



Revista Latinoamericana de Psicología

www.elsevier.es/rlp



ORIGINAL

Calidad de vida profesional y sueño en profesionales de Lima

Mirian Grimaldo* y Mario Alexander Reyes Bossio

Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas - UPC, Perú

Recibido 2 de mayo 2013; aceptado 21 de mayo 2014

PALABRAS CLAVE

Calidad de vida profesional;
Sueño;
Profesionales de la salud

KEYWORDS

Professional Quality of Life;
Sleep and Rest;
Health Professionals

Resumen

El objetivo de la presente investigación es determinar la relación que existe entre calidad de vida profesional y sueño en un grupo de estudiantes de posgrado de Ciencias de la Salud, mediante un diseño correlacional, en una muestra conformada por 198 participantes. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Calidad de Vida Profesional CVP-35 de Cabezas (1998) y un cuestionario de sueño y reposo diseñado para el presente estudio. Se encontró correlación entre calidad de vida profesional y sueño en el grupo de edad de 31 a 40 años (0.26). Es probable que este grupo valore el sueño como aspecto importante para su calidad de vida profesional, lo cual podría estar influyendo en su desempeño laboral.

Copyright © 2013, Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

Professional quality of life in health professionals in Lima, Peru

Abstract

The aim this study is to determine the relationship between quality of professional life and sleep in a group of students of Health Sciences Grad School, using a correlational design, in a sample of 198 participants. The measurement instruments used were the Scale of Quality of Professional Life - CVP-35 by Cabezas (1998) and a Sleep and Rest Questionnaire designed for this study. A correlation was found between quality of professional life and sleep and rest in the 31-40 years age group ($P=.26$). It is probable that this group values sleep as an important aspect for their quality of professional life, which could influence their work performance.

Copyright © 2013, Konrad Lorenz University Foundation. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons CC BY-NC ND Licence (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mgrimaldo2001@yahoo.com (Mirian Grimaldo).

En los últimos tiempos, el concepto de calidad de vida ha empezado a usarse con mayor frecuencia en el campo de las evaluaciones en salud o como medida de bienestar (Urzúa & Caqueo-Úrizar, 2012). Mucho más cuando se trata de un grupo de profesionales de la salud, ya que constituye uno de los grupos laborales que corre mayor riesgo de una mala calidad de vida por el tipo de trabajo que desempeñan (Albanesi, 2013; Bragard, Dupuis, Razavi, Reynaert & Etienne, 2012; Lourencxao, Moscardini & Soler, 2010; Rodríguez, 2010). Diversos estudios han encontrado una relación entre calidad de vida y sueño (Shao, Chou, Yeh & Tzeng, 2010; Hasson & Gustavsson, 2010; Sveinsdóttir, 2006), así como en las dificultades en la concentración, irritabilidad y disminución productiva en el trabajo (Stepanski, 2003), ya sea por la pobre calidad de sueño (Shao et al., 2010) o por el sueño insuficiente (Chan, 2009). En esa misma línea, otros estudios han demostrado los efectos negativos de la privación de sueño nocturno para la salud (Biddle & Aker, 2011; Mei-Lin et al., 2011; Miró, Cano & Buéla-Casal, 2002; Rothschild et al., 2009), incluso en cualquier especie (Peruzzi, 2005).

Ahora bien, debido a la actividad laboral que desempeñan, es probable que muchos hayan tenido que adaptar sus horarios, alterando su calidad de vida respecto a la salud. Por ejemplo, se ha hallado que el trabajo por turnos, y particularmente el turno de noche, puede tener un poderoso impacto en la salud, la seguridad y el bienestar social de las personas (Ferguson et al., 2010; Kilpatrick & Lavoie-Tremblay, 2006). Como se sabe, en este caso se trata de profesionales de la salud, quienes por las exigencias del trabajo tienen la necesidad de realizar guardias nocturnas. Estudios llevados a cabo en residentes han reportado que las guardias van en detrimento de la calidad de vida, por la disminución de sueño (Bailit, Weisberger & Knotek, 2005), sobre todo cuando el residente se ve obligado a continuar su jornada laboral luego de asistencia continuada (Halbach, Spann & Egan, 2003; Howard, Gaba, Rosekind & Zarcone, 2002). Fernández et al. (2007) hallaron que las guardias realizadas en los servicios de urgencia influyen en la generación del estrés, y es justamente en estos ambientes donde el residente desarrolla gran parte de su labor asistencial.

Vemos que el trabajo nocturno y en la modalidad de turnos tiene efectos negativos en la salud, lo que genera una deficiente calidad de vida (Kaliterna, Prizmic & Zganec, 2004; Zencirli & Arslan, 2011), así como un probable deterioro a nivel social (Caqueo-Úrizar, Gutierrez-Maldonado & Miranda-Castillo, 2009). Un estudio desarrollado por Chung, Chang, Yang, Kuo y Hsu (2009) encontró que más del 50% de las enfermeras reportaban insomnio grave como consecuencia de trabajar de noche. Al respecto se ha encontrado que ello afecta a la salud (Staner, 2010) y a la capacidad de satisfacer las necesidades de los pacientes y proporcionar una atención de calidad. Algunos estudiosos coinciden en señalar que el insomnio es uno de los trastornos cada vez más relevantes en las enfermeras (Chan, 2009; Chung et al., 2009).

En cuanto a la relación entre calidad de vida profesional y sueño, según variables sociodemográficas, se ha hallado que los auxiliares clínicos tienen mejor percepción de su calidad de vida profesional que los médicos (Sánchez, Álvarez & Lorenzo, 2003). Según cada sexo, se encontró asociación casi significativa con la subescala de motivación intrínseca, una dimensión de la Escala de Calidad de Vida

Profesional, en la que las mujeres tenían puntuaciones más altas que los varones (Albanesi & Nasetta, 2011).

En un estudio realizado por Díaz-Campo et al. (2008) en médicos y enfermeros, el 47.7% manifestó haber cometido algún error en la jornada posterior a la guardia.

La calidad de vida profesional depende de diversos factores personales (como la edad, el sexo e incluso la personalidad) y familiares (como el estado civil y el apoyo familiar) y aspectos estrictamente laborales (como la retribución y la carrera profesional) (Cabezas, 2000; Garrido et al., 2010; Villares, Ruiz, López & Sáinz, 2000) e incluso los tipos de gestión (López, López, Jareño & Moya, 2009).

La satisfacción de las personas que trabajan respecto a su ambiente laboral resulta necesaria para su desempeño y en la actualidad es uno de los aspectos más importantes que permite comprender el comportamiento de las organizaciones. Desde esta perspectiva, García y González (1995) plantean que la calidad de vida profesional es la experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas o cargas de trabajo desafiante, intensa y compleja, y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) que dispone para afrontar esas demandas.

Según Cabezas (1998), la calidad de vida profesional se relaciona con el balance entre las demandas del trabajo y la capacidad percibida para afrontarlas, de manera que a lo largo de la vida se consiga un desarrollo óptimo en las esferas profesional, familiar y personal. En definitiva, los aspectos asociados con la calidad de vida profesional agrupan los diferentes factores capaces de generar fuentes adecuadas de gratificación y satisfacción en el quehacer profesional (Calderón et al., 2008). Ahora bien, en las organizaciones sanitarias, la calidad de vida profesional es un objetivo en sí mismo y, a su vez, un elemento imprescindible para la consecución de objetivos institucionales y personales (Miñarro, Verdú, Larraínzar & Molinos, 2002; Newman & Taylor, 2002).

Respecto a las dimensiones de la calidad de vida profesional, no todos los autores coinciden en considerar las mismas (Fernández, A., Santos & Casado, 2007); sin embargo, la mayoría concuerda en organizar sus indicadores en tres grandes grupos: cargas o demandas en el trabajo (percepción que el trabajador tiene de las demandas del puesto de trabajo), motivación intrínseca (motivación debida a factores internos) y apoyo directivo (soporte emocional que brindan los directivos a las personas que trabajan con él).

Respecto al sueño, Cloninger (2003) plantea que es una necesidad esencial para la supervivencia humana; que si no se satisface, disminuye la motivación para otras conductas. La principal función del sueño es reparar al organismo para seguir la vida en condiciones favorables. Existe la falsa creencia de que el sueño es un estado de completa relajación e inactividad, cuando más bien es un estado complejo y activo. Es así que mediante la técnica de la electroencefalografía se demuestra una actividad cerebral en la fase REM (*rapid eye movement*, movimientos oculares rápidos) similar al estado de vigilia (Pérez, 2003).

Buela-Casal y Miró (2001) señalan que la cantidad de sueño necesaria para el ser humano es una magnitud que depende de factores biológicos, conductuales y ambientales. Así, hay personas que duermen cinco horas o menos y otros que necesitan nueve horas. Existe un tercer grupo que se

caracteriza por tener una necesidad variable de sueño y, por último, la gran mayoría, que duerme ocho horas (Miró et al., 2002).

En cuanto a los estudios correlacionales entre ambas variables, se encuentra un mayor número de estudios relacionados de forma indirecta, los cuales reportan evidencia importante de la relación positiva entre el síndrome de *burnout* y la calidad del sueño (Ekstedt, 2005; Soderstrom, Ekstedt, Akerstedt, Nilsson & Axelsson, 2004). También se demuestra la relación entre privación de sueño y evolución del *burnout* en profesionales sanitarios (McVivar, 2003). De forma específica, se encuentra que el agotamiento emocional se relaciona significativamente con la latencia del sueño, los despertares nocturnos y las horas y la calidad del sueño (Miró, Solanes, Martínez, Sánchez & Rodríguez, 2007).

A partir de este estudio sería posible desarrollar programas de sensibilización o concientización orientados a mejorar la calidad de sueño, lo cual probablemente influya en el nivel de calidad de vida profesional y ello, a su vez, en la calidad de la atención a los pacientes; de ahí la relevancia social del presente estudio. Intervenir en este componente del estilo de vida se convierte en una de las acciones más eficaces para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (Sanabria-Ferrand, González & Urrego, 2007). Esta variable resulta ser el punto de partida para prevenir el agotamiento emocional y mejorar la calidad del servicio que se brinda en las instituciones de salud. A partir de ello se podría reducir las implicancias económicas de los trastornos del sueño, lo cual ha sido estudiado por Stoller (1994).

Considerando los planteamientos anteriores, el objetivo de la presente investigación es establecer la relación que existe entre la calidad de vida profesional y el sueño en profesionales de la salud, según variables demográficas. Para la segunda variable, se considera la calidad subjetiva del sueño.

Método

Participantes

La población está conformada por los estudiantes de segundo ciclo de una escuela de posgrado de la ciudad de Lima, los cuales ascienden a un total de 409 alumnos matriculados en programas de maestrías y doctorado. La muestra fue probabilística y el muestreo fue la asignación proporcional. Se realizó un muestreo estratificado y quedó conformada por 198 participantes. Se observa que el 73.2% son mujeres y 26.8% varones.

Se trata mayoritariamente de una muestra conformada por médicos (37.4%), luego se ubican las enfermeras (19.7%), psicólogos (14.1%), odontólogos (7.1%), obstetras, (6.6%), tecnólogos médicos (5.6%), educadores (2%) y otros profesionales (7.5%). Respecto a la edad, el mayor porcentaje tiene 31-40 años (39.9%), luego quienes tienen de 41 o más años (38.4%) y los menores de 30 (21.7%). En cuanto al estado civil, la mayoría de los participantes son casados (50%), luego están los solteros (42.4%), los convivientes (4%) y los viudos (3.5%). En el momento de la evaluación, no habían tenido guardia 24 h antes. El 92% tiene un trabajo rotativo mediante guardias; sin embargo, los que no tienen

turnos rotativos trabajan en dos centros de salud simultáneamente; aunque no realizan guardias, laboran más de 8 h diarias.

El consentimiento informado de los participantes se obtuvo mediante una consulta por escrito, en la que se explicaban detalladamente el propósito y los objetivos de la investigación, el tipo de participación que se requería y la duración. Se les indicó de manera precisa que podían finalizar su participación en cualquier momento si así lo decidían, respetando la autonomía de los participantes para ello.

Instrumentos

Escala de Calidad de Vida Profesional (CVP-35) de Cabezas (1998)

El objetivo de este instrumento es identificar los niveles de calidad de vida profesional en profesionales de la salud. Las dimensiones que evalúa son cargas de trabajo, motivación intrínseca y apoyo directivo. Son 35 preguntas, que se responden en una escala del 1 al 10 donde se superponen las categorías nada (valores 1 y 2), algo (valores 3, 4 y 5), bastante (valores 6, 7 y 8) y mucho (valores 9 y 10).

Su aplicación puede ser individual o colectiva y en un tiempo de aproximadamente 15 min. Cuenta con validez de constructo y confiabilidad, tanto en su país de origen como en estudios realizados en otros países (Fernández et al., 2007; Fernández et al., 2007; Martín et al., 2004; Sánchez et al., 2003).

Para el presente estudio, el instrumento fue sometido a validez de contenido a través del método de Criterio de Jueces (Coeficiente V. de Aiken). Se obtuvo una validez significativa del instrumento de $p < 0,05$ en todos los ítems.

En cuanto a la validez de constructo, se realizó el análisis factorial exploratorio mediante el método de extracción de ejes principales y el método de rotación oblicua. En cuanto a la determinación del número de factores, se obtuvo que tres factores extraídos contenían el 61% de la varianza de los ítems, es decir, estos factores alcanzaban a explicar con algún grado de significado conceptual las correlaciones entre los ítems. En la tabla 1 se observan las cargas factoriales, donde se aprecia la extracción de los factores.

El estudio de la confiabilidad (coeficiente alfa de Cronbach) incluyó el análisis de los factores identificados; se encontró que cada uno de los factores posee confiabilidad (carga laboral: .90; motivación intrínseca: .91 y apoyo directivo: .95).

Questionario de sueño

Para la metodología, se plantearon como criterios de construcción la elaboración de una tabla de especificaciones en la que se presentaban los objetivos específicos, los indicadores y los ítems que permitían describir el sueño. El objetivo del instrumento es identificar los hábitos y conductas relacionadas con la calidad subjetiva del sueño.

El instrumento está conformado por nueve reactivos que se presentan en formato de tabla para ser respondidos a partir de alternativas de selección múltiple. Se evalúa acerca de la frecuencia de dormir entre 7 y 8 h, tomar siesta, duración aproximada de la siesta, horario fijo para acostarse, horario fijo para levantarse, tiempo de tranquilidad an-

Tabla 1 Análisis factorial exploratorio de la Escala de Calidad de Vida Profesional

Ítem	Componente		
	Apoyo directivo	Carga en el trabajo	Motivación intrínseca
1. Cantidad de trabajo que tengo		.33 (.49)	
2. Prisas y agobios por la falta de tiempo para realizar mi trabajo		.66 (.67)	
3. Presión que recibo para realizar la cantidad de trabajo que tengo		.77 (.78)	
4. Presión que recibo para mantener la calidad de mi trabajo		.71 (.74)	
5. Los conflictos que tengo con otras personas de mi trabajo		.55 (.52)	
6. La falta tiempo para mi vida personal		.71 (.72)	
7. La incomodidad física en el trabajo		.71 (.70)	
8. La carga de responsabilidad		.57 (.78)	
9. Las interrupciones molestas		.75 (.73)	
10. El estrés que tengo (esfuerzo emocional)		.73 (.76)	
11. Mi trabajo, ya que tiene consecuencias negativas para mi salud		.67 (.70)	
12. El tipo de trabajo			-.57 (-.66)
13. La motivación que experimento (ganas de esforzarme)			-.68 (-.75)
14. La exigencia de capacitación para realizar mi trabajo			-.70 (-.75)
15. El apoyo de mi familia			-.68 (-.65)
16. Mis ganas de ser creativo(a)			-.84 (-.78)
17. La capacitación que tengo para hacer mi trabajo actual			-.53 (-.70)
18. Mi trabajo, porque es importante para la vida de otras personas			-.69 (-.77)
19. Mi trabajo, ya que me siento orgulloso(a) de él			-.64 (-.79)
20. Lo que tengo que hacer, ya que ello está claro			-.62 (-.76)
21. El apoyo que recibo de mi equipo			-.25 (-.56)
22. La posibilidad de expresar lo que siento y necesito	.43 (.68)		
23. Mi satisfacción con el sueldo	.73 (.67)		
24. El reconocimiento de mi esfuerzo	.82 (.83)		
25. La posibilidad de ser promocionado(a)	.85 (.83)		
26. El apoyo de mis jefes o adjuntos	.81 (.82)		
27. El apoyo de mis compañeros(as)	.65 (.71)		
28. La recepción de la información de los resultados de mi trabajo	.80 (.83)		
29. La institución donde trabajo, ya que trata de mejorar la calidad de vida de mi puesto	.83 (.80)		
30. La autonomía o libertad de decisión que tengo	.73 (.80)		
31. La variedad en mi trabajo	.75 (.82)		
32. La posibilidad de ser creativo	.57 (.75)		
33. La posibilidad de ser escuchado(a), cuando realizo alguna propuesta	.68 (.79)		

tes de dormir, temperatura templada del dormitorio, sensación de haber dormido lo suficiente y sensación de haber restaurado energías perdidas.

En cuanto a las alternativas, se consideran los siguientes: siempre (todo los días), casi siempre (tres a seis veces por semana), a veces (una o dos veces por semana), casi nunca (una a tres veces al mes) y nunca. La aplicación del presente instrumento puede ser individual o colectiva y en un tiempo de aproximadamente 10 min.

Cuenta con validez de contenido por el criterio de jueces (V de Aiken). También se trabajó la validez de constructo a partir del análisis factorial exploratorio. Se empleó el método de factorización de análisis de componentes principales y, en cuanto al método de rotación, se eligió el de Oblimin. Se confirmó que nueve ítems conformaban la estructura unidimensional del instrumento. La confiabilidad

se obtuvo del coeficiente alfa de Cronbach (.76 para la muestra total; .78 para la muestra de varones; .75 para la muestra de mujeres).

Procedimiento

Inicialmente se realizaron las coordinaciones necesarias con las autoridades de la Escuela de posgrado para solicitar el permiso respectivo. Posteriormente se llevó a cabo el estudio piloto con un grupo de 20 estudiantes; para ello se aplicaron los instrumentos con el fin de probar su inteligibilidad. La técnica empleada en esta fase fue el grupo focal. Luego se trabajó la validez de contenido, con la participación de diez especialistas en el tema.

Finalmente, se aplicaron durante las primeras horas de clase los instrumentos siguiendo los procedimientos estandarizados.

Tabla 2 Dimensiones de las subescalas de Calidad de Vida Profesional y sueño y reposo según variables sociodemográficas

Dimensiones	Muestra total	Sexo		Edad (años)			Ingreso económico			Profesionales	
		Varones	Mujeres	≤ 30	31-40	> 40	Hasta 2000 ns	2001-4000 ns	> 4000 ns	Médicos	Otras profesiones
Cargas en el trabajo	-.06	.00	-.10	-.12	.02	-.21	.00	-.12		-.13	-.03
Motivación intrínseca	.03	.16	.00	-.25	.29 ^a	-.04	.05	.02	-.13	-.18	.14
Apoyo directivo	.17 ^b	.24	.14	.01	.31 ^a	.09	.05	-.13		-.04	

^a $p < 0,01$.^b $p < 0,05$.

darizados para la aplicación grupal de pruebas autoaplicables, y se siguieron las recomendaciones del Código de Prácticas justas en las pruebas en la educación.

Los datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico para las Ciencias Sociales SPSS, versión 19.0 en español.

Resultados

Para la determinación de la correlación se utilizó la correlación de Pearson. Se correlacionaron las puntuaciones totales entre las pruebas (Escala de Calidad de Vida Profesional y el cuestionario de sueño).

Se estableció el siguiente criterio: si la correlación se situaba en $p < 0,05$, se continuaba con el segundo nivel de análisis. En un segundo momento, se exploraron las correlaciones entre las subescalas de calidad de vida profesional, con el constructo sueño. En este procedimiento, se realizaron numerosas pruebas de hipótesis, una por cada correlación; de tal manera que se decidió controlar la inflación del error tipo I originada por esta condición del análisis. Para ello, se aplicó la corrección Bonferroni para establecer el nivel de significancia mínimo para rechazar la hipótesis nula $H_0: r = 0$. Esta corrección se realizó de la siguiente manera: a/n , donde a es el nivel de significancia elegido (en la presente investigación se asume 0,05) y n es el número de correlaciones para probar (H_0).

En la medida que la varianza común entre las variables podía ser diferente entre las submuestras de participantes, los análisis en el segundo paso se realizaron en cada una de las submuestras relevantes (sexo, edad, nivel socioeconómico y tipo de profesión). Se encontró una correlación baja entre la calidad de vida profesional y sueño y reposo en el grupo de edad de 31-40 años ($a = .26$; $p < 0,05$). Aunque la correlación fue baja, se continuó con el análisis.

En la tabla 2 se observa que existe correlación moderada entre calidad de vida profesional y sueño en el grupo de 31-40 años, específicamente en el área referida al apoyo directivo.

Discusión

Respecto a la relación entre calidad de vida profesional y sueño, se ha encontrado una asociación solo en el grupo de

31-40 años. Se puede afirmar, pues, que dormir y descansar resultan importantes para mantener la calidad de vida profesional. Por ello satisfacer estas necesidades permite vivenciar sentimientos de bienestar que se derivan del equilibrio que el trabajador percibe a lo largo de la profesión y que se relacionan con los objetivos organizacionales y relacionales con que cuenta para afrontarlas (Sosa, Cheverría & Rodríguez, 2010). Esta es una etapa en la que se responde a la crisis generatividad frente al estancamiento. Respecto a la generatividad, se observan tres dominios: el procreativo, que consiste en dar y responder a las necesidades de la siguiente generación; el productivo, que consiste en integrar el trabajo a la vida familiar y cuidar a la siguiente generación, y el creativo, que consiste en hacer aportaciones a la sociedad en gran escala. De esta manera los resultados parecen responder a las características de esta etapa.

Baldi y García (2010) plantean que las personas en la adultez empiezan a satisfacer necesidades de diversa índole. Se observa independencia económica, financiera e incluso emocional. Así, el grupo conformado por los adultos de 31-41 años duerme mejor en la medida que están más satisfechos con su sueldo, tienen mayor posibilidad de expresar lo que sienten, se les reconoce el esfuerzo laboral y reciben el apoyo de sus jefes y compañeros. Con lo anterior se confirma la propuesta realizada por Baldi y García (2010).

Lo anterior indica que este grupo empieza a valorar el sueño como un aspecto importante para su calidad de vida profesional, lo cual redundaría en su desempeño laboral. Al respecto, Fernández et al. (2007) plantean que es necesario conocer no solo la calidad de los servicios prestados a la población y el grado de satisfacción del paciente, sino también la calidad vida profesional, ya que ello influye en la efectividad del trabajo realizado. Una persona que duerme y reposa lo suficiente tendrá una experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe entre la carga de trabajo y sus recursos disponibles. Por su parte, Cabezas (2000) encontró la relación entre insatisfacción y absentismo, accidentes laborales, agresividad, cambios en el puesto de trabajo y su incidencia directa en el nivel de estrés laboral y su percepción en la calidad de vida profesional

Estos resultados son los esperados en la medida que, tal como lo señalan Sierra, Jiménez y Martín (2002), la importancia de la calidad del sueño no es solo fundamental como factor determinante de la salud, sino como un elemento propiciador de la calidad de vida. Se conoce que las defen-

sas inmunológicas, el rendimiento cognitivo, la salud mental en general y los ritmos circadianos están afectados por el sueño (Foster & Wulff, 2005). Así, Pacini et al. (2005) han demostrado que, entre los factores que se alteran en la calidad de vida, se incluyen el sueño, la vitalidad y la salud emocional. Sin embargo, debido a las necesidades productivas de la sociedad actual, gracias a la existencia de luz artificial y una regulación de las horas de trabajo en turnos, se puede prolongar la productividad 24 h al día todos los días de la semana.

En realidad, esto es una nueva cultura del trabajo, donde el sueño no es una prioridad (Foster & Wulff, 2005). Por ello el ser humano ha tenido que adaptarse a estos nuevos horarios con la creación de diferentes tipos de turnos laborales, actividades académicas y lúdicas, que alteran los procesos naturales y afectan también a la calidad de vida con respecto a la salud (Marín, Fernando, Vinacia, Tobón & Bonifacio, 2008).

Al considerar lo planteado por los autores anteriores, el presente estudio está basado en una muestra conformada por profesionales que en su mayoría realizan turnos en diferentes momentos del día, lo cual podría estar generando un choque contra su propia biología, puesto que por una motivación económica se establece un ritmo artificial, que no es compatible con su propio ritmo biológico en relación con el sueño. De la misma manera, la correlación que se observa puede indicar que ellos empiezan a valorar el sueño como un aspecto importante para su calidad de vida profesional, lo cual podría estar influyendo en su desempeño laboral y en la calidad de la atención que brindan.

Algunos estudios (Fernández et al., 2007; Fernández et al., 2007), han encontrado que tanto la calidad de vida profesional como la calidad de la atención se ven influidas por la realización de guardias en personal de salud. Al respecto, algunos autores (Bailit et al., 2005; Bonet-Porqueras et al., 2009) encontraron que la privación de sueño va en detrimento de la calidad de vida de los residentes de medicina, principalmente cuando se ven obligados a continuar su jornada laboral luego de haber brindado una asistencia médica continuada (Halbach et al., 2003). Asimismo Howard et al. (2002) hallaron, en una investigación realizada con personal médico, que los horarios de trabajo variables, largas horas de jornadas y periodos de guardia generaban pérdida del sueño, alteraciones del ritmo circadiano y fatiga. Así, la privación de sueño causa un déficit en la atención y la concentración que podría poner en riesgo a los pacientes (Arnetd, Owe, Crouch, Stahl & Carskadon, 2005). Por ello se propone cuidar de que los médicos inicien su actividad diaria con un número mínimo de horas de sueño (Ferguson et al., 2010).

De la misma manera, si el personal de salud no duerme lo suficiente, ello influirá en su calidad de vida profesional y consecuentemente en la calidad de atención que les brindan a los pacientes, ya que como lo señala Marín et al. (2008), en el mundo moderno, los turnos rotativos de trabajo y otros aspectos de la economía y cultura global, inciden con factores de riesgo en detrimento del sueño y la calidad de vida en general. Asimismo, diversas opiniones sobre la reducción de horarios de trabajo están influidos por el impacto de esto en la economía; pues habría que contratar más personal para cubrir horarios y la calidad del cuidado de los pacientes (Steinbrook, 2002; Volpp & Grande, 2003).

Es indudable, que la falta de descanso podría tener efectos no solo en la salud del médico, sino podría ser un riesgo para el propio paciente (Ferguson et al., 2010). Las limitaciones de este estudio se observan principalmente en las características de las muestras obtenidas, que no se logró homogenizar, como en el caso de la caracterización de la muestra por edades. Se encontró que el 21.7% de los profesionales tenían hasta 30 años; el 39.9%, 31-40, y el 38.4%, 41 o más. De la misma manera, la muestra tipificada según sexo, debido a que el 73.2% correspondía al sexo femenino y el 26.8%, al masculino, que también refleja las características propias de nuestra realidad. En tercer lugar, la caracterización de la muestra según el tipo de profesión, ya que el 37.4% son médicos, frente al 62.6% de otras profesiones, las cuales fueron organizadas de esta manera porque los porcentajes de cada profesión era muy reducido. En cuanto a los instrumentos utilizados, no cuentan con una escala de mentiras, lo cual podría influir en el grado de deseabilidad social de los participantes. De la misma manera, no poseen una escala de distractores, para que de esta manera los participantes no tengan conocimiento de la variable que mide el instrumento y sus respuestas no se vean afectadas.

Con el presente estudio se demuestra que existe relación entre la calidad de vida profesional y el sueño, aunque hay necesidad de continuar estudiando estas variables en diferentes grupos muestrales, lo cual es "una novedosa línea de investigación" (Miró et al., 2002, p. 3). Asimismo, las intervenciones destinadas a mejorar la calidad de sueño del personal de salud deben ser estimuladas, ya que ello beneficia no solo directamente a estos profesionales, sino también a la población atendida, es decir, la calidad de la atención sanitaria.

Referencias

- Albanesi, S. (2013). Percepción de la calidad de vida profesional en trabajadores de la salud. *Alternativas en Psicología*, 17, 8-19.
- Albanesi, S., & Nasetta, P. (2011). Calidad de vida profesional en médicos de Cuyo. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 16, 387-395.
- Arnetd, J.T., Owe, J., Crouch, M., Stahl, J., & Carskadon, M.A. (2005). Neurobehavioral performance of residents after heavy night call vs after alcohol ingestion. *Journal of the American Medical Association*, 294, 1025-1033. doi: 10.1001/jama.294.9.1025
- Bailit, J.L., Weisberger, A., & Knotek, J. (2005). Resident job satisfaction and quality of life before and after work hour reform. *Journal of Reproductive Medicine*, 50, 649-652.
- Baldi, G., & García, E. (2010). Percepción de la calidad de vida en una muestra de individuos de la ciudad de San Luis. *Universidades*, 60, 17-26.
- Biddle, Ch., & Aker, J. (2011). The National study of sleep-related behaviors of nurse anesthetists: personal and professional implications. *American Association of Nurse Anesthetists*, 79, 324-331.
- Bonet-Porqueras, R., Moliné-Pallarés, A., Olona-Cabases, M., Gil-Mateu, E., Bonet-Notario, P., Les-Morell, E., ... & Bonet-Porqueras, M. (2009). Trabajo nocturno: Un factor de riesgo en la salud y calidad de vida del personal de enfermería. *Enfermería Clínica*, 19, 6-82.
- Bragard, I., Dupuis, G., Razavi, D., Reynaert, C., & Etienne, A.M. (2012). Quality of work life in doctors working with cancer patients. *Occupational Medicine*, 62, 34-40. doi: 10.1093/occmed/kqr149

- Buela-Casal, G., & Miró, E. (2001). *¿Qué es el sueño? Para qué dormimos y para qué soñamos*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Cabezas, C. (1998). Síndrome de desgaste profesional, estrés laboral y calidad de vida profesional. *Revista Formación Médica Continuada*, 5, 491-492.
- Cabezas, C. (2000). La calidad de vida de los profesionales. *Revista Formación Médica Continuada*, 7, 53-68.
- Calderón, J.G.E., Borracci, R.A., Angel, A., Sokn, F., Agüero, R., Manrique, J.L., ... & Hansen, M. (2008). Características métricas de un cuestionario para evaluar la calidad de vida profesional de los médicos cardiólogos. *Revista Argentina de Cardiología*, 76, 359-367.
- Caqueo-Urizar, A., Gutierrez-Maldonado, J., & Miranda-Castillo, C. (2009). Quality of life in caregivers of patient with schizophrenia: A literature review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7, 84. doi: 10.1186/1477-7525-7-84
- Chan, M.F. (2009). Factors associated with perceived sleep quality of nurses working on rotating shifts. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 285-293. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02583.x
- Chung, M.H., Chang, F.M., Yang, C.C., Kuo, T.B., & Hsu, N. (2009). Sleep quality and morningness-eveningness of shift nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 279-284. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02160.x
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. México D.F., México: Pearson-Prentice Hall.
- Díaz-Campo, Y., Díaz-Campo, C., Puerma, C., Viedma, M.N., Aulet, A., Lázaro, E., & Fernández, O. (2008). La calidad del sueño en programas sanitarios de dos áreas de Salud de Castilla-La Mancha. *Revista Clínica Médica Familiar*, 2, 156-161.
- Ekstedt, M. (2005). *Burnout and sleep* (Tesis doctoral). Estocolmo: Department of Public Health Sciences, Division of Psychosocial Factors and Health, Karolinska Institutet.
- Ferguson, S.A., Matthew, T., Dorrian, J., Jay, S., Weissenfeld, A., & Dawson, D. (2010). Work hours and sleep/wake behavior of Australian hospital doctors. *Chronobiology International*, 27, 997-101. doi:10.3109/07420528.2010.489439
- Fernández, A., Santa, E., & Casado, M. (2007). *Calidad de vida profesional de los profesionales de enfermería en atención primaria de Soria*. Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0213.php>
- Fernández, O., García Del Río, B., Hidalgo, C., López, C., Martín, A., & Moreno, S. (2007). Percepción de la calidad de vida profesional de los médicos residentes de dos hospitales de distinto nivel asistencial. *Medicina de Familia*, 7, 83-90.
- Foster, R., & Wulff, K. (2005). The rhythm of rest and excess. *Nature Reviews. Neuroscience*, 6, 407-414. doi: 10.1038/nrn1670
- Frank, E., & Segura, C. (2009). Practices of Canadian physicians. *Canadian Family Physician*, 55, 810-811.
- García, S., & González, J. (1995). Factores de motivación de los profesionales de la salud en atención primaria. *Revista de Formación Médica Continuada*, 2, 1.
- Garrido, S., García, E., Viúdez, I., López, C., Más, E., & Ballarín, M. (2010). Estudio de la calidad de vida profesional en trabajadores de atención primaria del área 7 de la comunidad de Madrid. *Revista de Calidad Asistencial*, 2, 327-333. doi: 10.1016/j.cali.2010.05.003
- Halbach, M.M., Spann, C.O., & Egan, G. (2003). Effect of sleep deprivation on medical resident and student cognitive function: A prospective study. *American Journal of Obstetric and Gynecology*, 18, 1198-1201. doi: 10.1067/mob.2003.306
- Hasson D., & Gustavsson, P. (2010). Declining sleep quality among nurses: A population-based four-year longitudinal study on the transition from nursing education to working life. *Plos One*, 5, 14265. doi: 10.1371/journal.pone.0014265
- Howard, S.K., Gaba, D.M., Rosekind, M.R., & Zarcone, V.P. (2002). The risks and implications of excessive daytime sleepiness in resident physicians. *Academic of Medicine*, 77, 1019-1025.
- Kaliterna, LL, Prizmic, Z. & Zganec, N. (2004). Quality of life, life satisfaction and happiness in shift- and non-shift workers. *Revista Saúde Pública*, 38, 3-10. doi: 10.1590/S0034-89102004000700002
- Kilpatrick, K., & Lavoie-Tremblay, M. (2006). Shift-work: What health care managers need to know. *The Health Care Manager*, 25, 160-166.
- López, A., López, J.L., Jareño, P., & Moya, E.M. (2009). Influencia de los modelos de gestión en la calidad de vida profesional del personal cuidador en residencias de mayores de Abacete. *Enfermería Clínica*, 19, 258-266.
- Lourencxao, L., Moscardini, A., & Soler, Z. (2010). Health and quality of life of medical residents. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56, 81-90. doi: 10.1590/S0104-42302010000100021
- McVivar, A. (2003). Workplaces stress in nursing: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 633-642. doi: 10.1046/j.0309-2402.2003.02853.x
- Marín, H., Fernando, A., Vinacia, S. Tobón, S., & Bonifacio, S. (2008). Trastornos del sueño, salud y calidad de vida: Una perspectiva desde la medicina comportamental del sueño. *Suma Psicológica*, 15, 217-240.
- Martín, J., Cortés, J., Morente, M., Caboblanco, M., Garijo, J., & Rodríguez, A. (2004). Características métricas del cuestionario de Calidad de Vida Profesional (CVP 35). *Gaceta Sanitaria*, 18, 139-136. doi: 10.1016/S0213-9111(04)71817-8
- Mei-Lin, H., Yin-Ming, L., En-Ting, C., Hui-Ling, L., Wan-Hsiang, W., & Shu-Chen, W. (2011). Sleep disorder in Taiwanese nurses: A random sample survey. *Nursing and Health Sciences*, 13, 468-474. doi: 10.1111/j.1442-2018.2011.00641.x
- Miñarro, J., Verdú, M., Larraínzar, M., & Molinos, F. (2002). La satisfacción laboral en el hospital Asepeyo-Sant Cugat del Vallés. *Gestión Hospitalaria*, 13, 26-30.
- Miró, E., Cano, M.C., & Buela-Casal, G. (2002). Electro dermal activity during total sleep deprivation and its relationship with other activation and performance measures. *Journal of Sleep Research*, 11, 105-113.
- Miró, E., Iáñez, M.A., & Cano, M.C. (2002). Patrones de sueño y salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica*, 2, 301-326.
- Miró, E., Solanes, A., Martínez, P., Sánchez, A., & Rodríguez, J. (2007). Relación entre el Burnout o síndrome de quemarse por el trabajo, la tensión laboral y las características del sueño. *Psicothema*, 19, 388-394.
- Newman, K., & Taylor, U. (2002). The NHS Plan: Nurse satisfaction, commitment and retention strategies. *Health Service Management*, 15, 93-105.
- Pacini, F., Calabrese, C., Cipolleita, L., Valva, M., Russo, A., Savarino, V., & Vigneri, S. (2005). Burden of illness in Italian patients with gastro-oesophageal reflux disease. *Current Medical Research and Opinion*, 21, 495-502.
- Pérez, C. (2003). *Los alimentos y el sueño*. Barcelona, España: Masson.
- Peruzzi, W.T. (2005). Sleep in the Intensive Care Unit. *Pharmacotherapy*, 25, 348-398. doi: 10.1592/phco.2005.25.5_Part_2.34S
- Rodríguez, J. (2010). Calidad de vida laboral en profesionales de la salud. *Revista Calidad Asistencial*, 25, 318-320.
- Rothschild, J.M., Keohane, C.A., Rogers, S., Gardmer, R., Keohane, C.A., Keohane, C.A., ... & Landrigan, C.P. (2009). Risks of complications by attending physicians after performing nighttime procedures. *The Journal of American Medical Association*, 302, 1565-1572. doi:10.1001/jama.2009.1423
- Sanabria-Ferrand, P., González, L., & Urrego, D. (2007). Estilos de vida saludables en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Médica*, 15, 207-217.
- Sánchez, R., Álvarez, R., & Lorenzo, S. (2003). Calidad de vida profesional de los trabajadores de atención primaria del área 10 de Madrid. *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria*, 13, 291-296.

- Stepanski, E.J. (2003). Behavioral sleep medicine: A historical perspective. *Behavioral Sleep Medicine, 1*, 4-21. doi: 10.1207/S15402010BSM0101_3
- Staner, L. (2010). Comorbidity of insomnia and depression. *Sleep Medicine Reviews, 14*, 35-46. doi:10.1016/j.smrv.2009.09.003
- Steinbrook, R. (2002). The debate over residents work hours. *New England Journal of Medicine, 347*, 1129-1302.
- Stoller, M.K. (1994). Economic effects of insomnia. *Clinical Therapeutics, 16*, 873-897.
- Sierra, J.C., Jiménez, C., & Martín, J. (2002). Calidad de sueño en estudiantes universitarios: Importancia de la higiene del sueño. *Salud Mental, 25*, 35-43.
- Soderstrom, M., Ekstedt, M., Akerstedt, T., Nilsson, J., & Axelsson, J. (2004). Sleep and sleepiness in young individuals with high burnout scores. *Sleep, 27*, 1369-1377.
- Shao, M.F., Chou, Y.C., Yeh, M.Y., & Tzeng, W.C. (2010). Sleep quality and quality of life in female shift-working nurses. *Journal of Advance Nursing, 66*, 1565-1572. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05300
- Sosa, O., Cheverría, S., & Rodríguez, E. (2010). Calidad de vida profesional del personal de enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social, 18*, 153-158.
- Sveinsdóttir, H. (2006). Self-assessed quality of sleep, occupational health, working environment, illness experience and job satisfaction of female nurses working different combination of shifts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 20*, 229-237. doi: 10.1111/j.1471-6712.2006.00402.x
- Urzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica, 30*, 61-71. doi: 10.4067/S0718-48082012000100006
- Villares, J.E., Ruiz, A., López, M.P., & Sáinz, R. (2000). La satisfacción profesional en el equipo de atención primaria: oportunidades de mejora. *Cuadernos de Gestión, 6*, 60-67.
- Volpp, K.G.M., & Grande, D. (2003). Residents' suggestions for reducing errors in teaching hospitals. *New England Journal of Medicine, 348*, 851-855.
- Zencircl, A.D., & Arslan, S. (2011). Morning-evening type and burnout level as factors influencing sleep quality of shift nurses: a questionnaire study. *Croatian Medical Journal, 52*, 527-537. doi: 10.3325/cmj.2011.52.527