

# Programa de intervención de gestión de edad y cambios de hábitos en un hospital terciario de Madrid

**Jaime Villarreal<sup>(1)</sup>, Anna Janipka<sup>(2)</sup>, Ignacio Mabillo<sup>(3)</sup>, Ma<sup>a</sup> Teresa del Campo<sup>(4)</sup>**

<sup>1</sup>Servicio de Salud Laboral y Prevención, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

<sup>2</sup>Departamento de Psicología, Ankara Formación, Madrid.

<sup>3</sup>Unidad de Epidemiología, Instituto de Investigación Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

<sup>4</sup>Servicio de Salud Laboral y Prevención, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

## Correspondencia:

**Jaime Villarreal**

Dirección: Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Avda. de los Reyes Católicos 2. 28040 Madrid.

Teléfono: +34 91 550 48 00 2176

Correo electrónico: [Jaime.villarreal@quironsalud.es](mailto:Jaime.villarreal@quironsalud.es)

La cita de este artículo es: Jaime Villarreal. Programa de intervención de gestión de edad y cambios de hábitos en un hospital terciario de Madrid. Rev Asoc Esp Espec Med Trab 2021; 30(1): 90-98.

## RESUMEN.

**Objetivos:** La edad media de los trabajadores europeos sanitarios es cada vez mayor, con unas elevadas demandas físicas y psíquicas, lo que repercute en su calidad de vida. Parece necesario realizar intervenciones sobre la salud y bienestar. Valorar si se mejora la calidad de vida percibida de trabajadores sanitarios tras una intervención y si es más eficaz en función de variables como el puesto de trabajo. **Material y Métodos:** estudio de intervención prospectivo; población: trabajadores iguales ó mayores de 45 años que trabajan en un hospital terciario; métodos: programa "Gestión de la edad y cambio de hábitos", variables: cuestionario SF-12, CSF-12 Y CSM-12 y variables personales y laborales.

**Resultados:** tras la intervención sólo se observa un aumento significativo de CSM-12 en trabajadores administrativos en

## PROGRAM OF AGE MANAGEMENT AND CHANGES OF HABITS IN A TERTIARY HOSPITAL IN MADRID

### ABSTRACT

**Objectives:** The average age of European health workers is increasing, with high physical and mental demands, which affects their quality of life. Health and wellness interventions seem necessary. To assess whether the perceived quality of life of health workers is improved after an intervention and whether it is more effective depending on variables such as the job.

**Material and Methods:** prospective intervention study; population: workers equal to or older than 45 years who work in a tertiary hospital; methods: "Age management and change of habits" program, variables: SF-12 questionnaire, CSF-12 and CSM-12 and personal and work variables.

comparación con las categorías profesionales de tipo sanitario ( $53,6 \pm 6,85$  vs  $47,5 \pm 7,92$ ,  $p=0,036$ ). Conclusiones: los programas de intervención sobre gestión de edad en los lugares de trabajo pueden ser de utilidad.

**Palabras clave:** envejecimiento activo; promoción de la salud en el lugar de trabajo; trabajadores sanitarios; calidad de vida; cuestionario SF-12; salud integral.

**Results:** after the intervention, a significant increase in CSM-12 was only observed in administrative workers compared to the professional categories of health type ( $53.6 \pm 6.85$  vs  $47.5 \pm 7.92$ ,  $p = 0.036$ ).

**Conclusions:** intervention programs about age management at the workplaces could be useful.

**Key-words:** active aging; health promotion at workplace; healthcare workers; quality of life; SF-12 questionnaire; total health.

---

Fecha de recepción: 9 de febrero de 2021

Fecha de aceptación: 3 de abril de 2021

---

## Introducción

La edad media en la población europea es cada vez mayor, la mayoría de países está experimentando un aumento de la esperanza de vida y un descenso mantenido de la natalidad en las últimas décadas. El porcentaje de europeos mayores de 65 años pasará del 17,4% en 2010 al 30% en 2060. La proporción de trabajadores mayores de 50 años desde 1995 hasta 2005 supuso el 35% de la población total<sup>(1)</sup>. Esta proporción en España, se prevé que aumente desde un 36% en 2010 a un 48% en 2030<sup>(2)</sup>.

El concepto de salud integral no solo se refiere a la ausencia de enfermedades, sino que es lo que impulsa a un estado de equilibrio en el individuo. Hace referencia a la importancia de que cada persona tenga un cuerpo sano y una mente en forma, que se adapte y desarrolle de forma adecuada con su entorno y en todos los ámbitos de la vida; de tal forma que las habilidades de cada persona definirán a la persona como única<sup>(3)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud, define calidad de vida como la percepción que tiene un sujeto de su situación de vida en el contexto cultural y de valores en el que se desarrolla, y en relación con sus objetivos e intereses. Es un concepto muy amplio que engloba cinco dimensiones relacionadas entre si, tales como el estado físico, psicológico, social, educativo y material. Blanco et al<sup>(4)</sup> señalan que la calidad de vida hace referencia a la satisfacción personal de nuestras necesidades básicas, al bienestar o su privación, estando determinada por la cantidad de necesidades satisfechas o no y el grado de aspiraciones personales, marcada por “valores positivos y negativos” interrelacionados de forma individual y colectiva por el entorno cultural, psicológico y socioeconómico en el que vivimos<sup>(5)</sup>. El aumento en el porcentaje de trabajadores de mayor edad no siempre se acompaña de una prolongación de la salud integral de las personas y de su calidad de vida, de hecho, estamos asistiendo a un aumento sin precedentes de la prevalencia de patologías crónicas.

Este hecho se convierte en un reto para la sociedad en cuanto a la adaptación para mejorar al máximo la salud y hacer un mayor hincapié en mejorar la capacidad funcional de las personas más mayores<sup>(2)</sup>. La Organización Mundial de la Salud, define el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación, aprendizaje y seguridad con el objetivo de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. Es un concepto que promueve la participación continua de las personas mayores en los asuntos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, quedando atrás el concepto de la capacidad para estar activo física o laboralmente en el puesto de trabajo<sup>(3)</sup>.

El sector sanitario constituye uno de los principales pilares del empleo en Europa, suponiendo un 10% de la población activa. Este sector se ha visto drásticamente afectado por el envejecimiento poblacional, tanto la vertiente de los trabajadores como la de los pacientes<sup>(6)</sup>. Según la Encuesta de Población Activa del Instituto Nacional de Estadística en 2014, el 48,2% de los trabajadores de este sector tiene una edad superior a los 45 años.

En términos médicos, el envejecimiento reduce progresivamente la capacidad cardíaca, locomotriz, sensorial y nerviosa, así como la psicológica. En concreto en el trabajo del sector sanitario existen altos requerimientos mentales, emocionales, de habilidades manuales, así como de capacidad sensorial, los cuales pueden verse comprometidos al final de la vida laboral de los trabajadores<sup>(7)</sup>.

En los últimos años se están planificando e implementando distintos programas y estrategias de promoción de la salud en el lugar de trabajo en personas mayores, teniendo en cuenta la mejora del entorno laboral, la participación activa y el desarrollo personal de los trabajadores<sup>(6,8)</sup>. Este tema supone un reto importante de las organizaciones para garantizar la productividad empresarial enfocada en la cohesión y cambios de hábitos, estilos de vida y entornos positivos de los trabajadores mayores<sup>(9,10)</sup>. Por todo ello la mejora en la gestión de la edad para buscar una óptima adaptación de las distintas capacidades y hábitos de la población trabajadora en las últimas

etapas de su vida laboral, y en concreto en la de las personas que trabajan en el sector sanitario, resulta ser de interés como una de las medidas preventivas a tener en cuenta en estos momentos<sup>(3,11)</sup>.

El objetivo de este estudio es valorar si se mejora la percepción de calidad de vida en los trabajadores de 45 o más años del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (HUFJD) tras realizar un programa de intervención en su lugar de trabajo; así como el valorar si la intervención es más eficaz en función de las distintas variables personales y laborales consideradas en este estudio.

## Material y Métodos

Realizamos un estudio de intervención prospectivo de trabajadores del HUFJD, un hospital terciario de Madrid. El Servicio de Salud Laboral y Prevención del hospital fue el responsable de la planificación y de la realización del estudio, dentro del programa de promoción de la salud del hospital denominado “+Saludables FJD”. Este estudio fue aprobado por la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del Instituto de Salud Carlos III (ENMT-ISCIII).

La muestra de estudio se obtuvo tras la participación voluntaria de los trabajadores del hospital que respondieron a un anuncio y/o un correo en la intranet que informaba sobre este programa destinado a cualquier trabajador de 45 o más años. Como criterios de exclusión, se descartaron a los trabajadores con un contrato temporal de duración inferior al tiempo del estudio y aquellos en situación de incapacidad temporal en el periodo de estudio.

La metodología del estudio incluye tanto una técnica cuantitativa (cuestionario auto cumplimentado) como un programa de intervención: “Gestión de la edad y cambios de hábitos”.

Previo al comienzo del taller de intervención, el trabajador debía auto cumplimentar el Cuestionario SF-12, cuestionario validado de calidad de vida percibida relacionada con la salud. Compuesto por doce ítems, cuya finalidad es otorgar un instrumento de fácil aplicación para evaluar el grado de bienestar y capacidad funcional de las personas mayores de 14 años, definiendo un estado positivo y negativo

de la salud física y mental, por medio de ocho dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud mental, salud general, vitalidad, función social y rol emocional) que se agrupan en un componente sumatorio físico (CSF-12) y un componente sumatorio mental (CSM-12). Las opciones de respuesta forman escalas de tipo Likert (donde el número de opciones varía de tres a seis puntos, dependiendo del ítem) que evalúan intensidad y/o frecuencia del estado de salud de las personas. El puntaje va entre 0 y 100, donde el mayor puntaje implica una mejor calidad de vida relacionada con la salud. Las investigaciones que utilizan los doce ítems del SF, han verificado que este instrumento es una medida válida y confiable, encontrándose estimaciones de consistencia interna superiores a 0,70 y correlaciones significativas entre las versiones de la escala <sup>(12,13)</sup>.

El estudio se estructuró en tres fases que se desarrollaron durante un periodo de 12 meses que abarcó desde noviembre de 2019 hasta octubre de 2020:

- Fase I: Difusión de estudio y reclutamiento de la muestra. Para la obtención de la muestra, se publicó el estudio en la plataforma corporativa online del HUFJD y se envió un mail al correo corporativo de cada trabajador al cual debía de responder conformando el consentimiento informado en caso de querer participar en el estudio.
- Fase II: Desarrollo del taller de intervención “Gestión de la edad y cambios de hábitos” impartido por Dña. Anna Janipka, psicóloga clínica de la empresa Ankara Formación especializada en la materia. El taller se desarrolló durante tres días, separados semanalmente, con una duración de 5 horas, que abarcó cuatro áreas: envejecimiento, rol físico, mental, social y trascendencia.

El temario del taller es:

Día 1. ¿Qué es la gestión de la edad? (duración: 2 horas)

1. Definición de salud
2. Definición de bienestar
  - 2.1 Madurez: Signos naturales de hacernos mayores. Cambios modificables/no modificables
  - 2.2 ¿Cómo es un envejecimiento normal y

como uno patológico? Concepciones en torno al envejecimiento

2.3 ¿Hay una alternativa más? Envejecimiento activo

3. Áreas a trabajar para tener una vida equilibrada

3.1 Física / mental/social/vital

3.2 ¿Qué me importa a mí en estas áreas?

3.3 Si esto es importante ¿por qué no lo hacemos bien?

4. Cambios de hábitos.

4.1 De valores (marco teórico) a principios (marco práctico)

4.2 Lo importante no es empezar las cosas, sino terminarlas

4.3 ¿Qué quiero cambiar? de problema a objetivos y cómo alcanzarlos

5. Elaboración de un plan de cambio de hábitos

5.1 ¿Cómo lo vamos a hacer?

Día 2. Gestionando +Salud (duración: 1 hora)

1. ¿Qué quiero cambiar? De problema a objetivos y cómo alcanzarlos (plan de acción)

2. Área física

2.1. Actividad física/alimentación/hábitos tóxicos

2.2. Compensación de los cambios no modificables

2.3. Avisos del cuerpo. Dolor y limitaciones funcionales

2.4. Vivir el momento presente

Día 3. Gestionando +Salud (duración: 2 horas)

1 ¿Qué quiero cambiar? De problema a objetivos y cómo alcanzarlos (plan de acción)

2 Área mental

2.1 Aprendizaje: ¿Seguimos aprendiendo?

2.2 Rendimiento laboral: disfrutar de lo que hacemos

2.3 Ocio y tiempo libre

3. Área social

3.1. Cuidar de las relaciones.

3.2. Compromiso con la sociedad.

3.3. Regulación emocional.

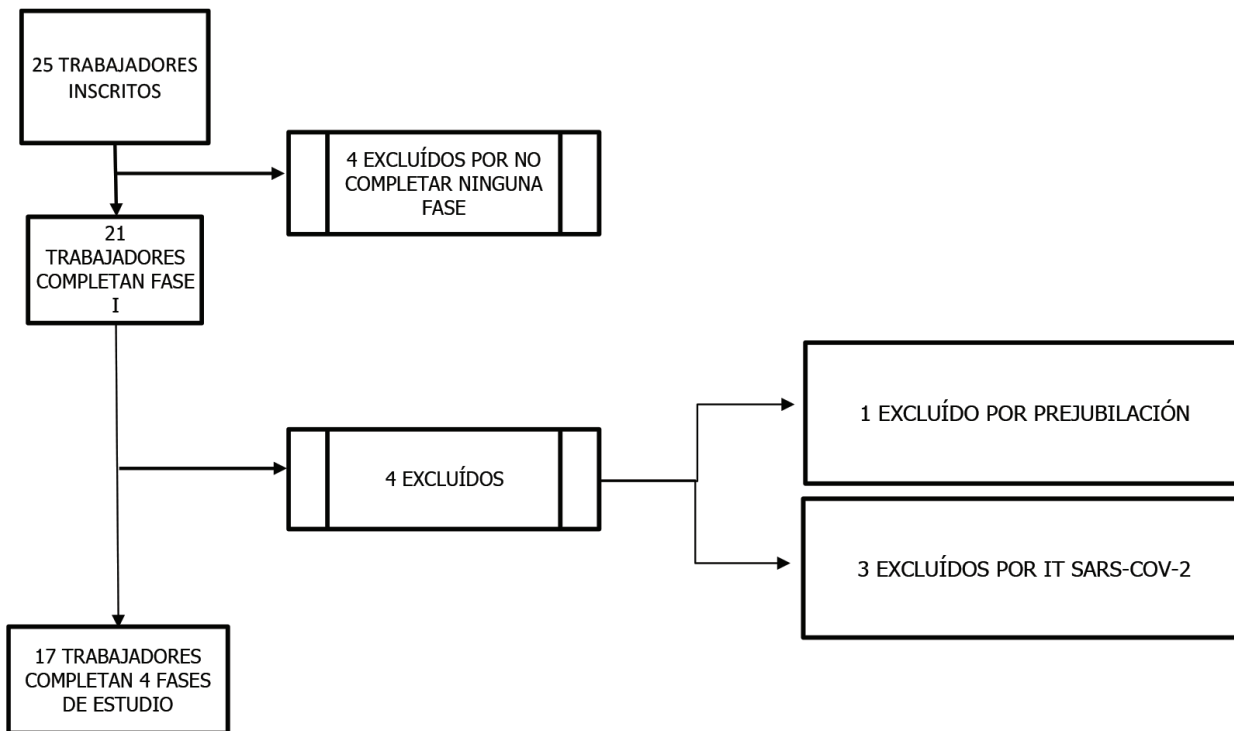
4. Área de trascendencia

4.1. Búsqueda de mi trascendencia

4.2. Compromiso con la vida

4.3. Trascendencia

FIGURA 1. DIAGRAMA DE FLUJO DE PARTICIPACIÓN DE LOS TRABAJADORES EN EL ESTUDIO.



— Fase III: Los trabajadores estuvieron tiempo para poner en práctica las recomendaciones/hábitos/estrategias que se aprendieron durante el taller de intervención. Este periodo de auto aprendizaje individual se extendió durante 9 meses durante los cuales recibieron en su correo corporativo de forma individual un total de 3 correos con 3 videos recopilatorios de 15 minutos aproximadamente de duración donde se recogían las estrategias y recomendaciones más relevantes del programa impartido previamente. Al finalizar el periodo del estudio de investigación se les envió un correo con el cuestionario SF-12 que debían de auto cumplimentar y remitir nuevamente conformado. En cuanto a las variables del estudio, por un lado se utilizaron como variables dependientes: el CSF y el CSM del cuestionario de calidad de vida percibida SF-12 que cada trabajador debía cumplimentar antes y después de la intervención; y por otro lado como variables independientes: edad (en años); sexo (masculino/femenino); estado civil (casado/soltero,

viudo o separado); personas a su cargo (hijos y/o personas mayores/ o no) actividad deportiva (sí/no); fumador (sí/no); categoría profesional: sanitarios (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, técnicos de laboratorios y radiología, celadores) y categorías no sanitarias (administrativos y otros); departamento con atención directa al paciente (sí: consultas, planta de hospitalización/no: laboratorios y servicios de apoyo); jornada laboral (completa/reducida); horario laboral (mañana/otros).

Respecto al análisis estadístico, la descripción de las variables se llevó a cabo mediante frecuencias y porcentajes, excepto para la edad que fue descrita mediante la media y la desviación típica. El impacto de la intervención en la calidad de vida se midió mediante las diferencias entre las puntuaciones de los cuestionarios antes y después de la intervención. Estas diferencias fueron resumidas mediante la media y su intervalo de confianza al 95%. Con el fin de valorar la significación estadística de estas diferencias, se realizó una comparación de los

valores previos y posteriores mediante la prueba de la t de Student para muestra relacionadas. A continuación, se estudió la posible asociación entre el impacto de la intervención y ciertas características de los sujetos. La asociación con la edad se analizó mediante el cálculo del coeficiente de correlación de Spearman. Para el resto de variables se realizaron comparaciones entre sus diferentes categorías. Estas comparaciones se llevaron a cabo mediante métodos no paramétricos debido al reducido tamaño de los grupos. Se utilizó la prueba de la U de Mann-Whitney para las comparaciones de dos grupos, y la prueba de Kruskal-Wallis para las comparaciones de tres o más grupos. Estos mismos análisis de asociación se llevaron a cabo con las puntuaciones de los cuestionarios previas a la intervención. En todos los casos el nivel de significación se fijó en el 5%.

## Resultados

Un total de 25 trabajadores se inscribieron en el programa de Gestión de edad y cambio de hábitos. Su una mediana de edad fue de 55,9 años (DE +/- 5,1 y rango 47-62 años). De ellos, se excluyeron a 4 personas (16%) que no completaron ninguna de las fases del estudio. De los 21 trabajadores (un 84%) inscritos restantes, todos participaron en el programa de intervención (Fase I) y completaron el primer cuestionario SF-12 (Fase II); sin embargo, se excluyeron 4 de ellos, tres por incapacidad temporal secundaria a SARS-CoV 19 y una trabajadora causa de su prejubilación. Por tanto, se incluyeron en el estudio 17 trabajadores que completaron las cuatro fases del estudio (Figura 1).

De estos 17 trabajadores, la mayoría eran mujeres alcanzando un 88%. El 64,7% de los trabajadores de la muestra estaba casado. En cuanto a cargas familiares, el 70,5% tenían personas a su cargo. Se analizó también la actividad deportiva y únicamente el 17,6% de la muestra realizaba actividad deportiva de forma continuada (2 o más veces por semana). La gran mayoría de ellos no fumaba, en concreto un 70,6%. En cuanto a la categoría profesional, el 64,7% trabajaba en categorías no sanitarias. Y respecto a los departamentos con atención directa al paciente, un

**TABLA 1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA CONSIDERADA EN ESTE ESTUDIO**

| Variable                     | N  | %     |
|------------------------------|----|-------|
| <b>Sexo</b>                  |    |       |
| Femenino                     | 15 | 88,24 |
| Masculino                    | 2  | 11,76 |
| <b>Estado civil</b>          |    |       |
| Casado                       | 11 | 64,71 |
| Divorciado                   | 5  | 29,41 |
| Soltero                      | 1  | 5,88  |
| <b>Categoría profesional</b> |    |       |
| No Sanitario                 | 10 | 58,82 |
| Sanitario                    | 7  | 41,18 |
| <b>Departamento</b>          |    |       |
| Consultas                    | 4  | 23,53 |
| Hospitalización              | 1  | 5,88  |
| Servicio de apoyo            | 10 | 70,59 |
| <b>Departamento</b>          |    |       |
| Con atención paciente        | 5  | 29,41 |
| Sin atención paciente        | 12 | 70,59 |
| <b>Jornada laboral</b>       |    |       |
| Mañana                       | 14 | 82,35 |
| Mañana y tarde               | 2  | 11,76 |
| Tarde                        | 1  | 5,88  |
| <b>Reducción jornada</b>     |    |       |
| No                           | 15 | 88,24 |
| Sí                           | 2  | 11,76 |
| <b>Puesto deseado</b>        |    |       |
| No                           | 1  | 5,88  |
| Sí                           | 16 | 94,12 |
| <b>Personas a su cargo</b>   |    |       |
| No                           | 5  | 29,41 |
| Sí                           | 12 | 70,59 |
| <b>Actividad deportiva</b>   |    |       |
| No                           | 14 | 82,35 |
| Sí                           | 3  | 17,65 |
| <b>Fumador</b>               |    |       |
| No                           | 12 | 70,59 |
| Sí                           | 5  | 29,41 |

**TABLA 2. COMPARACIÓN ENTRE LOS VALORES DE CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN LA ESFERA FÍSICA Y EN LA ESFERA MENTAL PREVIOS Y POSTERIORES AL ESTUDIO DE INTERVENCIÓN**

| Variable | N  | Pre         | Post        | Diferencia (post-pre) | P     |
|----------|----|-------------|-------------|-----------------------|-------|
| CSF-12   | 17 | 46,6 ± 10,3 | 46,8 ± 8,14 | 0,23 (-3,74, 4,19)    | 0,906 |
| CSM-12   | 17 | 51,1 ± 7,71 | 47,8 ± 11,1 | -3,3 (-8,49, 1,91)    | 0,198 |

CSF-12: calidad de vida percibida en la esfera física ; CSM-12: calidad de vida percibida en la esfera mental.

**TABLA 3. CAMBIOS EN LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN LA ESFERA MENTAL TRAS EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

| Variable              | N  | Correlación Media ± DT | P     |
|-----------------------|----|------------------------|-------|
| Categoría profesional |    |                        |       |
| No Sanitario          | 10 | 53,6 ± 6,85            |       |
| Sanitario             | 7  | 47,5 ± 7,92            | 0,036 |

**TABLA 4. CAMBIOS EN LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN LA ESFERA FÍSICA TRAS EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

| Variable              | N  | Correlación Media ± DT | P     |
|-----------------------|----|------------------------|-------|
| Categoría profesional |    |                        |       |
| No Sanitario          | 10 | 43,7 ± 12,4            |       |
| Sanitario             | 7  | 50,8 ± 4,01            | 0,222 |

70,6% trabajaba sin atención directa con el paciente mientras que un 23,5% trabajaba en consultas y un 5,8% en planta de hospitalización (Tabla 1).

En el análisis de los valores de calidad de vida percibida tanto en la esfera física (CSF-12) como en la mental (CSM-12) se observaron valores similares a los descritos en la población de referencia española para el rango de edad de nuestra muestra (de 55 a 64 años). Tras la intervención realizada no observamos diferencias significativas en la calidad de vida percibida relacionada con la salud física y mental (Tabla 2).

Finalmente, realizamos un estudio comparativo considerando las distintas variables personales y laborales del estudio. Tras la intervención con el programa de gestión de edad, se observó un aumento significativo de la percepción individual de salud mental valorado mediante el componente CSM-12 (Tabla 3) en los trabajadores de categorías profesionales no sanitarias respecto a los trabajadores

de categorías sanitarias (53,6±6,85 vs 47,5±7,92, p=0,036); lo que no se objetivó en el componente de salud física CSF-12 (Tabla 4).

## Discusión

Tras un año de iniciarse el programa de intervención de gestión de edad observamos una mejoría significativa respecto a la calidad de vida percibida relacionada con salud mental en categorías profesionales no sanitarias y no así respecto a la salud física.

Hay que tener en cuenta que partimos de una muestra de estudio en el que la calidad de vida percibida se asemeja a la descrita en población española de edad similar<sup>(13)</sup>, lo que consideramos que en gran parte valida la metodología de este estudio.

Nuestro resultado positivo acerca de aumento de calidad de vida percibida relacionada con salud mental coincide con el obtenido en el estudio de

Maatouk et al<sup>(14)</sup> realizado en un grupo de enfermeras mayores de 45 años.

Respecto a no haberlo podido objetivar respecto a la calidad de vida percibida relacionada con la salud física, consideramos que se puede relacionar con que los contenidos del programa de gestión de edad incidían más en aspectos relacionados con la salud mental que con los de la salud física.

La diferencia encontrada en los resultados en los trabajadores de categorías no sanitarias respecto a las categorías sanitarias, creemos que puede tener relación con que la salud mental de los trabajadores sanitarios se ha visto comprometida por la pandemia de SARS-CoV 19, viéndose especialmente afectados aquellos que se encuentran en primera línea<sup>(15)</sup> suponiendo un reto importante para ellos, que a menudo se enfrentan a una gran sobrecarga de trabajo en condiciones psíquicamente exigentes<sup>(16)</sup>. Tras la revisión de la literatura que hemos realizado sobre estudios relacionados con la promoción de la salud en trabajadores de más edad, cabe destacar que existen pocas evidencias como se concluye en la revisión sistemática realizada por Poscia y col<sup>(17)</sup>.

Debemos mencionar que el estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, el periodo de tiempo en el que se realizó el estudio se vio influenciado por la situación de pandemia de Covid-19 lo que ha conllevado cambios importantes en el estilo de vida (como el confinamiento y el distanciamiento social). En estudios previos realizados, este tipo de pandemias ya han demostrado que inducen un aumento de la prevalencia de sintomatología psicológica como ansiedad, estrés, depresión y trastornos del sueño en trabajadores sanitarios<sup>(16,18)</sup>, siendo más acusados de forma estadísticamente significativas en mujeres y en trabajadores sanitarios de mayor edad<sup>(16)</sup>. Y en segundo lugar resaltamos como limitación el pequeño tamaño de la muestra, que creemos que se relaciona con que ha sido el primer programa de este tipo que hemos organizado en el hospital.

Pese a esto, creemos que los resultados obtenidos en este estudio, que podemos considerar como piloto, constituyen un aporte a la evidencia que permite apoyar las actualmente escasas estrategias de intervención en el medio sanitario, especialmente

desde la perspectiva psicológica, a pesar de que se está presentando un empeoramiento de diferentes indicadores relacionados con su salud mental (como el absentismo y el uso de fármacos psicotrópicos) y que probablemente esta tendencia aumente a corto y medio plazo.

Se puede concluir que, en el ámbito sanitario el envejecimiento de los trabajadores es un factor que se debería considerar con el fin de adoptar medidas preventivas y de adaptación de estas personas al final de su vida laboral.

### Agradecimientos

A la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo/ Instituto de Salud Carlos III, por la orientación y evaluación de este trabajo de Proyecto de Investigación presentado en el marco del programa de Formación Especializada de Residencia de Medicina del Trabajo.

### Bibliografía

1. Berlin A, Dupont C, Oulès L, Kuipers Y. Safer and healthier work at any age. Publications Office of the European Union. European Agency for Safety and Health at Work, Luxembourg [Internet] 2016; (Citado el 7 de Junio 2016) Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/tools-andpublications/publications/safer-and-healthier-work-any-age-final-overall-analysis-report-0/view>.
2. European Agency for Safety and Health at Work. Current and emerging issues in health sector, including and community care. European Risk Observatory Report. [Internet] 2014. Disponible en: <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/current-and-emerging-occupational-safety-andhealth-osh-issues-in-the-healthcare-sector-including-home-and-community-care>.
3. Attitudes about Aging: a global perspective. Washington (DC): PewResearch Center; [Internet] 2014 (Citado en 10 de Julio de 2014) Disponible en: <http://www.pewglobal.org/les/2014/01/PewResearch-Center-Global-Aging-Report-FINAL-January-30-20141.pdf>.



4. Malpica A, Dugarte A. Salud integral y calidad de vida de los estudiantes de la facultad de ciencias de la educación. Universidad de Carabobo Valencia Venezuela. *Revista Multidisciplinaria Dialógica* 2015;12(2): 49-79.
5. Arrivillaga, M., Salazar, Correa, D. Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. Colombia. 2004; 34(4), 186-195.
6. Soriano G, Rodríguez-Caro de la Rosa M, Pascual Sagastagoiti I, del Campo Balsa MT. Estudio sobre el envejecimiento activo saludable y su relación con las condiciones de trabajo en el sector sanitario. *Rev Asoc Esp Espec Med Trab* 2016; 25: 142-153.
7. Collazos AI. Autoría múltiple. Guía de criterios de aptitud para trabajadores del ámbito sanitario. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Economía y Competitividad. Madrid 2014.
8. Rodríguez Rodríguez V, Rodríguez L, Sancho M, Díaz Martín R. Envejecimiento. La investigación en España y Europa: *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 2012; 47 (4): 174-179 16.
9. Unger S, Tisch A, Tophoven S. Age and gender differences in the impact of labour-market transitions on subjective health in Germany. *Scandinavian Journal of Public Health* 2018;46(19\_suppl):49-64.
10. Zajacova A, Woo H. Examination of Age Variations in the Predictive Validity of Self-Rated Health. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 2015;71(3):551-557.
11. Peersman W, Cambier D, De Maeseneer J, Willems S. Gender, educational and age differences in meanings that underline global self-rated health. *International Journal of Public Health* 2011;57(3):513-523.
12. Gandek B, Ware J, Aaronson N, Apolone G, Bjorner J, Brazier J et al. Cross-Validation of Item Selection and Scoring for the SF-12 Health Survey in Nine Countries. *Journal of Clinical Epidemiology* 1998;51(11):1171-1178.
13. Vilagut G, Valderas JM, Ferrer M, Garín O, López-García E, Alonso J. Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España. Componentes físico y mental. *Med Clin (Barc)* 2008; 130 (19): 726-35.
14. Maatouk I, Muller A, Angerer P, Schmook R, Nikendei C, Herbst K, Gantner M, Herzog W, Gundel H. Healthy ageing at work— Efficacy of group interventions on the mental health of nurses aged 45 and older: Results of a randomised, controlled trial. *Plos One* 2018; 1-19.
15. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, MartínPereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera JR, Ruiz-Frutos C. Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Pública* 2020; 94: 23 de julio e202007088.
16. Dosil Santamaría M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo Rodríguez I, Jaureguizar Alboniga-Mayor J, Picaza Gorrotxategi M. Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]*. 2020; Disponible en: [https://www.elsevier.es/en/linksolver/pdf/pii/S1888-9891\(20\)30060-4](https://www.elsevier.es/en/linksolver/pdf/pii/S1888-9891(20)30060-4).
17. Poscia A, Moscato U, La Milia DI, Milovanovic S, Stojanovic J, Borghini A, Collamati A, Ricciardi W, Magnavita N. Workplace health promotion for older workers: a systematic literature review. *BMC Health Services Research* 2016, 16:329.
18. Chen Q, Liang M., Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, He L, Sheng C, Cai Y, Li X, Wang J, Zhang Z. Mental health care for medical staff in china during the COVID19 outbreak. *The Lancet Psychiatry* 2020; 7(4): e15-e16. doi: 10.1016/S2215- 0366(20)30078-X.