

Trabajo, calidad de vida y salud

Estudio en usuarios de servicios sanitarios públicos en Guadalajara

Autores

José Salazar

Doctor en Ciencias, Profesor Investigador, Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Departamento de Salud Pública. Sierra Mojada 750, puerta 1, colonia Independencia. CP 44340, Guadalajara Jalisco, México. teléfono y fax (01) 33 105 85 239 y (01) 33 105 85 240.

Mario González

Maestro en Ciencias, Profesor de la Secretaría de Educación Jalisco, prolongación Alcalde S/N, colonia la Normal, Guadalajara, Jalisco.

Cecilia Colunga

Doctora en Ciencias, Investigadora del Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente, Belisario Domínguez 1000, colonia Independencia, CP 44340, Guadalajara Jalisco.

Manuel Pando

Doctor en Ciencias, Profesor Investigador, Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. Departamento de Salud Pública, Sierra Mojada 750, puerta 1, colonia Independencia. CP 44340, Guadalajara Jalisco, México teléfono y fax (01) 33 105 85 239 y (01) 33 105 85 240.

Correspondencia:

Cecilia Colunga. Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente, Belisario Domínguez 1000, colonia Independencia, CP 44340, Guadalajara Jalisco, México. ccolungar@yahoo.com Teléfono (01) (33) 36683000 ext. 31663.

Resumen

Para comparar calidad de vida (CV) y salud general (SG) en trabajadores usuarios de centros de salud en Guadalajara, se realizó estudio transversal analítico. Se aplicó a muestra no probabilística de 261 adultos, 110 trabajadores asalariados y 151 sin empleo, EuroQOL D-5 y General Health Questionnaire, se registró diagnóstico de diabetes. Se usó Ji2 OR y F de Fisher, con SPSS 10.0, considerando significativa $p < 0.5$.

Se encontró más hombres en trabajadores versus no trabajadores (65% vs. 17%) ($p=0.00$), edad 54 vs. 56 años (0.00), escolaridad sin diferencias; más viudos en quienes no trabajan (11% vs. 20%) ($p=0.05$); mayor frecuencia de diabetes en trabajadores. La CV fue mayor en trabajadores (73 vs. 70 puntos) ($p=0.02$), más ansiedad/depresión en no trabajadores (61% vs. 48%) ($p=0.03$), OR 1.72 (1.02-2.93). En SG los trabajadores califican mejor (73% vs. 49%); OR 2.41 (1.37-4.27) ($p=0.00$). Los resultados sugieren influencia positiva del trabajo en la valoración subjetiva de bienestar, a pesar de la enfermedad física.

Palabras clave

Trabajo
Calidad de vida
Salud general
Adultos

Summary

A transversal analytic study was carried out to compare quality of life (QOL) and general health (GH) in workers users of health centers in Guadalajara. The non-probabilistic sample included 261 adults: 110 wage earning workers and 151 unemployed. EuroQOL D-5 and the General Health Questionnaire were applied, and the diagnosis of diabetes was registered. Ji2 OR and F of Fisher were used, con SPSS 10.0, considering significant $p < 0.5$.

More men were found in the employed group versus the unemployed one (65% vs 17%) ($p=0.00$), resulting the mean ages 54 vs 56 years old respectively for the mentioned groups (0.00), which had no instruction level differences between them. There were more widowers in the out of work (11% vs 20%) ($p=0.05$) and highest frequency of diabetes was found in workers. QOL was higher in workers (73 vs 70 points) ($p=0.02$), and anxiety/depression were higher in unemployed (61% vs. 48%) ($p=0.03$), OR 1.72 (1.02-2.93). Workers qualified better in GH (73% vs 49%); OR 2.41 (1.37-4.27). The results suggest positive influence of work in the subjective assessment of welfare, despite physical illness.

Key words

Work
Quality of life
General health
Adults

Introducción

Las condiciones de trabajo en el mundo, especialmente entre las personas con más bajos recursos, se encuentran lejos de proporcionar las posibilidades para vivir dignamente y para ofrecer condiciones saludables y calidad de vida a las personas. La Oficina Internacional del Trabajo (OIT) señala que cinco de cada diez personas en el mundo tienen empleos vulnerables, ya sea como trabajadores familiares auxiliares, o como trabajadores por cuenta propia con un mayor riesgo de quedar desprotegidos¹. Asimismo, se estima que unos 487 millones de trabajadores (16,4% del total) no perciben salario suficiente para mantenerse a sí mismos y a sus familias¹; dentro de esta categoría se encuentran trabajadores que por sus condiciones laborales no tienen el beneficio de ser derechohabientes de la seguridad social en México, lo cual los obliga a utilizar los servicios de salud públicos, destinados a población abierta. Muchos de estos trabajadores se dedican a actividades del campo en zonas rurales y semiurbanas en ciudades como Guadalajara, en México. Estas condiciones de trabajo pueden condicionar la forma de percibir la salud propia y de considerar la CV personal.

Respecto a la CV, esta representa un constructo multidimensional y dinámico, en un inicio evaluado desde situaciones objetivas como indicadores metabólicos y funcionalidad física, y que en la actualidad incluye la valoración subjetiva del nivel de bienestar de un individuo. Desde esta perspectiva, se puede definir como “la percepción personal que un individuo tiene de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y valores en que vive, y se relaciona con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”². La CV, asociada al sentimiento de bienestar, plenitud y felicidad o el vivir bien, se ha convertido en una preocupación cada día mayor, en grupos de investigadores con una visión más integral de la salud.

Desde la época de los sesenta, se viene prestando un creciente interés en el estudio de los determinantes de la calidad de vida por parte de los científicos sociales. En años

recientes, un número considerable de autores se ha ocupado de definir o estudiar el concepto Calidad de Vida (CV) y sobre todo, de buscar su relación con la Salud General (SG)³.

La CV no es un concepto nuevo, se ha venido aplicando a diversos campos, hasta el punto en que hoy el término se ha convertido en uno de los más usados en el lenguaje común. La conceptualización del término calidad de vida emerge como una constante, tiene un carácter globalizado e integral. De ahí se desprende que la CV se debe considerar como una entidad multidisciplinaria que es aplicable e inherente a todos los temas de la sociedad y del mundo, digna de contemplarse desde una perspectiva política, económica y social.

La mayoría de los autores está de acuerdo en que el concepto CV es multidimensional, un macroconcepto que implica los diversos componentes o condiciones, con peso o importancia que varía según una serie de parámetros personales o sociales.

Aunque no existe un consenso único respecto a un modelo conceptual y cómo debe de operacionalizarse en el campo de la salud, una de las definiciones de CV más apropiadas para su estudio es la siguiente: “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 permita realizar las actividades que le son importantes y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones más relevantes que incluyen la calidad de vida relacionada con la salud son: el funcionamiento social, físico y cognitivo, la movilidad, el cuidado personal y el bienestar emocional⁴. Esta definición retoma los aspectos importantes del modo como se percibe la propia salud y es utilizada con frecuencia como sinónimo del concepto de salud autopercibida, lo cual nos facilita un acercamiento a la propia subjetividad de la gente en el contexto de la calidad de vida.

La mayoría de los instrumentos que miden CV relacionada con la salud se constituye siguiendo un modelo psicométrico que se basa en la capacidad del individuo para discernir entre estímulos de diferente intensidad. En

la mayoría de los instrumentos cada aspecto está representado en una dimensión, definida a través de una serie de preguntas que miden en su conjunto el sentido de CV o en su caso, el de bienestar, generando un perfil del estado de salud. Para su evaluación, encontramos instrumentos que se clasifican en genéricos y específicos, de acuerdo con el aspecto de lo que se busca. Los genéricos, principalmente en población sana. Los específicos, considerados como aquellos que profundizan en determinados problemas de salud, más enfocados a la determinación de su bienestar y al impacto de la enfermedad en su vida⁵⁻⁷.

El cuestionario EuroQOL D-5 es un instrumento genérico de medición de la CV relacionada con la salud, que puede utilizarse tanto en el individuo relativamente sano, como en grupos de pacientes con diferentes patologías. Fue diseñado como un instrumento sencillo que pudiera ser administrado en condiciones muy variadas de medición. El propio individuo valora su estado de salud, primero en niveles de gravedad por dimensiones (sistema descriptivo), con cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada una de ellas con tres niveles de gravedad. El uso de la Escala Visual Analógica (EVA) proporciona una puntuación complementaria al sistema descriptivo de la autoevaluación del estado de salud del individuo⁸⁻¹⁰.

Debido a la importancia que tiene, no solo el bienestar físico para las personas, sino el considerarse satisfecho con sus condiciones de vida y su salud, el propósito principal en este trabajo fue evaluar y comparar la calidad de vida y salud general en adultos con y sin trabajo remunerado, que acuden a centros de salud en Guadalajara.

Material y método

Con diseño observacional, transversal, comparativo, utilizando una muestra no probabilística, en población con trabajo asalariado y población sin trabajo, se incluyó, al azar,

adultos entre 45 a 65 años, de ambos sexos. Los encuestados son asistentes de atención primaria, en cuatro Centros de Salud, en la zona metropolitana de Guadalajara. En total fueron encuestados y evaluada la CV de 261 personas, de las cuales 110, en el momento del estudio, contaban con trabajo asalariado y 151 no tenían trabajo.

Para evaluar la CV de ambos grupos se elaboró un encuesta basada en el EuroQOL D-5, que es un cuestionario estandarizado de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), el cual se fundamenta en preferencias poblacionales, describe el estado de salud en cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, y ansiedad/depresión), cada una de las cuales se divide en tres niveles de gravedad. También consta de una escala visual analógica (EVA) milimetrada, en la cual el sujeto puede puntuar su estado de salud el día de la encuesta, siendo los extremos de la escala el peor estado imaginable (0) y el mejor estado de salud imaginable (100). También utilizamos el General Health Questionnaire (GHQ), el cual evalúa el estado de salud general autopercebida, especialmente, en lo que se refiere a la presencia de ciertos estados emocionales, por lo que ha sido considerado como instrumento para evaluar bienestar psicológico relacionado con sentimientos de bienestar. Uno de sus usos en investigación ha correspondido al estudio de la repercusión sobre la salud mental y bienestar ante situaciones estresantes diversas. Por nuestra parte, consideramos que el tener empleo remunerado representa una situación que influye en el sentimiento de bienestar y de calidad de vida en las personas. El GHQ es un cuestionario validado en población de habla hispana y apto para ser utilizado en el primer nivel de atención, su coeficiente alfa de Cronbach es de 0.89 y contiene ítems estilo escala Likert. A los instrumentos anteriores se añadió datos generales, como género, edad, escolaridad y estado civil; además registramos del expediente clínico, el diagnóstico de diabetes, considerada una de las más frecuentes enfermedades, en el grupo de edad que estudiamos.

Tanto la encuesta como la evaluación de CV y SG fueron realizadas por personal pre-

viamente adiestrado en la utilización de los instrumentos. A las personas encuestadas se les explicó el motivo del estudio y la libertad que tenían de participar o no en el mismo, respetando su confidencialidad y solicitando su consentimiento verbal.

Para el análisis de los datos se formaron 2 grupos, uno conformado por las personas que tenían en ese momento trabajo remunerado y el otro, por quienes no lo tenían en el momento del estudio. Como método estadístico se utilizó para las variables numéricas, medias y desviación estándar y para las categóricas, tablas porcentuales y de frecuencias. El análisis univariado entre distintas categorías de CV se realizó utilizando el test de la Ji^2 , por medio del programa SPSS 10.0 para Windows y se obtuvo razón de momios (OR con IC 95%). Para los datos numéricos se aplicó análisis de varianza y para los categóricos, comparación de porcentajes; consideramos como significancia estadística una p menor o igual a 0.05.

Resultados

El porcentaje de entrevistas completadas fue del 100%; no hubo negativas de las personas requeridas para participar en el estudio. De los 261 entrevistados, 110 son trabajadores. Existieron diferencias en sexo en quienes trabajan, con 65% hombres, y en quienes no trabajan con 17% ($p=0.00$); la edad también mantuvo diferencias en ambos grupos, 54 vs. 56 años (0.00). La escolaridad no mostró diferencias y predominó la de nivel básico en ambos grupos; en estado civil, solo hubo diferencia entre los viudos, siendo mayor el porcentaje en los que no trabajan (11% vs. 20%) ($p=0.05$). (Tabla 1)

En la evaluación de CV el promedio de calificación de la EVA fue mayor en quienes tienen trabajo (73 vs. 70 puntos) ($p=0.02$). Separando por dimensiones solo en la dimensión ansiedad/

Descripción general de la muestra

Variables		Con trabajo N=110	Sin trabajo N=151	Significancia $P \leq 0.05$
Sexo	Femenino	35%	83%	0.000 Chi=63.15
	Masculino	65%	17%	
Edad	Promedio	54.15±6.49	56.87±7.46	0.002
Escolaridad		%	%	
	Ninguna	1	5	NS
	Primaria incompleta	21	25	NS
	Primaria completa	45	44	NS
	Secundaria	23	20	NS
	Bachillerato	9	4	NS
Estado civil	Licenciatura	1	2	NS
	Soltero	7	7	NS
	Casado	62	61	NS
	Unión libre	8	3	NS
	Viudo	11	20	0.05
Diabetes tipo 2	Divorciado	12	9	NS
	Sí	44	28	0.00
No	56	72		

Fuente: Encuesta.

Tabla 1

depresión encontramos diferencias estadísticas relacionadas con el trabajo ($p=0.03$), con una OR 1.72 (1.02-2.93, IC 95%), lo que sugiere mayor ansiedad/depresión en quienes no tienen trabajo (61% vs. 48%) (tablas 2 y 3).

En cuanto a la evaluación de salud general realizada por la población, también se encontró diferencias. Quienes tienen trabajo remunerado califican mejor su salud general que quienes no tienen empleo (73% vs. 49%) con una OR de 2.41 (1.37-4.27, IC 95%) ($p=0.00$). (Tabla 4)

Discusión

Los problemas metodológicos que implica la evaluación de calidad de vida son dos, primero porque los instrumentos utilizados se consideran medidas “blandas” y segundo, porque no hay un estándar de oro con que se pueda comparar la medición. Actualmente existen los instrumentos genéricos y específicos⁶.

Tabla 2

Distribución de frecuencias basada en las dimensiones del cuestionario EuroQOL D-5 y su significancia estadística

Distribución de frecuencias															
Trabajo remunerado	Nivel* de problema y dimensión														
	Movilidad			Cuidado personal			Actividades cotidianas			Dolor/malestar			Ansiedad/depresión		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Con (n=110)	70	28	12	71	33	6	63	41	6	63	42	5	57	38	15
Sin (n=151)	80	51	20	86	52	13	73	61	17	78	56	17	58	60	33
Valor p	No significativa <0.05												P=0.03		

Fuente: Escala EuroQOL D-5. *1 bajo, 2 medio, 3 alto.

Tabla 3

Auto-calificación de salud personal (EVA)*	
Población	Calificación promedio
Con trabajo (n=110)	73.2
Sin trabajo (n=151)	70.6
Valor p	0.02

Fuente: Cuestionario. *Escala de 0 a 100.

Tabla 4

Percepción de salud general en trabajadores y no trabajadores

Percepción de salud general		
Valores	Trabajadores (N=110)	No trabajadores (N=151)
Inferior al promedio	80	74
Igual o superior al promedio	30	67
Valor p= 0.00		

Fuente: Escala de Salud General de Goldberg.

En esta investigación se utilizó un instrumento genérico, ya que incluía a dos grupos de personas sin una enfermedad específica, buscando asociar la calidad de vida y la salud general, con el trabajo.

El estado de salud de las personas es uno de los principales indicadores de calidad de vida, pero también es un constructo complejo en el que a su vez influyen diversos factores. En el caso del presente estudio, se encontró que los trabajadores, a pesar de tener más frecuencia de enfermedades crónicas, como la diabetes, reportan mejor calidad de vida, contrario a lo referido en el trabajo de Aspiazu y colaboradores, donde se menciona que el mero conocimiento de padecer una enfermedad, independientemente del deterioro físico que produzca, puede dar lugar a un cambio en las actividades o comportamientos de las personas y a un empobrecimiento en la percepción de su salud y con ello de su calidad de vida¹⁰.

Aunque en esta muestra no se encontró esta pobre percepción de CV en los trabajadores, sí se halló en los no trabajadores, quienes incluso reportan mayores niveles en la subescala ansiedad/depresión. Probablemente este hecho se deba a que las condiciones económicas y el no tener empleo, lleven a las personas a un deterioro en su percepción de bienestar y a la incertidumbre de su condición económica.

Asimismo, la percepción de la salud general es más elevada en quienes tienen un empleo remunerado; esto ocurre a pesar de la más alta frecuencia de diabetes. Lo anterior coincide con datos reportados en personas de mayor edad, quienes parecen sentirse más satisfechas con su calidad de vida, a pesar de existir enfermedad crónica. También coincide con hallazgos en estudio previo realizado por Salazar y colaboradores¹¹, quienes analizaron calidad de vida relacionada con diabetes tipo 2 y encontraron que las personas sin enfermedad física son más exigentes al evaluar su CV.

Por otra parte, los factores sociodemográficos tienen un efecto modulador en cada una de las fases de la vida y de la forma en que se les perciba. Así, las personas de mayor edad con un mismo grado de problemas de

salud se perciben como más sanas que las de menor edad¹⁰.

En la presente investigación se tomó personas en etapa económicamente productiva, aunque, por el promedio de edad, en el ciclo familiar ya pudiera presentarse la ausencia de niños pequeños y crisis en las parejas asociadas a la edad, tanto para sexo femenino como para masculino, además de etapas relacionadas con la disminución o pérdida de la fase reproductiva para las mujeres y el climaterio, lo cual puede atraer estados emocionales con presencia de trastornos afectivos, tal el caso de la ansiedad o la depresión como resultado de efectos hormonales. En los resultados, resaltó la dimensión ansiedad/depresión, que se podría analizar estratificando las muestras por sexo y edad para comparar resultados y determinar si, efectivamente, el sexo femenino presentó una percepción más deteriorada de CV. En este sentido, diversos autores han investigado factores que son considerados importantes para la calidad de vida por las personas de edad, encontrando como variables más significativas, las relaciones familiares y contactos sociales, la salud general, el estado funcional, la vivienda y la disponibilidad económica. La capacidad de control y las oportunidades potenciales que la persona tenga a lo largo de su vida, son factores que requieren de una medición más especializada, donde se incorporen, no solo escalas de medición, sino metodología cualitativa que logre captar parte de la subjetividad y de los significados que las personas otorgan a su estado de salud o enfermedad. Lo que los mayores necesitan para disfrutar es ser productivos y contribuir activamente en la vida. El crecimiento personal, el tener un propósito en la vida y una meta, y la calidad de las relaciones personales, son parte de un funcionamiento positivo en la edad avanzada. Las aspiraciones de autodesarrollo y el interés en el bienestar de los demás, se asocian con sentimientos de bienestar en la vejez³, que a su vez impactan en su calidad de vida y su salud general.

Consideramos la calidad de vida como un proceso dinámico que incluye interacciones continuas entre el paciente y su entorno¹². La calidad de vida sería una resultante de la

interacción que tiene el sujeto en su contexto, con la propia personalidad, la cultura, la forma como concibe a la enfermedad, el apoyo social o las redes sociales con que cuenta, los aspectos laborales o de trabajo, la etapa de la vida en que se encuentre y todos aquellos factores socioeconómicos que rodean a una persona que ha sido diagnosticada con una u otra enfermedad.

Los instrumentos para medir calidad de vida deben de ser sencillos para poder ser aceptados por la población y tener validez, es decir, que midan lo que realmente dicen medir. En el presente trabajo la aplicación del EuroQOL D-5 fue buena, tanto para el que la administró como para el entrevistado, con poco tiempo para contestar y facilidad de responder.

Una limitación probable de este estudio es la cantidad de la muestra y su carácter no probabilístico, lo que hace necesario ampliar el tamaño de la muestra y hacer un muestreo probabilístico, así como ampliar las preguntas de índole cultural y socioeconómico, ya que CV viene a denotar la existencia de un especial interés y preocupación por el bienestar, la satisfacción y la felicidad.

Consideramos necesaria la realización de una adaptación transcultural del cuestionario o realizar un estudio comparativo con otro instrumento, para identificar el nivel de validez del mismo así como su sensibilidad, aunque se reconoce la ausencia de un estándar de oro para la medición de CV, que nos lleve a conocer mejor la salud percibida por nuestros grupos y contribuir como personal de salud a mejorar la calidad de vida de la población enferma y no enferma.

Conclusiones

De acuerdo con los resultados de este estudio, predomina el sexo femenino, la edad media es alrededor de la quinta década de la vida, la

escolaridad es de nivel básico en la población estudiada.

Las diferencias entre los grupos se expresaron en el género, edad y existencia de diabetes. Quienes trabajan son hombres de 54 años, con estudios mínimos y casados. Se encontró mayor frecuencia de diabetes en quienes trabajan; no obstante, califican mejor su calidad de vida y su salud general que quienes no trabajan. En estos últimos existe mayor proporción de ansiedad/depresión, lo cual sugiere una influencia positiva en la valoración subjetiva de bienestar, a pesar de tener enfermedad física.

Estos resultados deben ser considerados por los profesionales de los Centros de Salud que tienen un contacto primario con personas adultas, para programar actividades preventivas y de promoción de salud, tanto hacia grupos de trabajadores como hacia quienes no tienen empleo remunerado, porque tienen mayor riesgo de presentar depresión.

Referencias bibliográficas

1. Oficina Internacional del Trabajo (OIT). Tendencias mundiales de empleo. Revista Trabajo 2008; 62:38-39.
2. The World Health Organization Quality of Life Assessment. Position Paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995; 41(10):1403-1409.
3. **Martínez García MF, García Ramírez M.** La autopercepción de la salud y el bienestar psicológico como indicador de calidad de vida percibida en la vejez. Journal of Health Psychology 1994; 6:55-71.
4. **Shumaker S, Naughton M.** The International Assessment of Health-Related Quality of Life: a theoretical perspective. In: Shumaker S, Berson R, editors. The international assessment of health-related quality of life: theory, translation, measurement and analysis. Oxford: Rapid Communications; 1995.

5. **Schwartzmann L, Guerra A, Olaizola I y cols.** Validación de un Instrumento para medir Calidad de Vida en Hemodiálisis crónica; Perfil de impacto de la enfermedad. *Rev Med Urug* 1999; 15:103-109.
6. **Velarde Jurado E, Ávila Figueroa C.** Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública de México* 2002; 44:448-464.
7. **Herdman M.** La medición de la calidad de vida relacionada con la salud. *Med Clin* 2000; 114:22-25.
8. **Herdman M, Badia X, Serra S.** El EuroQOL-5D; una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Prim* 2001; 425-430.
9. **Augustovski F, Velázquez A, Irazola V.** Evaluación del EuroQOL (EQ-5d) en población argentina. *Leccs* 2005.
10. **Aspiazu Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR et al.** Factores asociados al mal estado de salud percibido o a la mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública* 2002; 76:683-699.
11. **Salazar Estrada JG, Colunga Rodríguez C, PANDO M, Aranda Beltrán C, Torres López TM.** Diabetes y Calidad de Vida: estudio comparativo en adultos con y sin diagnóstico de diabetes tipo 2 atendidos en centros de salud en Guadalajara. *Investigación en Salud* 2007; 9(2):88-93.
12. **Porter GA.** Assessing the outcome of rehabilitation in patients with end-stage renal disease. *Am J Kidney Dis* 1994; 24:S22-S27.