

CALIDAD DE VIDA EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD DEL MUNICIPIO ARROYO NARANJO. 2009

LIFE QUALITY IN HEALTH WORKERS OF ARROYO NARANJO MUNICIPALITY. 2009

Waldo Jacobo Díaz Piñera ¹
Yamilé García Villar ²
Tomasa María Linares Fernández ³
Gladys Rabelo Padua ⁴
Heliadora Díaz Padrón ⁵
Addys Díaz Piñera ⁶

RESUMEN

Es un estudio descriptivo de corte transversal, en el que se toma una muestra de 1 163 trabajadores de la salud al azar y se les aplica el instrumento EunoQol 5-D de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), previo consentimiento informado. Cuenta con 5 elementos o dimensiones que son: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión, y cada una de ellas con 3 niveles de evaluación, que fueron: 1) sin limitaciones; 2) alteraciones ligeras a moderadas, y 3) alteraciones severas. Se aplicó también la Escala Visual Análoga (EVA) para conocer la opinión sobre su estado de salud en el momento de la entrevista. Solo un tercio de los encuestados se declaró sin limitaciones en las 5 dimensiones del cuestionario (el estado 1.1111), cifra que estuvo por debajo de lo esperado, existiendo diferencias de género, donde las mujeres presentaron peores resultados, y a más edad, mayor probabilidad de presentar algún trastorno o alteración de salud, siendo las dimensiones de dolor/malestar y ansiedad/depresión las que más afectaron a los trabajadores de nuestro estudio.

Palabras clave: calidad de vida, instrumento EunoQol 5-D, escala visual análoga

ABSTRACT

A descriptive and transversal study was realized with a random sample of 1,163 health workers. The EunoQol 5-D instrument of life quality related to health was applied, prior to previous informed consent. Five elements or dimensions are considered; they are: movility, personal care, daily activities, pain/malaise, and anxiety/depression, and each one of them with 3 levels of evaluation: 1) without limitations, 2) slight to moderate alterations, and 3) severe alterations. It is

also applied the analogical visual scale in order to know the opinion about their health stage at the moment of the interview. Only a third of the workers in survey declared themselves without limitations in the questionnaire (1.1111), being this figure below of what was expected, existing differences in gender where women present worse results and to older age with more probabilities to present disturbances or alteration of health; being the dimensions of pain/malaise and anxiety/depression the most frequent effects in the studied workers.

Keywords: life quality, EunoQol 5-D instrument, analogical visual scale

INTRODUCCIÓN

Una de las estrategias que se ha trazado el gobierno cubano es la de mejorar la calidad de vida de los trabajadores en general y del sector salud en particular. El avance científico del mundo moderno y los grandes problemas que arrastran la humanidad contemporánea hacen impostergable concentrar los esfuerzos en el estudio de la calidad de las condiciones de vida de las comunidades y sus estilos de vida como factor priorizado para entender y proteger la salud y la felicidad del hombre. Esta estimación o valoración debe hacerse conjugando armónicamente criterios técnicos, éticos, de la cultura concreta (sentido social) y del individuo (sentido personal) ¹.

La necesidad de contar con indicadores sintéticos de resultados sanitarios (la salud) ha generado en los últimos años muchas investigaciones respecto a cómo se puede valorar de

¹ Médico especialista de II grado en Medicina del Trabajo y de I grado en Medicina General Integral, Máster en Salud de los Trabajadores, Investigador Auxiliar, Profesor Auxiliar. Vicedirección de Epidemiología, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

² Médico especialista de I grado en Medicina General Integral y en Nefrología, Máster en Urgencias Médicas, Aspirante a Investigador, Profesora Instructor. Instituto de Nefrología 'Dr. Abelardo Buch López', La Habana, Cuba

³ Médico especialista de II grado en Medicina del Trabajo, Máster en Salud de los Trabajadores, Investigadora Auxiliar, Profesora Auxiliar. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

⁴ Médico especialista de II grado en Medicina del Trabajo y de I grado en Medicina General Integral, Máster en Salud de los Trabajadores, Investigador Auxiliar, Profesor Auxiliar. Vicedirección de Epidemiología, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

⁵ Ingeniera química, Máster en Salud de los Trabajadores, Investigadora Auxiliar, Profesora Instructor. Departamento de Riesgos Químicos, Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores, La Habana, Cuba

⁶ Médico especialista de I grado en Medicina General Integral. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, Cuba

Correspondencia:

MSc Waldo Jacobo Díaz Piñera
Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores
Calzada de Bejucal km 7 1/2, Apartado 9064, CP10900, Arroyo Naranjo, La Habana, Cuba
E-mail: wam@infomed.sld.cu

forma válida el estado de salud. Para ello se han desarrollado modelos teóricos de lo que se denomina la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), no existiendo un consenso. La CVRS se mide por medio de la función física, el estado psicológico, la interacción social y de los síntomas físicos. La adecuada medición de la CVRS trae consigo una serie de retos importantes. Es por esto que para obtener una buena medición de la CVRS se necesitan cuestionarios robustos, que permitan administrarse de manera rápida y sencilla y obtener a la vez resultados fiables y válidos².

En la actualidad hay una explosión en la literatura médica respecto a la inclusión de las opiniones de los usuarios de los servicios médicos para la evaluación de las percepciones del estado de salud. Ejemplo de ello es el EuroQol 5D, un instrumento diseñado por el grupo EuroQol (1990) con las características de ser simple, internacional, estandarizado y genérico, para caracterizar el estado de salud de un grupo o población. Tuvo su origen en Europa, en un equipo multidisciplinario conformado por 5 países en el año 1988, validado internacionalmente en países de habla hispana e inglesa, y en nuestro país por el Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología y Microbiología (INHEM) y por el Instituto de Estudios de Investigaciones del Trabajo (IEIT), basado en preferencias, con poca cognitividad para el individuo y diseñado para valorar la CVRS y el cual se utilizará en nuestro estudio que mide resultados en salud y es aplicable a un amplio espectro de condiciones de salud y tratamientos. Proporciona un perfil descriptivo simple y una sencilla escala para valorar el estado de salud³.

MATERIAL Y MÉTODO

Se visitaron los departamentos de Recursos humanos de

Tabla 1
Distribución de los trabajadores de la salud encuestados según grupos de edades y sexo en el municipio Arroyo Naranjo. Ciudad de La Habana, Cuba, 2007

Grupo de edades	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Menos de 20	9	3,6	31	3,4	40	3,4
20-29	47	18,8	126	13,8	173	14,9
30-39	52	20,8	248	27,2	300	25,8
40-49	79	31,6	286	31,2	365	31,4
50-59	45	18,0	162	17,7	207	17,8
60 y más	18	7,2	60	6,6	78	6,7
Total	250	21,5	913	78,5	1 163	100,0

Fuente: Encuestas

En relación a los antecedentes patológicos personales (APP) (tabla 2), la hipertensión arterial con el 24,9 %, las alteraciones o trastornos músculo esqueléticos con el 19,6 % y el asma bronquial con 14,9 %, fueron los de

las diferentes unidades de salud y se seleccionó una muestra del 20 %, 1 163 trabajadores de la plantilla real, a los que se les aplicó el instrumento EuroQol 5D, de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), previo consentimiento informado de ellos. En la sección auto administrada del instrumento se tomaron 5 elementos o dimensiones como: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/ depresión, cada una de ellas con tres niveles evaluativos en la cual la respuesta podrá ser: 1(sin limitaciones), 2 (con alteraciones ligeras a moderadas) y 3 (alteraciones severas), proporcionando un perfil descriptivo y una valoración del propio estado de salud. También se aplicó la Escala Visual Análoga (EVA) sobre el estado de salud, (escala parecida a un termómetro) para conocer la opinión sobre su estado de salud en el día de la entrevista.

Se utilizaron como medidas de resumen los números absolutos y frecuencias relativas (por ciento, índice, tasas). Para relacionar algunas de las variables estudiadas, se aplicó el estadígrafo Chi-cuadrado, con un nivel de significación del 0,05 %. Los datos fueron representados en tablas y gráficos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los datos generales obtenidos a través de la encuesta EuroQol 5D en la muestra seleccionada (tabla 1) reflejaron que el 78,5 % correspondió al sexo femenino; el grupo de edades más representativo fue el de 40-49 años, con un 31,4 %, siendo el promedio de edad de 41,1 años, con un rango entre 17 y 75 años, y en relación al nivel de escolaridad alcanzado, el mayor número fue el de técnico medio, con el 49,2 %.

mayor frecuencia, coincidiendo con el cuadro de morbilidad general del país y con las causas de certificados médicos encontradas. La encuesta de salud para Asturias 2002 de calidad de vida relacionada con la salud, señala

a la hipertensión arterial como la mayor afectación, seguida de los procesos de artrosis, artritis y problemas reumáticos, la diabetes mellitus y las enfermedades del corazón, en orden de frecuencia⁹.

Tabla 2
Principales antecedentes patológicos personales (APP) en los trabajadores de la salud encuestados. Municipio Arroyo Naranjo, Ciudad de La Habana, Cuba. 2007

Antecedentes patológicos personales	Nº	%
Hipertensión arterial	290	24,9
Alteraciones músculo esqueléticas	229	19,6
Asma bronquial	167	14,4
Diabetes mellitus	96	8,3
Cardiopatía isquémica	49	4,2
Epilepsia	24	2,1
Otros	245	21,1

Fuente: Encuesta

Al analizar las diferentes dimensiones de la encuesta EuroQol 5D, observamos (tabla 3) que en relación a la movilidad, el 82,4 % refirió no presentar dificultades para caminar, y un 17,6 % presentó algunos problemas al caminar. Estas dificultades se presentaron con mayor frecuencia en mujeres que en hombres y aumentaron a medida que avanzaba la edad. En estudios realizados de calidad de vida relacionados con la salud en la población asturiana, esta dimensión de no tener problemas para caminar alcanzó la cifra de 89 %, y un 11 % refirió

presentar algunos problemas de esta índole¹⁰. En la investigación del Departamento de Estudios y Desarrollo de Chile reportan un 85,1% sin problemas, 14,5 % con problemas de tipo moderado y 0,4 % de tipo severo¹¹; en ambos casos la frecuencia encontrada de no tener problemas para caminar supera la de nuestro estudio, donde hay que señalar que los antecedentes patológicos personales (APP) de las personas con alteraciones en la movilidad son, conjuntamente con la edad, factores que están influyendo directamente.

Tabla 3
Resultados según dimensiones de la encuesta aplicada a los trabajadores de la salud del municipio Arroyo Naranjo, Ciudad de La Habana, Cuba. 2007

Trabajadores	Dimensiones														
	Movilidad			Cuidado personal			Actividades cotidianas			Dolor / malestar			Ansiedad / depresión		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Nº	959	204	-	821	332	10	950	153	60	766	346	51	813	156	193
%	82,4	17,6	-	70,6	28,5	0,9	81,6	13,2	5,2	65,9	29,8	4,3	70	13,4	16,6

Fuente: Encuesta

Legenda: 1- Sin limitaciones; 2- Limitaciones ligeras-moderadas; 3- Limitaciones severas

Dentro de los APP, en la dimensión de *movilidad* de los trabajadores que presentaron problemas para caminar, aparece la hipertensión arterial con 30,4 % (tabla 4), aunque en realidad si no existen complicaciones, no debe afectar esta dimensión; los trastornos músculo esqueléticos, con 29,4 %, son la causa principal que produce limitaciones e incapacidad dentro de este grupo. La epilepsia apareció en un 9,8 %.

En esta dimensión de *movilidad* con problemas para caminar, el promedio de edad fue de 48 años, superior a los 41 años que presentaba la muestra de forma general, y concordante con la hipótesis de que al aumentar la edad, empeora el estado de salud, lo que muestra que a mayor edad mayor es la probabilidad de presentar algún problema de salud.

En la dimensión de *cuidados personales*, solo un

70,6 % no presentó limitaciones o problemas con el cuidado personal, siendo los problemas más frecuentes en las mujeres, y como en la dimensión movilidad, también refleja que a mayor edad mayor es la dificultad para realizar estas actividades, considerando que este por

ciento estuvo por debajo de lo esperado, ya que las personas incluidas en el estudio no presentaban limitaciones físicas aparentes. Otros estudios reportan por cientos mayores a estas limitaciones ¹¹.

Tabla 4
Problemas para caminar y antecedentes patológicos personales en los trabajadores de la salud del municipio Arroyo Naranjo, Ciudad de La Habana, Cuba. 2007

Antecedentes patológicos personales	Nº	%
Trastornos músculos esqueléticos	60	29,4
Hipertensión arterial	62	30,4
Diabetes mellitus	19	9,3
Cardiopatía isquémica	15	7,4
Asma bronquial	17	8,3
Epilepsia	20	9,8
Otros	11	5,4
Total	204	100,0

Fuente: Encuesta

El 24,2 % de la muestra manifestó presentar problemas ligeros a moderados, el 0,9 % severos en cuanto al vestirse y lavarse, no coincidiendo tampoco con lo reportado por el Dr. Salazar Estrada en su estudio de diabetes mellitus y calidad de vida, donde sin dificultades solo fue el 14,6 %, con limitaciones moderadas un 61,8% y severa un 23,6%¹², lo que reafirma que la diabetes mellitus es una enfermedad que puede evolucionar con complicaciones produciendo limitaciones e incapacidad en el trabajador.

En cuanto a las *actividades cotidianas*, el 81,6 % no presentó dificultades para la realización de la misma, un 13,2 % presentó algunos problemas y un 5,2 % refirió presentar problemas severos. El sexo femenino predomina tanto para los que presentan algunos problemas, 10,5 % por 8,0 % en el masculino, y de 6,9 % por 3,6 % en los que presentan problemas severos para la realización de dichas actividades.

Dentro de esta dimensión, en los APP se recoge la hipertensión arterial con un 9,0 % y los trastornos músculo esqueléticos con un 8,0 % como las entidades que más limitaciones produjeron. En esta dimensión de actividades cotidianas, estudios realizados en Asturias reportaron un 89 % ¹⁰, mientras que en Chile un 83,4 % ¹¹ de personas sin limitaciones para realizar actividades cotidianas (trabajar, estudiar, tareas domésticas y actividades familiares o durante el tiempo libre); se encuentran ambos estudios por encima del resultado alcanzado en nuestra investigación de 81,6 %, que a su vez es superior a lo reportado por la Dra. Morera Salas de 60% ¹³ y en los estudios del Dr. Salazar Estrada de 21,3 % y 57,2 %, respectivamente ^{12,14}.

En relación a la dimensión *dolor/malestar*, el 65,9 % refirió no presentar dolor ni malestar, un 29,8 % manifestó dolores ligeros a moderados, y un 4,3 % mucho dolor o malestar, donde las mujeres son las que más problemas reportaron, y si se asocia a los APP, también se repite la hipertensión arterial, con 14,4 %, y las alteraciones músculo esqueléticas, con 13,2 %, como las de mayor frecuencia, comparándolo con otros estudios, en la población asturiana se reporta sin dolor y malestar un 78 % ³⁷, que supera el 65,9 % de nuestro estudio. Sin embargo, Morera Salas reporta el 46,6 % en un grupo de la tercera edad del hospital de Guapiles ¹³. Salazar Estrada alcanza un 57,2 % de personas sin malestar en su estudio de usuarios de servicios sanitarios públicos en Guadalajara ¹⁴; y solo el 15,7 % en el estudio de pacientes diabéticos tipo II ¹², el Departamento de Estudio y Desarrollo de Chile reportó 49,6 % de personas sin limitaciones ¹¹. Esto demuestra que esta dimensión tiene una influencia gravitante en la valoración social del estado de salud.

En la dimensión *ansiedad/depresión*, un 70 % no presentaba dificultades relacionadas con la misma, un 13,4 % se encontraba moderadamente ansiosa y deprimida, y un 16,6 % muy ansiosa y deprimida, no coincidiendo con el estudio de la población asturiana, que solo presentó un 14,0 % de la población con este tipo de problema ¹⁰. El Departamento de Estudio y Desarrollo de Chile reportó un 56,7 % sin problema ¹¹, la Dra. Morera Salas 56,7 % ¹³ y Salazar Estrada 51,8 % en su estudio en usuarios de servicios sanitarios públicos ¹⁴, y de solo 5,6 % en lo relacionado con la calidad de vida del paciente diabético ¹², respectivamente.

Cuando observamos el estado general de salud (tabla 5) en el momento en que era encuestado y se compara con el estado de salud de los últimos 12 meses, el 52,2 % refirió sentirse o mantenerse igual al año anterior, un 35,7 % refirió sentirse mejor y el 12,1 % su estado de salud había empeorado. La Dra. Morera Salas reporta en su estudio que el 67 % de las personas manifestaron que su estado de salud era igual o mejor que hace 12 meses¹³; la frecuencia es inferior al 87,9 % que presentamos en nuestro estudio con un estado de salud igual o mejorado, y se pone de manifiesto nuevamente la edad como un factor o elemento importante.

En relación a la escala visual análoga (EVA), la media fue de 73,7 puntos, lo que coincide con lo reportado por el Dr. Salazar Estrada en su estudio de usuarios del servicio público en Guadalajara, que fue de 73 puntos¹⁴,

y en el estudio en la población adulta asturiana, con 72,9 puntos¹⁰. Aquí debemos señalar que esta encuesta, al ser el propio individuo quien valora su estado de salud en ese día, al marcar en lo referido al termómetro una puntuación en una escala de 0-100, el componente subjetivo es grande, porque en todas las dimensiones la población asturiana presentó menores limitaciones o problemas. Sin embargo, en la EVA, nuestro estudio supera la puntuación de la misma, cuando debía ser mayor para la población asturiana. También es ligeramente superior al 68,2 puntos presentado por el Dr. Salazar Estrada en su estudio de calidad de vida, salud y trabajo en relación con la diabetes mellitus tipo II¹², por lo que la existencia de diferencias culturales puede ser una limitante para la comparación del estado de salud desde el punto de vista de su percepción.

Tabla 5
Comparación del estado general de salud en el momento en que se realizó la encuesta con el de los últimos 12 meses en los trabajadores de la salud del municipio Arroyo Naranjo, Ciudad de La Habana, Cuba. 2007

Estado general de salud	Nº	%
Mejor	415	35,7
Igual	607	52,2
Peor	141	12,1
Total	1 163	100,0

Fuente: Encuesta

En cuanto al sexo, la EVA resultó ser en los hombres de 80,2 puntos y en las mujeres de 70,8 puntos, lo que ratifica la diferencia de género; las mujeres presentan peores resultados, ya que presentan peor estado de salud en todas las dimensiones con respecto a los hombres. Los resultados por sexo también son superiores a otros estudios encontrados como los del Dr. Salazar Estrada, que fue de 68 puntos para ambos sexos¹⁴, y de 75,2 puntos para hombres y 70,8 puntos en mujeres en la población asturiana¹⁰.

Hay que señalar que 43 personas, que representan un 3,7 %, marcaron cero en la escala del termómetro (EVA), definido como un estado grave o de muerte; de ellos, el 90,1 % era del sexo femenino y 317 trabajadores; el 27,2%, marcaron el máximo de puntos, 100, y el 71,9 % fue del sexo femenino.

De todo este análisis descriptivo y conociendo que no hay una regla o estándar de oro con que se pueda comparar los resultados de este estudio, se desprende que solo el 32,1 % de los encuestados se declara sin problemas de salud en las 5 dimensiones de la encuesta EuroQol 5D (estado 11111). Esta cifra está por debajo de los resultados esperados para una población trabajadora y relativamente joven, aunque el resultado se aproxima al 37 % encontrado por el Departamento de

Estudio y Desarrollo de Chile 2005. Otros estudios realizados en Cataluña en 1996 reportan que el 67 % de la población general no presentaba problemas de salud (Badia 1998)¹⁵, y en Alemania en el año 2003, el 64 % de la muestra de una población general no presentaban problemas de salud (Koning 2005)¹⁶.

De manera general, en lo referente a la calidad de vida relacionada con la salud, solo un tercio de los encuestados se declaró sin limitaciones en las 5 dimensiones del cuestionario EuroQol 5D (estado 11111), cifra que estuvo por debajo de los resultados esperados, y existiendo diferencias de género donde las mujeres presentan peores resultados, y que a mayor edad, empeora el estado de salud, por lo tanto, mayor probabilidad de presentar algún problema, siendo las dimensiones dolor/malestar y ansiedad/depresión las que más afectan a los trabajadores en nuestro medio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Patrick DL, Bergner M. Measurement of health status in 1990s. *Ann Rev Public Health* 1990;11: 165-83.
2. Jova R, Ramírez I. Escala visual análoga y calidad de

- vida asociada a salud en Centro Habana. Cuba. 2005. Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/php>.
3. Vandale S, Durán LG. La medición de estado de salud de la población: una actividad fundamental para los servicios de salud. *Revista de Salud Pública* 1985;27(2):116-23
 4. Ruiz M, Martínez G. Bases para la evaluación de la atención de las unidades de salud médicas del sector salud. *Revista de Salud Pública* 1990;32 (2):156-69.
 5. González M. EuroQol 5D. *Rev Cien Enfer* 2010; 14(1):34.
 6. Dyfrig AH. Feasibility, validity and reliability of the Welsh version of the EQ-5D health status questionnaire. *Quality of Life Research* 2007;11 (16):1419-23.
 7. Encuesta de salud para Asturias 2002. Calidad de vida relacionada con la salud, Abril 2004.
 8. Margolles M, Dónate. I. Encuesta de salud para Asturias 2008. Dirección General de Salud Pública y participación. Febrero 2009. Disponible en: <http://www.asturia.es>.
 9. Departamento de Estudio y Desarrollo. Calidad de vida relacionada con la salud (HR-Qol) en población general de Chile. Santiago de Chile: Departamento de Estudio y Desarrollo; 2006.
 10. Salazar JG, et al. Calidad de vida, salud y trabajo y la relación con la diabetes mellitus tipo II. *Revista de Salud y Trabajo* 2009;10(3).
 11. Salas M, Cascante M, Zúñiga E. Medición de la calidad de vida de un grupo de personas de la tercera edad del hospital de Guapiles. Una aplicación del instrumento EuroQol 5D. *Revista de Ciencia Administrativa y Financiera de la Seguridad Social* 2005;13(1). ISSN 1409-1259.
 12. Salazar JG; González M, Colunga, Pandos. Trabajo, calidad de vida y salud. Estudio en usuarios de servicios sanitarios públicos en Guadalajara. *Revista de Psiquiatría* 2008;72(2):150.
 13. Badia X, Shidffino A. Alonso. J, Herdman M. Using the EuroQol 5D in th Catalan general population. Feasibility and construct validity. *Quality of Life Research* 1998;7:311-21.

Recibido: 14 de abril de 2011

Aprobado: 26 de marzo de 2012