



ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA "CASA DE SALUD VALDECILLA"

Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Health-Related Quality of Life

Alumno: Celia Maza Oti
Tutor: María del Carmen Ortego Maté

TRABAJO FIN DE GRADO

Grado en Enfermería: Curso Académico 2015/2016

Junio 2016

Índice

Resumen	3
Abstract.....	3
1. Introducción.	4
1.1. Objetivos del trabajo.	5
1.2. Estrategia de búsqueda bibliográfica.	5
2. Calidad de vida.	7
2.1. Definición	7
2.2. Métodos de valoración.....	8
3. Calidad de vida relacionada con la salud.	9
3.1. Definición	9
3.2. Proceso de elaboración de instrumentos de medida.	9
3.3. Instrumentos de medición	10
4. Calidad de vida laboral en los profesionales sanitarios.	13
4.1. Hospitales magnéticos.....	15
4.3. Instrumento de medición de la calidad de vida laboral.....	15
5. Papel de enfermería	16
5.1. Aplicación al trabajo diario de enfermería	17
5. Reflexiones.	20
7. Referencias bibliográficas.....	21
8. Anexos.....	25

Calidad de Vida Relacionada con la Salud

Resumen

En los últimos años, la evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) ha suscitado un gran interés dentro de los profesionales sanitarios. Aunque su medición no es una tarea sencilla, se han desarrollado diferentes instrumentos que facilitan esta importante tarea. El papel de enfermería adquiere gran relevancia debido a la multitud de intervenciones existentes para mantener o mejorar la CVRS de los pacientes.

La calidad de vida laboral también está adquiriendo gran importancia, especialmente dentro del ámbito sanitario cuyas características laborales fomentan la aparición de patologías que afectan negativamente a la calidad de vida de los profesionales.

Palabras clave: Calidad de Vida Relacionada con la Salud, cuestionarios, enfermería, calidad de vida laboral.

Health-Related Quality of Life

Abstract

In recent years, the assessment of Health-Related Quality of Life (HRQOL) has attracted great interest in health professionals. Although its measurement is not a simple task, different instruments have been developed to facilitate this important task. The nursing role is so relevant because there are many interventions to keep or improve the HRQOL of patients.

The quality of working life is also becoming more important, especially in the health field whose job characteristics encourage the onset of diseases that negatively affect the quality of life of health professionals.

Key words: Health-Related Quality of Life, questionnaires, nurse, quality of working life.

1. Introducción

La satisfacción de las necesidades básicas siempre ha sido una de las mayores preocupaciones del ser humano; lograr adquirir o mantener una buena calidad de vida pasa a ser el principal objetivo de toda persona (1,2).

“Calidad de vida” no es, por tanto, un concepto nuevo; ya en los años setenta, ante la disposición tanto de los profesionales sanitarios como de los políticos para conseguir una mayor información y mejorar la percepción ciudadana, cobraron gran importancia los estudios sobre la calidad de vida (2).

Del mismo modo, las desigualdades generadas por la industrialización y las diferencias en el desarrollo económico de cada país, e incluso dentro del mismo, aumentaron el deseo de conocer el estado en el que se encontraban las diferentes poblaciones (2). Actualmente, las propuestas de la mayoría de los gobiernos están centradas en conseguir aumentar la calidad de vida de sus ciudadanos (3).

Por otro lado, los avances científicos y tecnológicos han permitido a la medicina duplicar la esperanza de vida (1,4), junto a ello también han aumentado las enfermedades crónicas y, por ende, la preocupación acerca de la calidad de vida relacionada con la salud ya que lo que busca la población es vivir más pero en las mejores condiciones posibles.

Asimismo, conocer la percepción que cada paciente tiene de su enfermedad y del tratamiento que se le está administrando, permite a los profesionales sanitarios individualizar los planes de cuidado y de este modo, conseguir mejorar la calidad de vida de la población.

Otra muestra de la importancia actual del tema a tratar es el cambio en el modelo sanitario (1,5), convirtiéndose éste en un modelo biopsicosocial en el que el paciente es partícipe de las decisiones que se toman sobre su salud y estas están asociadas a su percepción de calidad de vida. A esto hay que añadir que, en los últimos años, se ha producido un importante incremento en el número de referencias bibliográficas relacionadas con la calidad de vida (5).

En esta monografía se recoge, en una primera parte el concepto de calidad de vida; en la segunda parte se relaciona dicho concepto con la salud y se describen los diferentes instrumentos que miden la calidad de vida. En la tercera parte, se define la calidad de vida laboral y la forma en la que ésta afecta a los profesionales de enfermería y en la cuarta parte, se exponen algunas intervenciones que pueden ser realizadas por parte de los profesionales para aumentar o mantener la calidad de vida de los pacientes. Finalmente, en la última parte, se realiza una breve reflexión.

1.1. Objetivos del trabajo

El principal motivo para la realización de éste trabajo es el aumento de la esperanza de vida y de las enfermedades crónicas que conduce a un incremento de la preocupación por conseguir una buena calidad de vida no sólo por parte de la población, sino también de los profesionales sanitarios.

En este proyecto se plantean los siguientes objetivos:

Objetivo general	Analizar el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y su importancia en la actualidad.
Objetivos específicos	<p>Describir el concepto de calidad de vida.</p> <p>Definir calidad de vida relacionada con la salud.</p> <p>Explicar los instrumentos de medida.</p> <p>Determinar como la calidad de vida laboral afecta a los profesionales.</p> <p>Enumerar diferentes intervenciones que los profesionales de enfermería pueden llevar a cabo para aumentar o mantener la calidad de vida.</p>

1.2. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Para la realización de esta monografía, la búsqueda bibliográfica se llevó a cabo entre los meses de Noviembre del 2015 y Abril del 2016, en diferentes bases de datos específicas de Ciencias de la Salud, tesis doctorales y páginas web de internet.

Los artículos seleccionados fueron tanto en inglés como en español, limitando la fecha de publicación en el intervalo de tiempo desde el 2005 a la actualidad. Se excluyeron aquellos artículos que no se encontraban en el idioma previamente mencionado, que no aportaban información relevante o que no tenían acceso abierto gratuito. Algún artículo que se encontraba fuera del intervalo de tiempo antes descrito fue conservado por considerar que describía información relevante. La búsqueda permitió encontrar 153 estudios de los que se seleccionaron 47 (Fig. 1).

Para localizar artículos con las características previamente definidas, se emplearon diferentes bases de datos:

- Cochrane Plus
- PubPsych
- ISI Web of Knowledge
- Scielo
- Dialnet
- PubMed

La búsqueda se realizó utilizando combinaciones de las palabras clave (calidad de vida relacionada con la salud, cuestionarios, enfermería, calidad de vida laboral) con los descriptores booleanos (And, Or, Not).

Para la búsqueda se utilizaron los términos DeCs: calidad de vida, educación en enfermería, encuestas y cuestionarios y MeSH: Life quality, healthcare quality assurance, nursings, questionnaires and surveys.

Con el fin de incrementar la búsqueda, estos términos se combinaron con otras palabras como: salud o calidad de vida laboral.

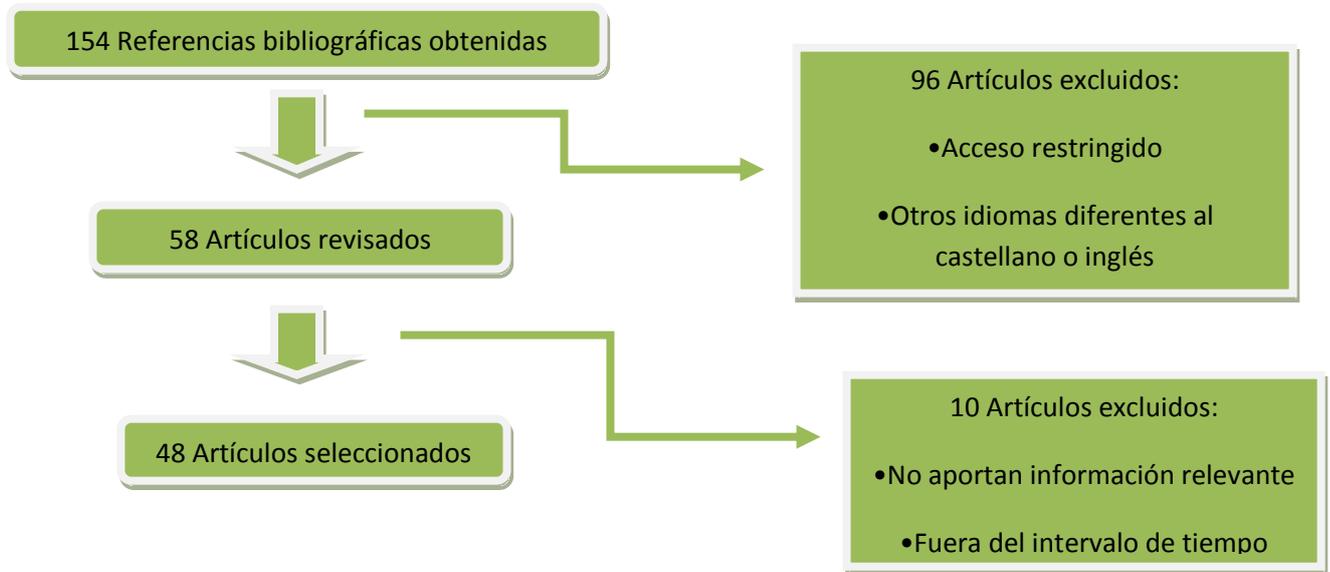


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección

2. Calidad de vida

2.1. Definición

El Diccionario de la Real Academia Española, 2001, define la calidad de vida como el conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida.

No obstante, ofrecer una definición unánimemente aceptada es difícil debido a su carácter temporal, la diversidad de enfoques interesados en su estudio y la dificultad para establecer una línea divisoria con otros constructos como bienestar (2, 6,7).

En general se acepta que la calidad de vida engloba varios aspectos: el contexto de la persona (su situación laboral, vivienda, accesibilidad a educación y sanidad), el medio ambiente en el que se encuentra, sus relaciones sociales y su situación psicológica (2). Por tanto, el concepto de calidad de vida incluye tanto elementos objetivos como subjetivos.

Muchos autores consideran que la idea de bienestar se encuentra definida dentro de la calidad de vida (2,6,7) por ese motivo, frecuentemente, se emplean ambos conceptos indistintamente. Existen dos perspectivas cuyo fin es el estudio del concepto de bienestar: la hedónica, que se centra en adquirir una satisfacción integral con la vida y la eudaimónica que estudia los procesos necesarios para adquirir un buen nivel de vida (7,8).

Durante la década de los 50s se incorporó en el concepto de calidad de vida la evaluación del bienestar objetivo que se centra principalmente en la valoración de los ingresos económicos. Más adelante, a mediados de los 70s e inicio de los 80s, se introdujo el bienestar subjetivo, también llamado felicidad que determina el grado de satisfacción de los individuos con su vida (2) (Fig. 2).

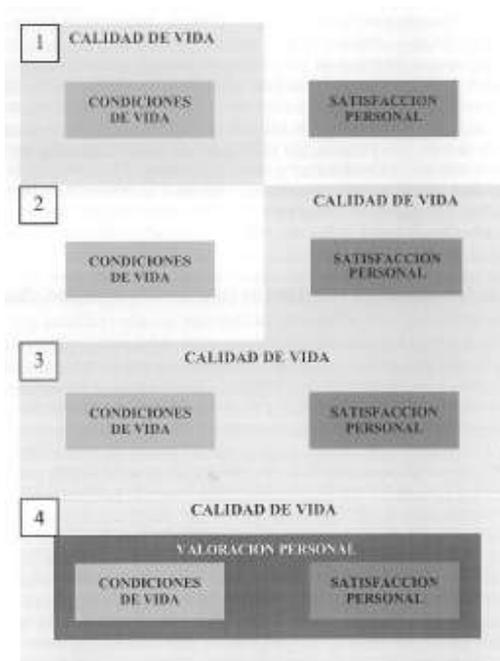


Figura 2. Evolución del concepto de calidad de vida

Fuente: Espinosa, F. Aproximación teórica al concepto de calidad de vida. Entre las condiciones objetivas externas y la evaluación subjetiva de los individuos. Revista de antropología experimental 2014; 14(23):331-347

Dentro de la calidad de vida es posible distinguir tres dimensiones; por un lado, la calidad del entorno, es decir, el ambiente en el que las personas se encuentran. Por otro lado, la calidad de acción que se entiende como la capacidad que tienen los individuos de controlar su vida y enfrentarse a los problemas y por último, la calidad de resultado que define el grado de satisfacción de los sujetos con su vida (2).

Es importante señalar que todos los conceptos definidos previamente tienen un carácter temporal (2), es decir no son estáticos si no que se van modificando a lo largo del tiempo.

Asimismo, el camino para lograr un buen nivel de calidad de vida es individual ya que cada persona tiene unas metas de vida específicas y lo que es satisfactorio para unos no lo es para otros (2,9). Cuando los individuos alcanzan dichas metas, se dice que han logrado un nivel óptimo de calidad de vida, sin embargo, cuando éstos están descontentos con algún sector de su vida intentan compensarlo alcanzando la satisfacción en otro (7).

2.2. Métodos de valoración

“Realmente es fácil medir la eficiencia, no ocurre lo mismo cuando se evalúa la calidad, y mucho menos tratándose de la calidad de vida” Armando Gil O. (2002)

La medición de la calidad de vida comenzó siendo un interés meramente político con el que se pretendía demostrar los éxitos conseguidos por los gobernantes de un país. En un primer momento, se utilizaron métodos groseros como el ingreso per cápita pero pronto se demostró que estos métodos eran insuficientes para definir la calidad de vida de los ciudadanos (2) por lo que se comenzó a buscar un instrumento de medida más efectivo en el que se integren todas las dimensiones que forman éste concepto.

Como se ha comentado previamente, la calidad de vida es un concepto individual basado en una experiencia subjetiva (2, 9). De este modo, cómo cada persona tiene sus propias metas, para valorar la calidad de vida habría que valorar las habilidades de éstas para ejecutar las acciones que las conducirán a alcanzar sus objetivos finales. Además, los individuos, para determinar el grado de satisfacción con su vida tienden a realizar comparaciones con los logros que otra persona ha obtenido, del mismo modo ocurre cuando se compara su situación actual con vivencias pasadas (2).

Otro aspecto a tener en cuenta en la valoración es el contexto social de la persona, ya que de él dependen las prioridades de la vida (2). Por ejemplo, para un trabajador la alimentación es una necesidad básica que tiene asegurada por lo que quizás no le atribuye mucha importancia en su evaluación de la calidad de vida, pero para un vagabundo, alimentarse diariamente puede ser un objetivo realmente importante.

Por otro lado, para valorar la calidad de vida hay que tener en cuenta tanto el pasado como el presente y el futuro de la vida del individuo ya que, como se ha mencionado anteriormente, las experiencias personales no son atemporales (2).

Asimismo, es importante notificar quien está realizando la valoración ya que al tratarse de un concepto subjetivo existen diferencias entre una valoración realizada por un profesional o por la propia persona (9).

3. Calidad de vida relacionada con la salud

3.1. Definición

Antes de comenzar a hablar sobre el concepto de calidad de vida relacionado con la salud (CVRS), es preciso recordar la definición de salud descrita por la OMS en 1948, “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Con esta definición, se concluye en que la evaluación de la salud no debe limitarse a aspectos biológicos y objetivos.

El concepto de CVRS surgió por diferentes motivos: primero, debido a la dificultad que suponía la evaluación global de la salud, especialmente porque posee aspectos subjetivos difíciles de valorar (10,11). Por otro lado, asociado al envejecimiento de la población, comenzaron a aumentar las patologías crónicas y degenerativas lo cual incrementó el interés por las repercusiones sobre la calidad de vida de los pacientes (7).

Existen múltiples definiciones de CVRS; en todas ellas se pueden encontrar aspectos comunes ya mencionados como el carácter individual, subjetivo y temporal del constructo:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1994, definió la CVRS como “la percepción personal de la salud física y mental que tiene cada persona a lo largo del tiempo, según el ambiente en el que vive, teniendo en cuenta sus objetivos, expectativas, valores e intereses personales”.

Para Schwartzmann (2003) es “la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual dependiente en gran medida de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal”.

Según Urzúa (2010) es “el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud”.

3.2. Proceso de elaboración de instrumentos de medida

La elaboración de cualquier instrumento de medida no es un proceso sencillo, en este apartado se explicarán las diferentes etapas que concluirán con la elaboración de un instrumento válido para medir la CVRS.

Dicho proceso consta de cuatro etapas: etapa de conceptualización, de elaboración, de objetivación y de tipificación (11,12).

1. *Etapas de conceptualización:* donde se realiza la planificación del instrumento de medida, proponiéndose qué es lo que se quiere medir, el perfil de la población a la que se dirige y la escala de medida que se va a utilizar para puntuar, por ejemplo la escala Likert. También se debe planificar el número de ítems de los que constará así como cuáles serán las normas de respuesta y el tiempo que se invertirá en realizarla.
2. *Etapas de elaboración:* se realizará un proyecto de los ítems, es importante adaptar el lenguaje utilizado a las características de la población (9). Después se realizará otro proyecto similar con las respuestas, determinando cómo se evaluarán los resultados y creando unas instrucciones sencillas que faciliten las contestaciones. Además, se seleccionará el tamaño muestral, que debe ser representativo de la población.

3. *Etapas de objetivación:* en esta etapa se confirmará la fiabilidad, validez y sensibilidad, condiciones necesarias que debe cumplir todo instrumento de medida. La fiabilidad indica la probabilidad de que los resultados obtenidos sean los correctos, es decir, que la posibilidad de error sea mínima; la validez es el grado en el que los resultados obtenidos concuerdan con la realidad y la sensibilidad, valora los cambios que se producen en la puntuación obtenida cuando ésta se aplica a la realidad, tanto en el mismo individuo como en personas diferentes.
4. *Etapas de tipificación:* se deben relacionar las puntuaciones obtenidas con una serie de significados que sean fácilmente comprensibles.

Una vez finalizadas estas cuatro etapas, se consigue crear un instrumento de medida válido y fiable para una población concreta, con unas características culturales determinadas. Ésta validez se pierde cuando se utiliza dicho instrumento en otra población de idioma diferente (9).

El proceso de traducción de los instrumentos de medida posee unos aspectos relevantes a tener en cuenta y una serie de etapas adicionales:

Primero, es importante no modificar el significado de los ítems, aunque es posible adaptarlo para evitar dificultades en su comprensión y para adecuarlo a la cultura del país. Por otro lado, se deben realizar dos traducciones por personas nativas de la lengua a la que se quiere traducir y éstas, deben ser retrotraducidas por nativos de la lengua original del instrumento (11, 12). Finalmente, se deben realizar las cuatro etapas anteriormente descritas en el idioma al que el instrumento ha sido traducido (11).

3.3. Instrumentos de medición

Como se ha puesto de manifiesto anteriormente, la CVRS es un constructo que se evalúa cada vez con mayor frecuencia para objetivar el estado de salud de los pacientes; del mismo modo, la medición de la CVRS permite elegir las intervenciones y tratamientos más apropiados para cada paciente así como redistribuir de forma más ajustada los recursos (1,2).

Existen multitud de instrumentos desarrollados para medir la CVRS; cada uno de ellos con un contenido diferente, variando también las escalas utilizadas para su medición y los elementos necesarios para su uso (10).

La mayoría de los cuestionarios destinados a evaluar la CVRS son autoadministrados o administrados por un entrevistador. Por tanto, como todos los autoinformes, están sujetos a sesgos tanto por parte del entrevistador, que incorpora sus valores y creencias, como por parte del entrevistado, que ofrece una importancia diferente a cada ítem (7).

Algunos de éstos instrumentos se centran en una patología concreta, es decir, son instrumentos específicos y otros no están relacionados con ninguna especialidad médica, son llamados instrumentos genéricos (10,13)

A continuación se muestran los diferentes tipos de instrumentos que existen para conseguir objetivar la CVRS (11).

Primero, los **perfiles de salud** que miden diferentes dimensiones de la CVRS y determinan una puntuación independiente para cada una de ellas. Éstos engloban los instrumentos genéricos, los cuales poseen poca sensibilidad para abordar aspectos específicos (11). Ejemplos de este tipo de instrumento serían: los perfiles de salud de Nottingham, el cuestionario de salud SF-36, el cuestionario de Evaluación Funcional multidimensional OARS y las láminas COOP-WONCA.

El Cuestionario de salud SF-36 es uno de los instrumentos de medida más utilizados a nivel mundial (13) fue desarrollado en Estados Unidos a principios de la década de los noventa. Está compuesto por 36 ítems que valoran los aspectos que se utilizan más frecuentemente en la evaluación de la CVRS (13, 14) (Fig.3), aunque no incluye algunos conceptos importantes como los trastornos del sueño, la función cognitiva, la función familiar o la función sexual. Además, incluye una cuestión de transición en la que se pregunta sobre el cambio del estado de salud en referencia al año previo (15).

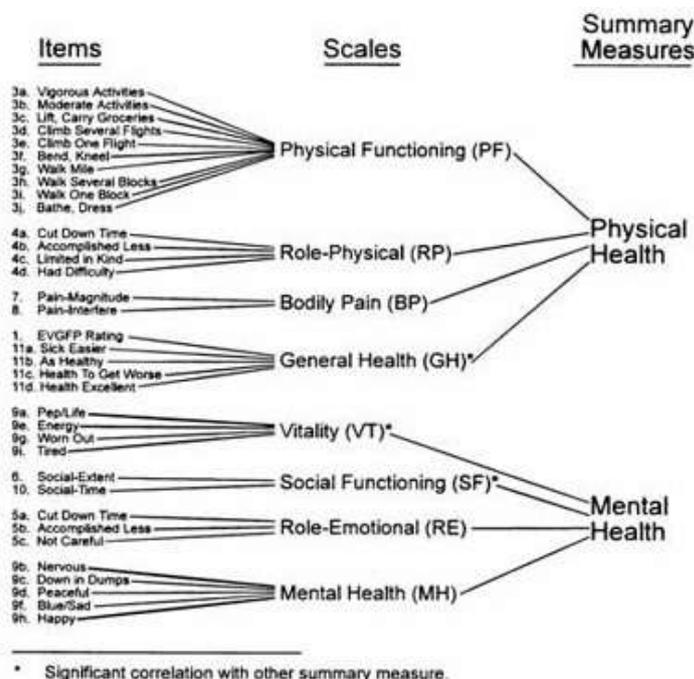


Figura 3. Cuestionario de salud SF-36

Fuente: Ware JE. SF-36 Health Survey Update[Internet]. SF-36.org; 2004 [citado 17 Feb 2016].
 Disponible en: <http://www.sf-36.org/tools/SF36.shtml#VERS2>

Las ocho dimensiones valoradas se pueden agrupar en dos dominios de salud: el dominio de salud física (CSF) y el de salud mental (CSM) (Fig. 4). Estos dos dominios fueron definidos en un principio como independientes, aunque cada vez son más los estudios que aportan datos de la existencia de una correlación significativa entre ellos (16,17).

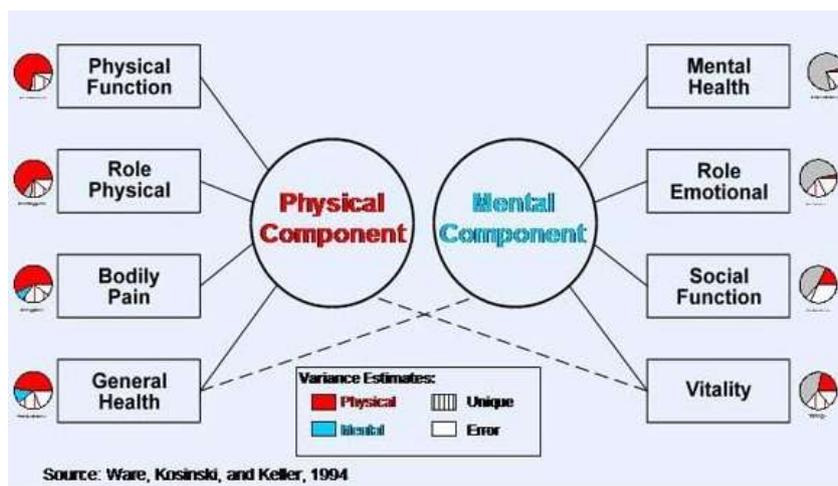


Figura 4. Escalas y dominios del Cuestionario SF-36

Fuente: Ware JE. SF-36 Health Survey Update[Internet]. SF-36.org; 2004 [citado 17 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.sf-36.org/tools/SF36.shtml#VERS2>

El cuestionario está indicado para personas mayores 14 años de edad; principalmente se realiza de forma autoadministrada, pero también puede ser llevada a cabo a través de una entrevista ya sea personal o telefónica (13, 14,15).

El cuestionario SF-36 no ofrece una puntuación global de calidad de vida relacionada con la salud sino puntuaciones independientes de las ocho escalas y dos dominios. Para interpretar las puntuaciones se deben comparar con las del grupo de referencia. Para la población española hay puntuaciones referenciales tanto para las ocho escalas (18) como para los dos dominios (19).

Una vez se ha obtenido la puntuación de cada escala, se transcribe en un resultado que puede oscilar de 0-100 puntos, Cuanto mayor sea el valor obtenido en el cuestionario, mejor es el estado de salud percibido por la persona. (13).

El tiempo invertido en realizar el cuestionario SF-36 es de 5-10 minutos aproximadamente. Existe una versión reducida, el SF-12, formada por 12 ítems que incluye 1-2 ítems de cada una de las 8 dimensiones valoradas, por lo que constituye una buena alternativa para evaluar la CVRS cuando el tamaño de la muestra es grande (20).

Segundo, los **perfiles de salud en escalas específicas**, son más sensibles que los anteriores y que se encuentran dentro de los instrumentos específicos. Existen varios ejemplos de éste tipo de instrumento: cuestionario respiratorio ST. George, cuestionario de calidad de vida de la EORTC QLQ-30, cuestionario WOMAC y el perfil CAVIDRA.

Tercero, los **índices multiatributo en escalas específicas** obtienen puntuaciones globales aunque también permiten la obtención de valores por dimensiones. Por ejemplo, el cuestionario de calidad de vida en la diabetes o el cuestionario de evaluación funcional para enfermos reumáticos

Por último, los **índices multiatributo en escalas generales**, también son instrumentos genéricos por lo que aportan unas puntuaciones globales. Dentro de éste grupo entrarían el perfil de las Consecuencias de la Enfermedad, el Cuestionario de Calidad de Vida de Ruiz y Baca o Euroqol 5-D.

En general, entre las limitaciones de estos instrumentos está el ser poco sensibles a los cambios clínicos producidos por los tratamientos y que al proporcionar una puntuación global, no permiten saber qué aspectos de la vida son responsables del aumento o disminución de la CVRS. Por otro lado muchos de estos instrumentos no han demostrado adecuadamente su fiabilidad y validez (11).

Por otro lado, se encuentran los **años de vida ajustados por calidad (AVAC)** que aunque no son instrumentos de medida de la CVRS propiamente dichos, ofrecen información relevante sobre los beneficios obtenidos a partir de una intervención realizada por un profesional de la salud. Lo que se pretende conseguir con esto, es lograr el mayor bienestar posible y relacionarlo con los costes sanitarios. Por tanto, se pueden utilizar tanto para analizar las decisiones clínicas que van a tomarse como para estudiar el coste- efectividad (21).

La unidad de calidad de vida AVAC, se basa en que la salud de una persona puede medirse como la suma de la calidad de vida durante los años que dura su vida. Es decir, se multiplica cada año vivido por el valor de la utilidad del estado de salud; estos valores son definidos a partir de la Matriz de Rosser y Kind (MRK) que valora la incapacidad y el sufrimiento de las personas y se estima una puntuación para la combinación de ambas (22).

La utilización de los AVAC se recomienda en patologías para las que no existe un tratamiento capaz de detener la enfermedad, y sin embargo, las manifestaciones de esa enfermedad influyen en la calidad y esperanza de vida.

4. Calidad de vida laboral en los profesionales sanitarios

La calidad de vida en los profesionales de la salud es un tema de gran relevancia. Algunos estudios señalan que, debido a las características de su trabajo muchos profesionales corren riesgo de padecer una mala calidad de vida, estrés laboral o burnout (23).

El cambio de gestión pública hacia el gerencialismo ha producido la empresarialización del sistema sanitario. Debido a este cambio, por una parte, se ha conseguido una mayor eficiencia en el trabajo diario mejorando los recursos tanto materiales como personales con los que se cuenta. Pero por otro lado, se ha producido una sobrecarga laboral, ya que se deben realizar más actividades en un mismo tiempo de trabajo, lo que afecta a la calidad de vida de los profesionales (23).

La calidad de vida de los profesionales sanitarios se puede ver afectada por una serie de variables que se agrupan en cuatro grandes dimensiones (23, 25,27, 28) (Fig. 5):

- Ambiente
- Bienestar general
- Sociopolítico
- Psicosocial



Figura 5. Dimensiones de la calidad de vida laboral.

Fuente: Durán M. Bienestar psicológico: el estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. Revista nacional de administración [Internet].2010 [citado 7 Marzo 2016]; 1(1):71-84. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3698512>

Todos ellos, además de afectar a la calidad de vida pueden generar estrés laboral o el síndrome de estar quemado “burnout” (29) (Fig. 6) un síndrome caracterizado por tres aspectos básicos: el agotamiento emocional, la despersonalización y el bajo nivel de realización personal. En este sentido, los estudios de He Mea (2012) y Su JA (2009) hallan una mayor incidencia de enfermedades como la depresión o la ansiedad y problemas psicológicos derivados de los factores estresantes asociados al trabajo diario (26, 27) fundamentalmente a los profesionales de enfermería (26).

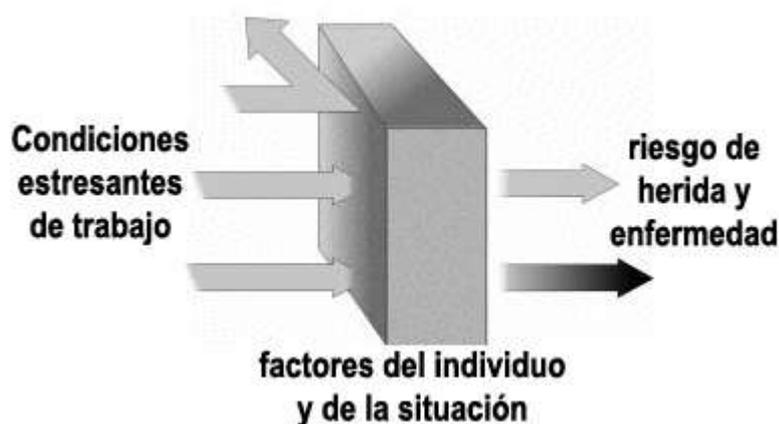


Figura 6: Esquema de NIOSH del estrés de trabajo

Fuente: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [Internet]. EEUU: Instituto Nacional de Seguridad y Salud Ocupacional (NIOSH); 1999 [citado 7 Marzo 2016]. Disponible en: http://www.cdc.gov/spanish/NIOSH/docs/99-101_sp/

Conseguir una buena calidad de vida para los profesionales es tan importante para ellos como para los pacientes, puesto que, como varios estudios han puesto de manifiesto, existe una importante relación entre la disminución de la calidad de vida de los profesionales de salud y el descenso en la calidad y seguridad de las intervenciones que estos realizan (25,26). A pesar de ello, pocas políticas sanitarias están dirigidas a potenciar la calidad de vida de sus trabajadores. Entre las acciones recomendadas para lograr este objetivo se encuentran: la realización de promoción de la salud para profesionales sanitarios, las políticas destinadas a mejorar las condiciones laborales de los profesionales (26) y la potenciación de aquellos modelos que han conseguido mejorar las condiciones laborales de los profesionales sin renunciar a la eficiencia conseguida (24, 27).

4.1. Hospitales magnéticos

Actualmente, según se ve reflejado en diferentes estudios, la insatisfacción laboral en los profesionales de la salud está aumentando, no solamente en España si no en varios países del mundo como Estados Unidos, Italia, Francia o Portugal (30). Dicha insatisfacción, se ve reflejada en un alto índice de rotación de profesionales entre diferentes centros sanitarios. Una posible solución, creada para tratar de solventar este problema, es el desarrollo de “Hospitales magnéticos”.

Los hospitales magnéticos son instituciones de alto nivel de calidad (30). En ellos, se pretende conseguir el máximo grado de satisfacción del personal de enfermería con el fin de asegurar que las intervenciones llevadas a cabo y la relación personal sanitario-paciente sean de calidad, así como disminuir la rotación y el abandono de profesionales (31, 32).

Estos hospitales poseen una serie de características con las que se consigue mejorar la satisfacción laboral. Dentro de ellas se encuentran(31): la posibilidad de tener horarios de trabajo flexibles, trabajar en equipo, participación de profesionales de enfermería en la gestión del hospital, no actuar en contra de los propios criterios así como la posibilidad de participar en programas de formación continuada donde se instruye a los profesionales para trabajar basándose en modelos innovadores y se les proporcionan los conocimientos y las habilidades necesarios para fomentar el buen ambiente de trabajo (31) .

Lo que se consigue en estos hospitales, más allá de lo mencionado anteriormente, es mejorar las condiciones de trabajo de sus empleados, mejorando al mismo tiempo la seguridad de los pacientes (32).

4.3. Instrumento de medición de la calidad de vida laboral

Conocer el nivel de calidad de vida de los trabajadores es de especial interés para las organizaciones sanitarias, ya que a partir de ésta evaluación es posible crear diferentes estrategias que mejoren su calidad laboral (24, 26,27).

Uno de los instrumentos desarrollados para evaluar la calidad de vida laboral es el cuestionario de Calidad de Vida Profesional CVP-35 (33, 34). Se trata de un instrumento sencillo de fácil administración y que puede ser aplicado en diferentes ámbitos del sistema sanitario. Está formado por 35 preguntas donde se recogen diferentes aspectos de la calidad de vida profesional. Treinta y tres de las preguntas se pueden agrupar en 3 dimensiones: “apoyo directivo”, “cargas de trabajo” y “motivación intrínseca”; otra, determina de forma general la percepción individual de la calidad de vida laboral y otra de la capacidad de abstraerse cuando se termina el trabajo. Cada ítem se puede responder en una escala del 1 al 10, siendo 1 “nada” y 10 “mucho”. El cuestionario ha sido validado para diferentes organizaciones del sistema sanitario español (33, 34).

5. Papel de enfermería

La función de los profesionales de enfermería dentro del sistema sanitario consiste no solo en cuidar de las personas enfermas consiguiendo la recuperación de sus procesos patológicos, sino en mantener y mejorar la salud de aquellas personas sanas (35). Por esto, se pueden dividir las funciones enfermeras en: promoción de la salud, prevención de enfermedad, recuperación y rehabilitación (Fig. 7). En todas ellas las enfermeras pueden llevar a cabo intervenciones destinadas a mantener o mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.

FASE DE SUSCEPTIBILIDAD	FASE PRESINTOMÁTICA	FASE CLÍNICA	FASE DE INVALIDEZ Y MUERTE
PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA	PREVENCIÓN TERCARIA
Promoción de la salud Protección específica		Diagnostico precoz: Exámenes en masa Exámenes selectivos Tratamiento	Limitación de la incapacidad Rehabilitación Reinserción social

Figura 7. Funciones de la Salud Pública

Adaptada y modificada por Sanchón M. de: Monreal A, García MT, Desamparados M. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Conceptos esenciales. En: Martín-Zurro A, Jodar G. Atención familiar y salud comunitaria. Barcelona: Elsevier; 2011. P. 53-69

Desde la I Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma-Ata en 1978, se ha tratado de reforzar la Promoción de la Salud en el sistema sanitario. Con intervenciones de promoción en salud, se pretende fomentar la autonomía del paciente, haciéndole responsable de sus cuidados (o a la familia si fuera el caso) y participe en las decisiones clínicas, consiguiendo así el llamado “empoderamiento” (35,36). Para esta tarea, cobra especial relevancia el equipo de enfermería, ya que forma el conjunto de profesionales de referencia a la hora de realizar educación para la salud, consiguiendo así mejorar la calidad de vida de los mismos. (35).

Las intervenciones encaminadas a mejorar la CVRS de los pacientes deben estar adaptadas a las necesidades tanto de la comunidad como de los pacientes individuales a las que van dirigidas (sexo, edad, nivel educativo, etc.)(37). Como se ha mencionado anteriormente, la tendencia actual de la población es la cronificación de las enfermedades, por lo que se ha demostrado que intervenciones tanto individuales como grupales con pacientes crónicos mejoran su calidad de vida (35). En la práctica, debido a la sobrecarga de trabajo existente, las intervenciones de promoción para la salud son insuficientes o incompletas, además están orientadas hacia los cuidados en pacientes crónicos, no siendo esto suficiente puesto que se deberían elaborar estrategias destinadas a modificar los estilos de vida de los pacientes en cuanto alimentación, ejercicio o seguridad y a aumentar la adhesión a los tratamientos (33).

Además de las patologías crónicas del tipo de Diabetes Mellitus e hipertensión, otras enfermedades neurológicas incapacitantes (Parkinson, Corea de Huntington, etc), enfermedades mentales, el cáncer o la patología digestiva que precisa ostomías también tienen gran influencia en la CVRS (38, 39, 40, 41, 42, 43,44), por tanto, los profesionales de enfermería deben valorarla e introducir estrategias que la mantengan o aumenten cuando sea preciso. Más allá de la propia sintomatología de las diferentes enfermedades, los efectos adversos de los tratamientos pueden influir en la CVRS; por ejemplo, los efectos adversos de la

quimioterapia como tratamiento del cáncer (nauseas, vómitos, fatiga, anorexia...) disminuyen significativamente la calidad de vida de los pacientes. (38,39).

Las intervenciones realizadas por los enfermeros durante la evolución de una enfermedad y su tratamiento contribuyen a mejorar la satisfacción de los pacientes, su evolución clínica y por tanto, su CVRS. Por ejemplo, cubrir las necesidades básicas de las personas, fomentar las relaciones sociales y el apoyo familiar, la valoración continua de los pacientes y el uso de habilidades sociales como la escucha activa o la empatía, son intervenciones sencillas que permiten a los profesionales de enfermería mejorar la calidad de vida de las personas (40). Otro tipo de intervención que se ha considerado efectiva para éste fin es la continuación de cuidados más allá del alta hospitalaria, a través de llamadas telefónicas. De este modo se consigue llevar a cabo una valoración holística de la persona, confirmando que las tareas aprendidas y el tratamiento pautado se están llevando a cabo de forma correcta. Así, se mejora la calidad de vida de los pacientes, disminuyendo el riesgo de reingresos y mejorando su autonomía (41).

La evaluación de la efectividad de los cuidados permite, por un lado mejorar la salud de los pacientes ya que se proporcionan los tratamientos más adecuados para las diferentes patologías y por otro lado, se disminuye el encarnizamiento terapéutico, es decir, el uso de tratamientos innecesarios o cuyos efectos adversos son mayores que los deseados (5, 39,42). En el pasado, la efectividad de las intervenciones enfermeras era medida a través de términos objetivos como la mortalidad, las determinaciones analíticas o a través de la mejoría clínica de los pacientes (5). Sin embargo, en la actualidad, a estos datos se le suma la medición de la CVRS, consiguiendo así una valoración más holística del estado de la persona. Por tanto, aunque en la práctica clínica implique un mayor esfuerzo por parte del personal de enfermería, debe ser incluido en la rutina diaria de trabajo (5, 39,42).

5.1. Aplicación al trabajo diario de enfermería

La CVRS es un aspecto a tratar en todos los niveles de asistencia sanitaria, ya que posee gran importancia para asegurar una correcta asistencia a los pacientes. El modo en que las diferentes patologías afectan a la calidad de vida de los pacientes está siendo cada vez más investigado, sin embargo, actualmente existen pocos estudios en los que se relacionen de manera efectiva las intervenciones de enfermería con la CVRS (35). En este sentido, introduciendo las palabras clave: quality of life, nurse, intervention, questionnaire; combinadas con el descriptor booleano AND, en la base de datos Web of Science, con un intervalo de tiempo del 2005 a la actualidad, se encontraron únicamente 9 resultados que investigaban el tema a tratar (Anexo 1). Además, no en todos ellos se evaluaba la calidad de vida de forma objetiva, es decir, utilizando cuestionarios diseñados para ésta misión, y por tanto no se podía asegurar la efectividad de las intervenciones de enfermería.

Actualmente en los servicios de salud, existe una sobrecarga de trabajo que impide a los profesionales de enfermería tratar de forma continua a los pacientes (35). Para conseguir mejorar la CVRS de los pacientes, es importante realizar una **valoración holística** y un **plan de cuidados individualizado** donde se engloben todos los aspectos a los que el paciente da prioridad y así poder mantenerlos o bien mejorarlos, según se dé el caso. Por ejemplo, en un estudio realizado a pacientes diagnosticados de cáncer de próstata (43), los profesionales de enfermería ayudaron a éstos a identificar aquellos aspectos importantes para su calidad de vida y así poder intervenir sobre los mismos con educación para la salud consiguiendo aumentar su CVRS.

En otra investigación realizada con pacientes diagnosticados de cáncer de cabeza y cuello (44) los profesionales de enfermería realizaron intervenciones para lidiar con las consecuencias físicas, psicológicas y sociales derivadas tanto de la enfermedad como del tratamiento, demostrando la efectividad de dichas intervenciones sobre el aumento de la CVRS utilizando los cuestionarios QLQ-C30 y QLQ H&N35 , creados por el Grupo de Calidad de Vida de la EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) con el fin de valorar la CVRS en pacientes diagnosticados de cáncer.

Dentro de la taxonomía NOC se localiza un criterio de resultado llamado Calidad de vida, dentro del cual existen diferentes indicadores (Fig. 8) cuyo resultado ayuda a los profesionales a valorar la calidad de vida de los pacientes en los planes de cuidado individualizados

NOC [2000] CALIDAD DE VIDA	
DEFINICIÓN: Alcance de la percepción positiva de las condiciones actuales de vida.	
DOMINIO: 5 Salud percibida	CLASE: U Salud y calidad de vida
INDICADORES	
[200001] Satisfacción con el estado de salud	
[200002] Satisfacción con las condiciones sociales	
[200003] Satisfacción con las condiciones medioambientales	
[200004] Satisfacción con el estado económico	
[200005] Satisfacción con el nivel educativo	
[200006] Satisfacción con el nivel laboral	
[200007] Satisfacción con las relaciones íntimas	
[200008] Satisfacción con los objetivos conseguidos en la vida	
[200009] Satisfacción con la capacidad de superación	
[200010] Satisfacción con el concepto de sí mismo	
[200011] Satisfacción con el estado del ánimo general	
[200012] Privacidad	
[200013] Dignidad	
[200014] Autonomía	
[200015] Independencia en las actividades de la vida diaria	
ESCALA s Desde No del todo satisfecho hasta Completamente Satisfecho.	

Figura 8. Taxonomía NOC

Fuente: NNN consult. Nanda, Nic, Noc [Internet]. Biblioteca de la Universidad de Cantabria [acceso el 27 de abril de 2016] Disponible en: https://vpnuc.unican.es/dana-na/auth/url_9/welcome.cgi

A partir de estos indicadores, los profesionales de enfermería deben planificar diferentes intervenciones destinadas a conseguir un buen nivel de CVRS en sus pacientes. A continuación se describen brevemente seis intervenciones que permiten a los pacientes alcanzar un nivel óptimo de satisfacción con sus condiciones de vida y se relacionan con la taxonomía NIC (45):

- Mejorar las relaciones sociales

La percepción que los pacientes tienen sobre su calidad de vida se encuentra directamente relacionada con el apoyo social con el que cuentan, englobando dentro de este a la familia, amigos y apoyo institucional (46). Por tanto, las intervenciones enfermeras deben ir encaminadas a reforzar las relaciones sociales en el caso de que el paciente cuente con una red de apoyo o impulsarlas si carece de ellas, introduciendo, por ejemplo, al paciente en intervenciones grupales o redes de apoyo institucionales.

Dentro de la Taxonomía NIC se encuentra la siguiente intervención:

NIC [5440] Aumentar los sistemas de apoyo

DEFINICIÓN: Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.

- Modificar estilos de vida

Para adquirir un estado de salud satisfactorio y con ello mejorar la calidad de vida, es imprescindible mantener un estilo de vida adecuado; por ello, los profesionales de enfermería deben entrenar a los pacientes para que modifiquen y adquieran estilos de vida saludables acorde con su estado de salud (35).

Dentro de la Taxonomía NIC se encuentra las siguientes intervenciones:

NIC [5510] Educación para la salud

DEFINICIÓN: Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.

NIC [0200] Fomento del ejercicio

DEFINICIÓN: Facilitar regularmente la regulación de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.

NIC [5614] Enseñanza: dieta prescrita

DEFINICIÓN: Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita.

- Fomentar la autonomía del paciente

Según Virginia Henderson la autonomía se define como *“la capacidad física e intelectual de la persona que le permiten satisfacer las necesidades básicas por ella misma”*. Atendiendo a ésta definición, se puede afirmar, como ya se ha mencionado anteriormente, que para mejorar la CVRS de los pacientes se debe conseguir que ellos sean los responsables de sus cuidados y participen en las decisiones clínicas que les conciernen (35, 36). Para conseguir este objetivo, los profesionales de enfermería deben educar a los pacientes y aumentar sus conocimientos en los relacionado a su enfermedad y tratamiento ya que, una vez que se tienen conocimientos sobre un tema (una patología y un tratamiento en este caso) se consigue una mayor adaptación al mismo y por consiguiente, una mejora de la calidad de vida.

Dentro de la Taxonomía NIC se encuentra las siguientes intervenciones:

NIC [5602] Enseñanza: proceso de enfermedad

DEFINICIÓN: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

NIC [5616] Enseñanza: medicamentos prescritos

DEFINICIÓN: Preparar al paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos

Por otro lado, las intervenciones de enfermería deben ir enfocadas a suplir aquellas actividades que la persona, por la situación en la que se encuentra, es incapaz de realizar de forma independiente y al mismo tiempo, si es posible, aumentar la fuerza, voluntad y conocimientos de la misma para que consiga realizar dichas actividades por sí sola (47).

- Apoyo psicológico

Como ya se ha visto a través de la definición de salud propuesta por la OMS en 1948, tan importante como la resolución de los problemas físicos de la persona, es el bienestar psicológico. Las intervenciones de enfermería deben promover el apoyo psicológico con el fin de mejorar la CVRS.

Dentro de la Taxonomía NIC se encuentra las siguientes intervenciones:

NIC [5820] Disminución de la ansiedad

DEFINICIÓN: Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.

NIC [5270] Apoyo emocional

DEFINICIÓN: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

- Determinantes de la salud

Los determinantes de la salud son según la OMS *“las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”*.

Para conseguir una buena calidad de vida, como ya se ha mencionado, las intervenciones de enfermería deben tener en cuenta en qué situación se encuentra la población a la que van dirigidas (nivel educativo, situación laboral, situación económica, etc) para así poder adaptarlas al perfil de los pacientes y conseguir una mayor efectividad (37).

Dentro de la Taxonomía NIC se encuentra la siguiente intervención:

NIC [8550] Manejo de los recursos económicos

DEFINICIÓN: Procurar y dirigir la utilización de los recursos financieros para asegurar el desarrollo y la continuación de los programas y de los servicios

- Tratamiento del dolor.

El manejo del dolor es un aspecto de gran relevancia para conseguir que los pacientes mantengan una buena calidad de vida. Primero, es importante realizar una correcta valoración, para ello se debe saber que el dolor es un síntoma, es decir, es de carácter subjetivo y cada persona lo tolera de forma diferente; existen diferentes instrumentos para valorar el dolor siendo uno de los más utilizados la escala EVA (Escala Analógica Visual). Si este dolor no se trata o el manejo es inefectivo, se pueden producir limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), afectar al estado psicosocial y a las relaciones sociales, lo que probablemente redundara de forma negativa en su percepción sobre la calidad de vida (48).

Dentro de la Taxonomía NIC se encuentra la siguiente intervención destinada la valoración correcta del mismo y a su paliación:

NIC [1400] Manejo del dolor

DEFINICIÓN: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

5. Reflexiones

Desde la antigüedad, las personas han pretendido conseguir un buen nivel de calidad de vida; por tanto, se puede afirmar que la calidad de vida no es un concepto nuevo. La definición del

mismo, sin embargo, ha sido analizada a lo largo de la historia por diferentes autores, sin conseguir una definición única debido a que engloba diferentes aspectos y dependiendo de la disciplina por la que es estudiada se hace énfasis en unos u otros.

El aumento de la esperanza de vida de la población y, el incremento de patologías crónicas, ha impulsado el interés por conocer y mejorar la CVRS de la población. Por otro lado, el modelo biopsicosocial en el que se basa la sanidad actualmente, también incrementa la relevancia de la valoración de la CVRS que, junto con educación para la salud, permite aumentar la independencia de los pacientes y hacerles partícipes en sus decisiones de salud.

Las intervenciones enfermeras adquieren un papel esencial para conseguir mantener o mejorar la calidad de vida de los pacientes. Existen numerosos estudios que aportan datos sobre la efectividad de estas intervenciones tanto en la dimensión física como en la psicológica. A ello se añade que cada vez existen instrumentos más fiables y precisos destinados a evaluar la CVRS. Sin embargo, por diversos motivos, su utilización aún sigue siendo escasa.

A pesar de los avances logrados, todavía persisten algunas dificultades en la valoración de la CVRS por las enfermeras, especialmente motivadas por la sobrecarga laboral la cual no permite recoger información constantemente de los pacientes y esto dificulta la valoración de algunos constructos como la CVRS. A esto hay que añadir que, la evaluación de la CVRS se basa en la percepción que el paciente tiene sobre su estado de salud, por tanto, además de ser subjetiva está sujeta a numerosos sesgos que el profesional debería intentar controlar.

Por otro lado, también es importante evaluar la calidad de vida laboral de los profesionales de salud, pues las características de su trabajo les hacen más vulnerables de padecer patologías que disminuyen su calidad de vida. Para solventar éste problema, actualmente se está desarrollando “Hospitales Magnéticos” un modelo de organización destinado a fomentar la satisfacción laboral de los profesionales consiguiendo así mayor eficiencia en sus intervenciones.

7. Referencias bibliográficas

(1) Congost N. El lenguaje de las Ciencias de la Salud. Los cuestionarios de salud y calidad de vida y su traducción del inglés al español. TDR: Tesis Doctorales en Red: Departamento de Filología Inglesa; 2010.

(2) Espinosa F. Aproximación teórica al concepto de calidad de vida. Entre las condiciones objetivas externas y la evaluación subjetiva de los individuos. Revista de Antropología Experimental [Internet]. 2014 [citado 10 Dic 2015]; 14(23):331-347. Disponible en: <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/1801/1559>

- (3) RTVE.es [Internet]. España: Corporación de radio y televisión española; 2015 [citado 10 Dic 2015] Disponible en: <http://www.rtve.es/noticias/elecciones/autonomicas-municipales/programas-electorales/>.
- (4) Prats J. La esperanza de vida aumenta más de 40 años en un siglo. El País. 26 Feb 2015; Sec. Demografía.
- (5) Lizán L. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud. Aten Primaria [Internet]. 2009 [citado 10 Dic 2015]; 41(7):411-416. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13139272&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=145&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v41n07a13139272pdf001.pdf
- (6) Cantú-Martínez PC. Calidad de vida y sustentabilidad: una nueva ciudadanía. Environ Urban [Internet]. 2015 [citado 18 Enero 2016]; 19(37):9-21. Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/ambienteydesarrollo/article/view/10223>
- (7) Gentile G. Bienestar y calidad de vida relacionada con la salud en una muestra urbana de jóvenes. TDR: Tesis Doctorales en Red: Universidad de Zaragoza; 2013.
- (8) Pérez I. Estudio cualitativo sobre el bienestar subjetivo y psicológico del voluntariado de cooperación internacional para el desarrollo. Trabajo fin de máster: Universidad Complutense de Madrid; 2013.
- (9) Sánchez R, Sierra F, Martín E. ¿Qué es la calidad de vida para un paciente con cáncer? Av Pisco Clin Latinonot [Internet]. 2015 [citado 18 Enero 2016]; 33(3):371-385. Disponible en: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/3215>
- (10) Coronado JM, Díaz C, Apolaya MA, Manrique LM, Arequipa JP. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en ciudad de Chiclayo. Acta Med Per [Internet]. 2009 [citado 17 Feb 2016]; 26(4):230-238. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172009000400008&script=sci_arttext
- (11) Casas J, Repullo J, Pereira J. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. Med Clin [Internet]. 2001 [citado 17 Feb 2016]; 116(20):786-796. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-medidas-calidad-vida-relacionada-con-13014656>
- (12) Valderas J, Ferrer M, Alonso J. Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. Med Clin [Internet]. 2005 [citado 17 Feb 2016]; 125(1):56-60. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-instrumentos-medida-calidad-vida-relacionada-salud-otros-13083731>
- (13) Arostegui I, Nuñez-Antón V. Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form-36. Estadística española. 2008; 50(167):147-192.
- (14) Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Med Care [Internet]. 1992 [citado 17 Feb 2016]; 30(6):473-483. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1593914>
- (15) Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El cuestionario de salud SF-36 en español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2005 [citado 17 feb 2016]; 19(2):135-150. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007

- (16) Taft C, Karlsson J, Sullivan M. Do SF-36 summary component scores accurately summarize subscale scores? *Qual Life Res* [Internet]. 2001 [citado 17 Feb 2016]; 10(5):395-404. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11763202>
- (17) Farivar SS, Cunningham WE, Hays RD. Correlated physical and mental health summary scores for the SF-36 and SF-12 Health Survey, V.1. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2007 [citado 17 Feb 2016]; 5(5): 1 Disponible en: <http://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-5-54>
- (18) Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, De la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica* [Internet]. 1998 [citado 17 Feb 2016]; 111(11):410-416. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-valores-poblacionales-referencia-version-espanola-2551>
- (19) Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garin O, López E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental. *Med Clin* [Internet]. 2008 [citado 17 Feb 2016]; 130(19):726-735. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13121076&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=2&ty=75&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v130n19a13121076pdf001.pdf
- (20) Badía X, Alonso J. La medida de la salud: guía de escalas de medición en español. Tecnología y ediciones del conocimiento. 2007.
- (21) Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México* [Internet]. 2002 [citado 17 Feb 2016]; 44(4): 349-361. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000400009
- (22) Demovsek M, Prevolnik V, Rebolj M, Tavcar R. Calidad de vida y costes de tratamiento en pacientes ambulatorios esquizofrénicos tratados con neurolépticos depot. *Eur Psychiatry*. 2002; 9: 226-235.
- (23) Rodríguez-Marín J. Calidad de vida laboral en profesionales de la salud. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2010 [citado 7 Marzo 2016]; 25(6):318-320. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13187625&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=256&ty=105&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=256v25n06a13187625pdf001.pdf
- (24) Blanch J. Calidad de vida laboral en hospitales y universidades mercantilizados. *Papeles del psicólogo* [Internet]. 2014 [citado 7 Marzo 2016]; 35(1):40-47. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/778/77830184006.pdf>
- (25) Oyama Y, Fukahori H. A literature review of factors related to hospital nurses' health-related quality of life. *J Nurs Manag* [Internet]. 2015 [citado 7 Marzo 2016]; 23 (5):661-673. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25807874>
- (26) Su JA, Weng HH, Tsang HY, Wu JL. Mental health and quality of life among doctors, nurses and other hospital staff. *Stress and Health?* [Internet]. 2009 [citado 7 Marzo 2016]; 25 (5):423-4307. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2593867>
- (27) He M, Wang Q, Zhu S, Tan A, He Q, Chen T, et al. Health-related quality of life of doctors and nurses in China: findings based on the latest open-access data. *Qual Life Res* [Internet]. 2012 [citado 7 Marzo 2016]; 21 (10):1727-1730. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22205136>

- (28) Cdc.gov [Internet]. USA: Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional; 1999 [actualizado 21 Enero 2015; citado 7 Marzo 2016]. Disponible en: http://www.cdc.gov/spanish/NIOSH/docs/99-101_sp/
- (29) Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astario P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome del burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2004 [citado 7 Marzo 2016]; 78(4): 505-516. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000400008
- (30) López S. Hospital magnético, hospital excelente. Index Enferm [Internet]. 2004 [citado 7 Marzo 2016]; 13(44-45): 7-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000100001&script=sci_arttext.
- (31) Hernández A, Zárate R. Hospital magnético: Escenario ideal que garantiza calidad del cuidado y la satisfacción laboral en enfermería. Enfermería Universitaria [Internet]. 2011 [citado 7 Marzo 2016]; 8(2): 25-32. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu112e.pdf>
- (32) Santillán A. Evidencia para determinar el impacto de la designación de "hospital imán" sobre la práctica en enfermería y los resultados de los pacientes. Best Practice Information Sheet [Internet]. 2010 [citado 7 Marzo 2016]; 14(11):1-4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000100006
- (33) Martín J, Gómez T, Martínez C, Del Cura MI, Cabezas MC, García S . Medición de la capacidad evaluadora del cuestionario CVP-35 para la percepción de la calidad de vida profesional. Aten Primaria [Internet]. 2008 [citado 7 Marzo 2016]; 40(7):327-336. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656708703603>
- (34) Martín J, Cortés JA, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, Rodríguez A . Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP-35). Gac Sanit [Internet]. 2004 [citado 7 Marzo 2016]; 18(2):129-136. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000200008
- (35) Firmino ST, Mesquita A, Costa SM, De Lima CM, Carvalho AF, Santos Mo . Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. Elanfermería Glob [Internet]. 2013 [citado 8 Abril 2016]; 32:260-269. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/172251>
- (36) Markle-Reid M, Browne G, Gafni A. Nurse-led health promotion interventions improve quality of life in frail older home care clients: lessons learned from three randomized trials in Ontario, Canada. J Eval Clin Pract [Internet]. 2013 [citado 8 Abril 2016]; 19 (1):118-131. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22029487>
- (37) Wong FM, Sit JW, Wong EM, Choi FC. Factors associated with health-related quality of life among patients with implantable cardioverter defibrillator: identification of foci for nursing intervention. J Adv Nurs [Internet]. 2014 [citado 8 Abril 2016]; 70(12):2821-2834. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24754723>
- (38) Pittman J, Kozell K, Gray M. Should WOC Nurses Measure Health-Related Quality of Life in Patients Undergoing Intestinal Ostomy Surgery? J Wound Ostomy Continence Nurs [Internet]. 2009 [citado 8 Abril 2016]; 36(3):254-265. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19448506>
- (39) Klaassen RJ, Barr RD, Hughes J, Rogers P, Anderson R, Grundy P, et al. Nurses Provide Valuable Proxy Assessment of Health-Related Quality of Life of Children with Hodgkin Disease.

Cancer [Internet]. 2010 [citado 8 Abril 2016]; 116 (6) :1602-1607. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.24888/full>

(40) Williams E, Sands N, Elsom S, Prematunga RK. Mental health consumers' perceptions of quality of life and mental health care. Nurs Health Sci [Internet]. 2015 [citado 8 Abril 2016]; 17 (13):299-306. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26086316>

(41) Chow S, Wong F. Health-related quality of life in patients undergoing peritoneal dialysis: effects of nurse-led case management programme. J Adv Nurs [Internet]. 2010 [citado 8 Abril 2016]; 66(8):1780-1792. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20557392>

(42) Hilarius DL, Kloeg PH, Gundy CM, Aaronson NK. Use of Health-related Quality-of-Life Assessments in Daily Clinical Oncology Nursing Practice. Cancer [Internet]. 2008 [citado 8 Abril 2016]; 113(3):628-637. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18543317>

(43) Giesler RB, Given B, Given CW; Rawl S, Monathan P, Burns D, et al. Improving the quality of life of patients with prostate carcinoma: a randomized trial testing the efficacy of a nurse-driven intervention. Cancer [Internet]. 2005 [citado 8 Abril 2016]; 104(4):752-762. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15986401>

(44) Van der Meulen IC, May AM, De Leeuw JR, Koole R, Oosterom M, Hordijk GJ, et al. Long-term effect of a nurse-led psychosocial intervention on health-related quality of life in patients with head and neck cancer: a randomised controlled trial. Br J Cancer [Internet]. 2014 [citado 8 Abril 2016]; 110(3):593-601. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24280999>

(45) NNN consult. Nanda, Nic, Noc [Internet]. Biblioteca de la Universidad de Cantabria [citado 8 Abril 2016] Disponible en: https://vpnuc.unican.es/dana-na/auth/url_9/welcome.cgi

(46) I. Vargas. Calidad de vida relacionada con la salud y redes de apoyo social en adultos mayores chilenos. TDR: Tesis Doctorales en Red: Universidad de Salamanca; 2014

(47) Luis MT, Fernández C, Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª Edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2005

(48) González-Rendón C, Moreno-Monsiváis MG. Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2007 [citado 8 Abril 2016]; 14(6): 422-427. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462007000600004

8. Anexos

Anexo 1. Aplicación al trabajo diario de enfermería.

Autores	Wong FM, Sit JW, Wong EM, Choi FC.
Título	Factors associated with health-related quality of life among patients with implantable cardioverter defibrillator: identification of foci nursing intervention.
Antecedentes	Se sabe que la cardioversión puede afectar negativamente a la CVRS; sin embargo, existen pocos estudios sobre los factores relacionados con la calidad de vida en estos pacientes.
Métodos	El tamaño muestral fue de 139 pacientes varones introducidos en el programa de cardioversión desde el 2012. El cuestionario utilizado para medir la CVRS

	fue el SF-36.
Resultados	El estudio reveló que el género, el grado de dependencia, el nivel escolar, la fibrilación arterial, la Diabetes Mellitus, ansiedad y depresión están significativamente asociados con la calidad de vida tanto física como mental.
Conclusiones	Identificando esos factores de riesgo, se proponen intervenciones para disminuirlos y mejorar así la CVRS de estos pacientes.

Autores	Van der Meulen IC, May AM, De Leeuw JR, Koole R, Oosterom M, Hordijk GJ, et al.
Título	Long -term effect of nurse-led psychosocial intervention on health-related quality of life in patients with head and neck cancer: a randomized controlled trial.
Antecedentes	La CVRS de los pacientes con cáncer se ve afectada durante el tratamiento de la enfermedad. Se trata de investigar el efecto de la intervención enfermera (NUCAI).
Métodos	El tamaño muestral fue de 205 pacientes en tratamiento con radioterapia; a 103 de ellos se les realizó la intervención enfermera NUCAI y 102 fueron sometidos a cuidados enfermeros normales. La intervención enfermera NUCAI trata de ayudar a los pacientes a lidiar con las consecuencias físicas, psicológicas y sociales derivadas de la enfermedad y el tratamiento. La CVRS fue evaluada con EORTC QLQ-C30 y QLQ H&N35.
Resultados	Tras pasar tiempo de la realización de la intervención, se va observando progresivamente mejoría tanto a nivel físico como mental, disminución del dolor, relaciones sociales, disminución de síntomas depresivos.
Conclusiones	Se corrobora la efectividad de la intervención NUCAI para mejorar la CVRS de este tipo de pacientes.

Autores	Cheng QM, Kong CQ, Chang SY, Wei AH.
Título	Effects of psychological nursing intervention on personality characteristics and quality of life of patients with esophageal cancer.
Antecedentes	El objetivo de éste estudio es evaluar los efectos que una intervención psicológica de enfermería tiene sobre las características personales y la calidad de vida de pacientes con cáncer esofágico.
Métodos	El tamaño muestral fue de 86 pacientes, dividiendo a estos en grupo control y grupo experimental. La calidad de vida fue medida a través del cuestionario EORTC QLQ-C30.
Resultados	Los resultados obtenidos relacionaron estrechamente la calidad de vida con las características personales de los pacientes. La intervención psicológica

produjo un aumento de la calidad de vida.

Conclusiones Los resultados obtenidos deberían ser más ampliamente estudiados y aplicados en la práctica diaria.

Autores Elsayed E, El-Soreety W, Elawany T, Nasov F.

Título **Effect of nursing intervention on the quality of life of children undergoing hemodialysis.**

Antecedentes Las patologías renales son una de las patologías principales que disminuyen significativamente la calidad de vida en niños. Los cuidados de estos pacientes son muy complejos que requiere de un equipo multidisciplinar.

Métodos El tamaño muestral fue de 70 niños de entre 8 y 18 años, con patología renal crónica. Se utilizaron escalas no especificadas para medir la CVRS.

Resultados La CVRS mejoró significativamente en el aspecto psicológico, siendo menor en el físico, social y escolar.

Conclusiones El aumento de la CVRS indica que intervenciones enfermeras de educación para la salud deberían llevarse a cabo con este tipo de pacientes y su familia.

Autores Mc Corkle R, Dowd M, Ercolano E, Schulman-Green P, Siefert ML, Schwartz P, et al.

Título **Effects of a nursing intervention on quality of life outcomes in post-surgical women with gynecological cancers.**

Antecedentes Las mujeres con cánceres ginecológicos tienen una baja CVRS con complejas necesidades tanto físicas como psicológicas.

Métodos El tamaño muestral fue de 123 mujeres divididas en dos grupos: control y experimental; la intervención se llevó a cabo durante 6 meses. La CVRS se midió utilizando un cuestionario autoadministrado, SF-12.

Resultados La calidad de vida tanto física como psicológica mejoró en el grupo experimental.

Conclusiones Las intervenciones enfermeras que tratan de mejorar tanto los aspectos físicos como psicológicos de la calidad de vida producen mejores resultados que aquellas intervenciones que únicamente tratan un aspecto.

Autores Pitkänen A, Hätönen H, Kuosmanen L, Välimäki M.

Título **Patients' descriptions of nursing interventions supporting quality of life in acute psychiatric wards: A qualitative study.**

Antecedentes Los pacientes con patologías mentales tienen escasa CVRS. Las enfermeras psiquiátricas mantienen una estrecha relación con estos pacientes y por tanto poseen importantes oportunidades para mejorar la calidad de vida.

Métodos El tamaño muestral fue de 35 pacientes diagnosticados de enfermedad mental. A través de entrevistas personales se evaluó la CVRS.

Resultados 5 intervenciones de enfermería lograron mejorar la percepción de los pacientes sobre su calidad de vida: intervenciones de fortalecimiento, sociales, de activación, de seguridad y de apoyo a la salud mental.

Conclusiones Mejorar la CVRS de pacientes diagnosticados de enfermedades mentales puede conseguirse a través de intervenciones enfermeras, sin embargo, la efectividad de estas intervenciones no está clara.

Autores Hilarius DL, Kloeg PH, Gundy CM, Aaronson NK.

Título **Use of health-related quality of life assessments in daily clinical oncology nursing practice-A community hospital-based intervention study.**

Antecedentes Valorar la efectividad de introducir la valoración de la CVRS en la práctica diaria de enfermería.

Métodos 10 enfermeras y 219 pacientes participaron en el estudio. Cuestionarios de medición de la CVRS y datos clínicos fueron utilizados para valorar la efectividad de las intervenciones.

Resultados La CVRS fue significativamente mayor en el grupo experimental.

Conclusiones Se necesitan grandes esfuerzos para incorporar estas intervenciones en la práctica clínica pero los efectos en cuanto a la calidad de vida de los pacientes son muy beneficiosos.

Autores Malm D, Karlsson JE, Fridlund B.

Título **Effects of a self-care program on the health-related quality of life of pace maker patients: a nursing intervention study.**

Antecedentes Evaluar la efectividad de una intervención enfermera en el aumento de la CVRS.

Métodos	El tamaño muestral fueron 97 pacientes de una edad aproximada de 71 años. No se indica ningún método de evaluación de la CVRS.
Resultados	Los resultados muestran un aumento significativo en la CVRS de los pacientes
Conclusiones	Es importante introducir a estos pacientes en intervenciones de educación para la salud ya que así conseguimos aumentar su CVRS.

Autores	Giesler RB, Given B, Given CW, Rawl S, Monahan P, Burns D, et al.
Título	Improving the quality of life of patients with prostate carcinoma-A randomized trial testing the efficacy of a nurse-driven intervention.
Antecedentes	Los tratamientos utilizados para el cáncer de próstata producen efectos secundarios que disminuyen la CVRS de los pacientes.
Métodos	Tamaño muestral de 99 pacientes. La enfermera ayuda a los pacientes a identificar los aspectos importantes para la calidad de vida y después realiza educación para la salud.
Resultados	Según los aspectos previamente identificados, se mejoró la CVRS.
Conclusiones	La intervención de enfermería fue efectiva en el aumento de la CVRS.