	NS
Antigüedad en el servicio	-0.32 <i>p</i> :<0.001	-0.35 <i>p</i> :<0.001	-0.31 <i>p</i> :<0.001	-0.20 <i>p</i> :0.036	-0.21 <i>p</i> :0.031	-0.22 <i>p</i> :0.019	-0.44 <i>p</i> :<0.001	NS

NS: No significativo.

Fuente: Elaboración propia.

## DISCUSIÓN

Los profesionales de salud que laboran en las Unidades de Cuidados Intensivos constituyen el talento humano indispensable para soportar el cuidado en las situaciones críticas que amenazan la vida del paciente; las experiencias de cuidar a los pacientes en tiempos de pandemia por COVID 19 han situado a los profesionales en un entorno hostil, con una mayor exposición a estresores en los espacios laborales así como a los denominados factores de riesgo psicosocial, lo cual ha afectado la salud del cuidador en diversas medidas. Instrumentos como el cuestionario MOS-36 (también llamado SF 36), permiten mediante el auto reporte dar cuenta de la percepción del profesional respecto a su salud e identificar los determinantes de su calidad de vida, para poder diseñar intervenciones tendientes a su minimización y/o control.

En el personal encuestado para el presente estudio, se identifica una antigüedad laboral elevada, con un promedio de 10 años, de los cuales, al menos 7 se han desempeñado en la UCI, con una inversión de tiempo de 12 horas diarias. Se puede inferir, que la jornada laboral elevada, y factores como el poco reconocimiento y satisfacción con los ingresos, que deriva en la tenencia de más de un empleo, derivando en un deterioro en la CVRS, a su vez, que el rol que se desempeña en el servicio y la carga de responsabilidad, inciden negativamente sobre las dimensiones asociadas. Al respecto, un estudio realizado en China encontró que, al comparar los puntajes de la CVRS entre médicos y enfermeros, estos últimos tuvieron puntuaciones más altas en todos los dominios <sup>(25)</sup>, aunque se contrasta con otros estudios que indican una mayor afectación en la salud mental del personal de enfermería <sup>(26,27)</sup>.

Por otro lado, según los hallazgos, tener enfermedades crónicas mostró relación con las bajas puntuaciones de la CVRS, lo cual es consistente con estudios realizados en Argentina <sup>(13)</sup> y Vietnam <sup>(28)</sup>. Respecto a este último, se encontró que durante el pico del brote COVID 19 los trabajadores de la salud que tenían enfermedades crónicas aumentaron la probabilidad de presentar angustia psicológica y problemas de sueño, derivado del miedo a enfermarse gravemente y morir, entre otras alteraciones de salud mental, lo cual deteriora significativamente su calidad de vida. Tener una enfermedad crónica se ha relacionado con una menor calidad de vida en general, debido a que es una preocupación personal constante y simultánea del trabajador de la salud sobre su propio cuidado, además, del de los pacientes, sumado a los efectos y las complejidades asociadas a cada patología. Si a lo anterior se suman elementos derivados de la pandemia como la alta presión laboral, el aumento en la carga de trabajo, la incertidumbre sobre una enfermedad poco conocida y mortal, las condiciones de trabajo deshumanizadas, el tiempo más corto para las interacciones sociales con los pacientes, aumento en la exposición al dolor y la muerte en las UCI y las prohibiciones de visitas familiares, se evidencia una suma de factores con el potencial de afectar física, psicológica y emocionalmente a los trabajadores, deteriorando su CVRS <sup>(29)</sup>.

Relativo a la alta afectación del componente mental del instrumento, y en especial, de la dimensión salud mental, en la cual se incluyen los episodios de depresión y ansiedad, así como la percepción de autocontrol y bienestar general, se evidencia un alto impacto en los trabajadores encuestados, lo cual se manifiesta con expresiones de desánimo y temor, conllevando en algunos casos al aislamiento de su núcleo familiar. Tal como lo evidencia Canova-Barrios & Oviedo-Santamaria <sup>(13)</sup>, el peligro observado por los trabajadores de UCI es congruente con el cansancio emotivo lo cual sucede por lo complicado de las funciones desarrolladas y la amenaza del fallecimiento de los pacientes a su cuidado. Es así, que el hallarse vinculado a estas circunstancias influyen la manifestación/experimentación de emociones nocivas en el personal de salud como la incertidumbre y la angustia que junto a las grandes obligaciones profesionales consiguen ocasionar un deterioro emotivo y obliga a una mayor demanda para no agobiarse y que no se perturbe su salud mental.

La percepción de la vitalidad se entiende como el sentimiento de vigor y la condición de tener vida para afrontar el cansancio y el desánimo. En los participantes de la presente investigación se muestra esta dimensión afectada por la antigüedad en el servicio y el número de hijos, dando cuenta de la disminución de la calidad de vida no solo relacionada con variables laborales sino también familiares, llevando al trabajador a percibir agotamiento físico y emocional, aunado a la ausencia de sensación de logro. Algunos estudios coinciden con los resultados del presente trabajo <sup>(9,25,28,30)</sup>, identificándose que durante la pandemia por COVID-19, los profesionales sanitarios a menudo desarrollaron desgaste profesional, diversos trastornos de salud mental y una afectación importante en su vitalidad, lo cual conduce al ausentismo laboral y altera las dinámicas laborales.

Además, en los resultados de la investigación se evidencia que en algunos participantes permanece el dolor corporal, principalmente asociado con la edad, con la cantidad de hijos, la antigüedad laboral y la antigüedad en el servicio de cuidados intensivos, lo cual conduce a pensar en la afectación del desarrollo de sus actividades diarias, por la limitación en la funcionalidad corporal. En estudios previos se ha encontrado que las personas con bajos o nulos niveles de dolor presentan una mejor

calidad de vida, y en los espacios laborales sanitarios, la intensidad del dolor musculoesquelético se asocia con una reducción en la capacidad para el trabajo <sup>(13)</sup>.

Finalmente, al analizar la Función Social, entendida como el grado en el que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual, se encontró una afectación en el 30% de los profesionales encuestados. A raíz de la pandemia, hubo durante un tiempo considerable un periodo de aislamiento y posteriormente, distanciamiento social, sumado a que el componente de estigmatización, y el miedo a contagiar a otros, también redujeron la búsqueda de espacios de esparcimiento con amigos y con la familia no nuclear, aunado por los sentimientos de depresión, ansiedad y estrés. Este aspecto es confirmado por diversos estudios y revisiones sistemáticas que hallaron alto grado de afectación en el componente social durante el periodo de pandemia <sup>(5,28)</sup>, y se ha referido a la interacción con amigos y familia, y la percepción de soporte social como un elemento protector para el estrés y el desgaste profesional <sup>(5)</sup>.

## CONCLUSIÓN

A manera de conclusión, aunque de forma general se encontró una buena CVRS, es importante resaltar la afectación de los dominios Dolor Corporal, Vitalidad, Rol Emocional y Función Social durante la pandemia, lo cual evidencia una afectación preponderantemente del componente mental del constructo. Asimismo, se identificaron relaciones entre menores puntajes en las dimensiones de la calidad de vida y las variables sexo (mujer), tenencia y cantidad de hijos, profesión (médico), formato de contratación (término fijo), poliempleo, tenencia de enfermedades crónicas, y mayor antigüedad laboral y en el servicio.

Poco más de la mitad de los encuestados, refieren notar pocos o nulos cambios en su salud en comparación con del año anterior (54.54%), mientras, una décima parte refiere un deterioro en su salud en general en sus distintos grados de afectación (15.45%). Sin embargo, al analizar los datos de la valoración de la salud general, el 12.72% menciona tener una salud regular y sólo el 14.54% la categoriza como excelente.

Operativamente en las instituciones de salud donde se realizó el estudio, se considera necesario crear y poner en marcha un programa de cuidado que incluya las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad orientados a aumentar la percepción de CVRS en este grupo de profesionales sanitarios, así como intervenir los factores de riesgo laboral que pueden afectar negativamente a la salud del trabajador. Los resultados presentados alertan sobre una población vulnerable o en riesgo de presentar problemas de salud los cuales tienen el potencial de afectar la calidad y continuidad de los cuidados brindados.

Los resultados permiten dimensionar la necesidad de desarrollar un programa de especialidad en cuidados intensivos para médicos y enfermeras con un énfasis territorial y centrado en el bienestar laboral, que permita tener más talento humano en salud, a la vez que se garantizan mejores condiciones laborales, de tal forma que se avance en fomentar la calidad de vida de aquellos profesionales que cuidarán la salud y vida de la población en los momentos más críticos.

## REFERENCIAS

1. Raurell-Torredà M. Management of ICU nursing teams during the Covid-19 pandemic. *Enferm Intensiva*. 2020;31:49–51. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.04.001>.
2. Rascado Sedes P, Ballesteros Sanz MA, Bodí Saera MA, Carrasco Rodríguez-Rey LF, Castellanos Ortega A, Catalán González M, et al. Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19. *Med Intensiva*. 2020;44(6):363–370. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.03.006>.
3. Bostan S, Akbolat M, Kaya A, Ozata M, Gunes D. Assessments of Anxiety Levels and Working Conditions of Health Employees Working in COVID-19 Pandemic Hospitals. *Electron J Gen Med*. 2020;17(5):em246. <https://doi.org/10.29333/ejgm/8228>.
4. Casabella C, Pálizas F, Solano C, Guantay M, Garay C. Cambio a las visitas en cuidados intensivos durante la pandemia por COVID-19. *Medicina (Buenos Aires)*. 2020;80(suppl.6):119-120. <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol80-20/s6/119.pdf>.
5. Pollock A, Campbell P, Cheyne J, Cowie J, Davis B, McCallum J, McGill K, Elders A, Hagen S, McClurg D, Torrens C, Maxwell M. Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;11(11):CD013779. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013779>.
6. Bueno Ferrán M, Barrientos-Trigo S. Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. *Enferm Clin (English Edition)*. 2021;31:S35–S39. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.006>.
7. Pellicioti Jda S, Kimura M. Medications errors and health-related quality of life of nursing professionals in intensive care units. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18(6):1062-9. <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692010000600004>.
8. Lastre-Amell G, Gaviria-García G, Herazo-Beltrán Y, Mendinueta-Martínez M. Estresores laborales en el personal de enfermería de unidades de cuidados intensivo. *Rev Lat Hipert*. 2018;13:323-9. <http://www.revhipertension.com/rlh52018/estresoreslaboralesenelpersonal.pdf.18>.
9. Letvak AS, Ruhm CJ, Gupta SN. Nurses' presenteeism and its effects on self-reported quality of care and costs. *Am J Nurs*. 2012;112(2):30-8. <http://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000411176.15696.f9>.
10. Mohamedkheir RA, Amara ZM, Balla SA, Mohamed HAA. Occupational stress among nurses working in intensive care units in public hospitals of Khartoum State, Sudan 2016. *Am J Health Res*. 2016;4:166-71. <http://dx.doi.org/10.11648/j.ajhr.20160406.13.17>.
11. Garrouste-Orgeas M, Perrin M, Soufir L, Vesin A, Blot F, Maxime V. The latroref study: Medical errors are associated with symptoms of depression in ICU staff but not burnout or safety culture. *Intensive Care Med*. 2015;41:273-84. <http://doi.org/10.1007/s00134-014-3601-4.10>.
12. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, DyrbyeL, Satele D. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg*. 2010;251:995-1000. <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3>.

13. Canova-Barrios C, Oviedo Santamaría P. Health-related quality of life among intensive care unit workers. *Enferm Intensiva*. 2021;32(4):181-188. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.11.002>.
14. El-Hage W, Hingray C, Lemogne C, Yroni A, Brunault P, Bienvenu T, et al. Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): quels risques pour leur santé mentale? *Encephale*. 2020;46(3S):S73-S80. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>.
15. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Estadísticas vitales: IV trimestre 2021pr, definitivas 2020, acumulado 2021pr y año corrido 2022pr. [Internet], 2022. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/nacimientos-y-defunciones>.
16. Pedrozo-Pupo JC, Pedrozo-Cortés MJ, Campo-Arias A. Perceived stress associated with COVID-19 epidemic in Colombia: an online survey. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020;36(5):e00090520. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00090520>.
17. Echeverry-Raad J, Navarro-Vargas JR. Ethical and clinical challenges when providing medical care during the COVID-19 pandemic in Colombia: A global perspective to contribute to the local context. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2021;69(1):e400. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v69n1.89474>.
18. Naughton M, Shumaker S, Anderson R, Czajkowski S. Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales, 1996. En: Spilker, B. *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Cap. 15. New York: - Lippincott-Raven; p. 117-131.
19. Trujillo W, Román J, Lombard A, Remior E, Arredondo O, Martínez E, et al. Adaptación del cuestionario SF-36 para medir calidad de vida relacionada con la salud en trabajadores cubanos. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*. 2014;15(1):62-70. <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2014/cst141j.pdf>.
20. Plummer M, Molzahn A. Quality of Life in Contemporary Nursing Theory: A Concept Analysis. *Nurs Sci Q*. 2009;22(2):134-40. <https://doi.org/10.1177/0894318409332807>.
21. Lugo LH, García HI, Gómez C. Reliability of sf-36 quality of life in health questionnaire in Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2006;24(2):37-50. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2006000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2006000200005&lng=en&nrm=iso).
22. Arostegui Madariaga I, Núñez Antón V. Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36 (SF-36). *Estadística Española*. 2008;50(167):147-192. [https://documentop.com/sf-36-instituto-nacional-de-estadistica\\_59f307cf1723dd944f1253bd.html](https://documentop.com/sf-36-instituto-nacional-de-estadistica_59f307cf1723dd944f1253bd.html).
23. Rendón-Macías ME, Riojas-Garza A, Contreras-Estrada D, Martínez-Ezquerro JD. Análisis bayesiano. Conceptos básicos y prácticos para su interpretación y uso. *Rev Alerg Méx*. 2018;65(3):285-298. <https://doi.org/10.29262/ram.v65i3.512>.
24. Benavides F, Merino Salazar P, Cornelio C, Avila Assunção A, Agudelo Suarez A, Amable M, et al. Cuestionario básico y criterios metodológicos para las Encuestas sobre Condiciones de Trabajo, Empleo y Salud en América Latina y el Caribe. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(9):e00210715. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00210715>.
25. Huang F, Yang Z, Wang Y, Zhang W, Lin Y, Zeng LC, Jiang X, Shang L. Health-related quality of life and influencing factors of pediatric medical staff during the COVID-19 outbreak. *Front Public Health*. 2020;8:565849. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.565849>.
26. Man A.M., Toma C., Motoc N.S., Necrelescu O.L., Bondor C.I., Chis A.F. Disease perception and coping with emotional distress during COVID-19 pandemic: a survey

among medical staff. *Int J Environ Res Public Health*. 2020  
<https://doi.org/10.3390/ijerph17134899>.

27. Shechter A., Diaz F., Moise N., Anstey D.E., Ye S., Agarwal S. Psychological distress, coping behaviors and preferences for support among New York healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020  
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2020.06.007>.

28. Manh Than H, Minh Nong V, Trung Nguyen C, Phu Dong K, Ngo HT, Thu Doan T, et al. Mental Health and Health-Related Quality-of-Life Outcomes Among Frontline Health Workers During the Peak of COVID-19 Outbreak in Vietnam: A Cross-Sectional Study. *Risk Manag Healthc Policy*. 2020;13:2927-2936.  
<https://doi.org/10.2147/RMHP.S280749>.

29. Marvaldi M, Mallet J, Dubertret C, Moro MR, Guessoum SB. Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;126:252-264. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.03.024>.

30. Wauters M, Zamboni Berra T, de Almeida Crispim J, Arcêncio RA, Cartagena-Ramos D. Calidad de vida del personal de salud durante la pandemia de COVID-19: revisión exploratoria. *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:e30.  
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.30>.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia