

Medición de la capacidad evaluadora del cuestionario CVP-35 para la percepción de la calidad de vida profesional

Jesús Martín Fernández^a, Tomás Gómez Gascón^b, Carlos Martínez García-Olalla^c, María Isabel del Cura González^d, María del Carmen Cabezas Peña^e y Salvador García Sánchez^f

Objetivo. Conocer la capacidad evaluadora del cuestionario CVP-35 para valorar la calidad de vida profesional.

Diseño. Estudio prospectivo y observacional.

Emplazamiento. Un área de atención primaria de la Comunidad de Madrid.

Participantes. Participaron 149 trabajadores sanitarios con algún signo de «desgaste profesional» medido con el Maslach Burnout Inventory (MBI).

Mediciones. Se cumplimentaron el MBI, el cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28) y el CVP-35 al inicio y al año de seguimiento. Se evaluaron el cambio de la CVP y de sus componentes, el apoyo directivo (CVP-AD), la carga de trabajo (CVP-CT) y la motivación intrínseca (CVP-MI) en los sujetos con variaciones en la puntuación del MBI o del GHQ-28 superiores a 0,5 desviaciones estándar (DE) de la distribución basal.

Resultados. Las variaciones en el CVP-35 y sus dominios se correlacionan débilmente con los cambios en el MBI y GHQ-28 ($r < 0,500$), pero concuerdan con el modelo conceptual. En los individuos con variaciones significativas en el GHQ-28, se aprecian unos cambios medios en la CVP y sus dominios comprendidos entre 0,18 y 0,55 puntos. En aquellos casos con variaciones significativas en los dominios del MBI, la CVP presentó variaciones medias absolutas entre 0,23 y 0,45 puntos, CVP-AD entre 0,30 y 0,67, CVP-CT entre 0,01 y 0,55 y CVP-MI entre 0,22 y 0,83 puntos.

Conclusiones. El CVP-35 es un instrumento sensible al cambio desde el punto de vista poblacional. Pueden considerarse relevantes cambios del orden de 0,5 puntos en la percepción de la CVP o en sus componentes.

Palabras clave: Satisfacción en el trabajo. Cuestionarios. Validación. Sensibilidad al cambio.

MEASUREMENT OF THE EVALUATIVE CAPACITY OF THE CVP-35 QUESTIONNAIRE FOR PERCEIVING QUALITY OF PROFESSIONAL LIFE

Objective. To establish the CVP-35 evaluative properties to measure the professional quality of life (PQL).

Design. Prospective, observational study.

Setting. A primary care area in the Community of Madrid, Spain.

Participants. A total of 149 sanitary workers with some burnout sign measured by Maslach Burnout Inventory (MBI) participated.

Measurements. They fulfilled MBI, Goldberg Health Questionnaire (GHQ-28), and CVP-35 questionnaires at the beginning and after a year of follow-up, in which 73 subjects took part in activities for coping stress. It was assessed the change of PQL and their domains managerial support (PQL-MS), work load (PQL-WL), intrinsic motivation (PQL-IM) for the subjects with variations at the MBI, or GHQ-28 punctuation greater than 0.5 SD of the initial distribution.

Results. Variations in CVP-35 and their domains correlate weakly with changes in MBI and GHQ-28 ($r < 0.500$), but they are congruent with the conceptual model. In the individuals with significant variations in the GHQ-28, they appreciate an average change in PQL and their domains between 0.18 and 0.55 points (absolute value). In those with significant variations in the MBI domains, PQL presented average absolute variations between 0.23 and 0.45 points, PQL-MS between 0.30 and 0.67, PQL-WL between 0.01 and 0.55 and PQL-IM between 0.22 and 0.83 points.

Conclusions. CVP-35 is a sensitive-to-change instrument under population point of view. Changes in PQL perception or in any of their domains of 0.5 points could be pointed as relevant.

Key words: Job satisfaction. Questionnaires. Validation. Sensitivity-to-change.

English version available at
www.elsevier.es/258.977

A este artículo sigue un comentario editorial (pág. 334)

^aMedicina de Familia. Centro de Salud San Martín de Valdeiglesias. Área 8 de Atención Primaria. SERMAS. Madrid. España.

^bMedicina de Familia. Centro de Salud Guayaba. Área 11 de Atención Primaria. SERMAS. Madrid. España.

^cMedicina de Familia. Profesor de Relación Transpersonal. Centro de Salud Legazpi. Área 11 de Atención Primaria. SERMAS. Madrid. España.

^dMedicina de Familia. Centro de Salud Dr. Mendiguchía Carriche. Área 9 de Atención Primaria. SERMAS. Madrid. España.

^eMedicina de Familia. Subdirección de Promoción de la Salud. Departamento de Salud. Generalitat de Cataluña. Barcelona. España.

^fMédico. Profesor de Psicología Social. Departamento de Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

Correspondencia:
Dr. J. Martín Fernández.
Centro de Salud San Martín de Valdeiglesias.
La Bola, s/n. 28680 San Martín de Valdeiglesias. Madrid. España.
Correo electrónico:
jmartinefe@hotmail.com

Manuscrito recibido el 29 de noviembre de 2007.
Manuscrito aceptado para su publicación el 7 de enero de 2008.

Introducción

Las organizaciones sanitarias se caracterizan por poseer un entorno rápidamente cambiante, orientado a la resolución de problemas de salud y sujeto a los cambios tecnológicos, pero también condicionado por las necesidades del paciente y, por tanto, expuesto a cambios sociológicos, quizá más lentos, pero también más profundos¹.

Este entorno poco estable suele propiciar, con frecuencia, la aparición de estrés laboral, que impacta de diferentes formas en los profesionales según su posición en la organización^{2,3}.

En el estudio del estrés ocupacional se han formulado dos modelos, que han demostrado su capacidad para la predicción de la aparición de problemas de salud relacionados con aquél^{4,5}. Estos dos modelos son los denominados *effort-rewards imbalance* (ERI) (modelo de esfuerzo-recompensa) y el modelo *control-demands* (demandas-control). El primer modelo (ERI) postula que una alteración en el balance costes/recompensas en el ámbito laboral produce alteraciones en la sensación de bienestar personal⁶. En el modelo demandas-control se trabaja con la idea de que las situaciones laborales caracterizadas por un escaso control y unas altas demandas se relacionan con incomodidad laboral. Además, resalta la influencia de las características del ámbito laboral como los perfiles o requerimientos del trabajo, y la posición respecto a la toma de decisiones dentro de la organización («latitud») con la capacidad para afrontar el estrés laboral⁷. Bajo el modelo de demandas-control, propuesto por Karasek, la satisfacción laboral se define en contraposición al concepto de estrés laboral, que supone un desequilibrio percibido entre la demanda y la capacidad de respuesta del individuo en condiciones en las que el fracaso ante esa demanda supone importantes consecuencias^{8,9}. La percepción de la satisfacción laboral, medida como la calidad de vida en el trabajo, se ha revelado como una dimensión valiosa en sí misma y un objetivo de la intervención de la organización por ser una garantía del mantenimiento del capital humano, y por haber demostrado su incidencia sobre los resultados de la práctica profesional¹⁰.

La percepción de la calidad de vida en el trabajo es una variable de interés para las organizaciones sanitarias y que, por tanto, debe ser medida con precisión y exactitud. Existen varias herramientas de medida de la satisfacción laboral/calidad de vida profesional (CVP) validadas en nuestro entorno^{8,9,11-13}. Quizá las más utilizadas hasta el momento, especialmente en el ámbito de atención primaria (AP), sean el cuestionario de Font Roja¹³ y el CVP-35^{8,9}.

El cuestionario CVP-35, propuesto por García⁸, y construido bajo el marco teórico del modelo de Karasek (demandas-control), ha sido validado en entornos

diferentes en el sistema de salud español. Se han evaluado su validez de constructo y su fiabilidad intrasujeto^{9,14}, así como su aceptable relación con otros instrumentos que miden la repercusión del estrés profesional¹⁵. Además, ha sido ampliamente utilizado para evaluar la CVP¹⁶, para identificar áreas de mejora de la organización¹⁷ o para explorar los efectos del «clima organizativo» en los trabajadores sanitarios¹⁸. En la medición de características relacionadas con los instrumentos de medida de las percepciones del sujeto son importantes las capacidades discriminadoras (si es capaz de clasificar a sujetos en diferentes situaciones) y las evaluadoras (si es capaz de detectar cambios en los sujetos)¹⁹. Existe cierta evidencia de la capacidad discriminadora de este instrumento, pero no de su capacidad para detectar cambios en la percepción de la CVP de los sujetos.

A pesar de la profusión de instrumentos que miden la CVP, la falta de datos respecto a su capacidad evaluadora (*responsiveness* o sensibilidad al cambio) es un problema generalizado. En amplias revisiones realizadas sobre los instrumentos que miden la satisfacción profesional en otros medios, sólo ocasionalmente existían datos sobre la sensibilidad al cambio de estas herramientas²⁰.

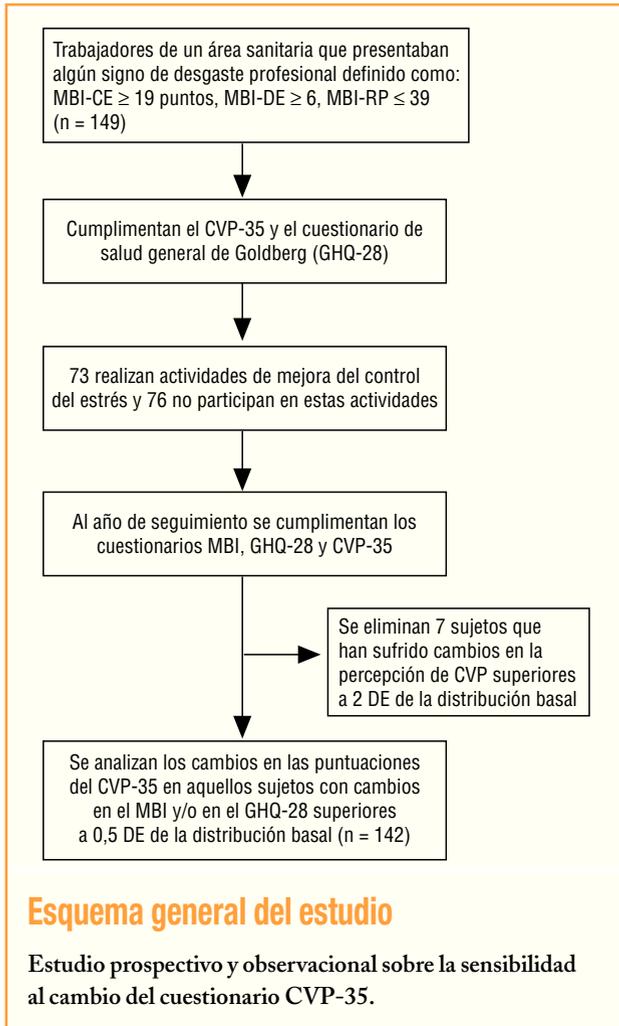
Dado que el proceso de validación de una herramienta de medida es un continuo¹⁹, y que existen lagunas sobre cómo interpretar los resultados ofrecidos por este instrumento, que, por otra parte, parece útil para evaluar la CVP, planificamos el presente estudio con el objetivo de determinar la sensibilidad al cambio del CVP-35 y la mínima diferencia importante (MDI) que es capaz de detectar.

Métodos

Se trata de un estudio prospectivo y observacional, llevado a cabo para valorar la capacidad evaluadora del cuestionario CVP-35. Para ello se seleccionó a un grupo de trabajadores de AP de un área de salud que, en una encuesta sobre situación de «desgaste profesional», presentaban algún dato que indicaba dicha situación. Para definir el posible «desgaste profesional» se utilizó el cuestionario de Maslach (Maslach Burnout Inventory [MBI-HHS])^{21,22}. Se consideraron sujetos «en riesgo» los que presentaban una puntuación igual o superior a los 19 puntos en la escala de cansancio emocional (MBI-CE), de 6 o más puntos en la escala de despersonalización (MBI-DE), o de 39 o menos puntos en la escala de realización personal (MBI-RP). El estudio sobre el estado de «desgaste» se realizó sobre todas las categorías profesionales.

Se pidió a los sujetos que aceptaran participar en un estudio sobre el estrés laboral y que cumplimentaran el cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)²³ y el CVP-35 en el momento de la inclusión y tras un período de 12 meses de seguimiento. En ese tiempo se realizaron actividades educativas para la mejora del afrontamiento del estrés, en las que participaron 73 sujetos del total de los 149 que presentaban signos de «desgaste».

Las actividades para la mejora del afrontamiento del estrés utilizaron metodologías de dos tipos, la relajación transpersonal y otras técnicas cognitivo-conductuales como la relajación de Schultz o la de Jacobson. Todas estas actividades se desarrollaron



en talleres de 20 horas seguidos de sesiones de refuerzo de 2 horas a los 3, 6 y 12 meses.

El instrumento de medida de la CVP fue el cuestionario CVP-35, que consta de 35 preguntas que se responden en una escala de 1 a 10, a la que 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). No se utilizaron las preguntas abiertas propuestas en la primera versión del CVP-35⁸. Este cuestionario presenta tres dimensiones: «apoyo directivo» (CVP-AD), «cargas de trabajo» (CVP-CT) y «motivación intrínseca» (CVP-MI), además de una pregunta directa sobre la percepción de la CVP^{9,14}. Se evaluó el cambio intrasujeto en las siguientes variables: CVP y cada uno de sus componentes, cada una de las escalas del cuestionario MBI, cansancio emocional, despersonalización y realización personal, y puntuación total del GHQ.

Se estudió la dispersión del cambio de la respuesta a la pregunta sobre la CVP del CVP-35 y se eliminaron lo que se han considerado como «respuestas protesta». Entendemos como tales las respuestas de individuos que refieren un cambio en su CVP superior a 2 desviaciones estándar (DE) de la distribución basal de puntuaciones, dado que, durante el período de observación, ninguno de los incluidos en el estudio tuvo cambios en el tipo de trabajo que realizaba, ni se produjeron cambios significativos en el entorno laboral que justificasen cambios en la CVP percibida de tamaño magnitud. Aunque el estudio de estas «respuestas protesta» pueda ser de inte-

rés al evaluar el entorno laboral, entendemos que no ayudan a comprender cómo se comporta la herramienta de medida evaluada.

Se investigó la correlación del cambio entre la variable CVP y cada uno de sus componentes con el cambio en la puntuación en cada una de las escalas del cuestionario MBI y con la puntuación total del GHQ-28 con métodos paramétricos y no paramétricos (coeficiente de correlación de Pearson y *rbo* de Spearman). Sólo la distribución de la variación de la CVP y de la puntuación del GHQ-28 diferían significativamente de la normalidad al ser evaluadas con la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Posteriormente se observó la variabilidad en las puntuaciones basales de todos los sujetos y se determinó la DE de estas distribuciones. Se seleccionaron aquellos individuos que presentaron cambios positivos o negativos en cada una de las escalas de una magnitud superior a media desviación estándar (DE = 0,5), buscando tamaños del cambio moderados o amplios de la clasificación propuesta por Cohen²⁴. Se entienden, por tanto, como cambios significativos en la puntuación de los tests usados como referencia (MBI, GHQ-28), los de tamaño superior a 0,5 DE, medidos sobre la distribución de puntuaciones basales.

En los sujetos que habían sufrido cambios en las puntuaciones del MBI o en el GHQ-28 de esta magnitud se evaluó la dimensión del cambio de la CVP y de cada uno de sus componentes.

Resultados

El grupo estudiado incluía a todas las categorías profesionales. Se trataba de médicos de familia o pediatras: 73 sujetos (49,1%), 51 profesionales de enfermería (34,2%), 4 auxiliares de enfermería (2,7%), 19 auxiliares administrativos (12,8%) y 2 trabajadores sociales (1,3%). De este grupo, el 75,20% (112/149) eran mujeres. Del análisis se excluyeron 7 casos, 3 por empeoramiento igual o superior a 6 puntos y 4 por mejora mayor o igual a 6 puntos. De los 7 profesionales excluidos del análisis 5 eran mujeres y 2 varones (5 profesionales de enfermería y 2 auxiliares administrativos). La exclusión de estos sujetos no supuso la existencia de diferencias en las puntuaciones del GHQ-28, en las escalas del MBI o en las mediciones del CVP-35 (tabla 1).

Para los 142 sujetos incluidos en el análisis, la DE de la medida de la CVP basal fue de 1,75 puntos, y de 1,26, 1,14 y 1,02 puntos, respectivamente, para las dimensiones CVP-AD, CVP-CT y CVP-MI. La CVP varió una media de 0,11 puntos (DE = 1,6 puntos), el dominio CVP-AD 0,02 puntos (DE = 1,09), la percepción de cargas de trabajo (CVP-CT) disminuyó en 0,20 puntos (DE = 1,07) y la motivación intrínseca (CVP-MI) aumentó 0,02 puntos como media (DE = 1,00 puntos).

En la tabla 2 se presentan las correlaciones entre las variaciones en las puntuaciones del CVP-35 y las escalas del MBI y del GHQ-28. Todas las correlaciones encajan en el modelo conceptual y son más fuertes entre las medidas del CVP-35 con el dominio MBI-CE que con el resto de mediciones. También cabe señalar por su magnitud la correlación entre el cambio en la CVP-MI y el cambio en el dominio MBI-RP.

La DE para las puntuaciones basales del GHQ-28 fue de 6,41 puntos. Para los dominios MBI-CE, MBI-DE y

TABLA 1
Características de los sujetos incluidos en el estudio

	Total sujetos (n = 149)			Sujetos incluidos en el análisis (n = 142)		
	Media	IC del 95%	n	Media	IC del 95%	n
Edad (años)	44,45	43,08-45,83	148	44,21	42,81-45,61	141
Puntuación GHQ-28	6,01	4,97-7,06	148	5,84	4,81-6,87	141
Puntuación MBI-CE	29,37	27,45-31,28	144	28,87	26,95-30,78	137
Puntuación MBI-DE	11,42	10,46-12,39	146	11,45	10,47-12,43	139
Puntuación MBI-RP	33,50	32,28-34,73	141	33,72	32,46-34,97	135
Puntuación CVP	5,19	4,89-5,49	148	5,21	4,92-5,50	142
Puntuación CVP-AD	4,93	4,72-5,14	149	4,92	4,72-5,14	142
Puntuación CVP-CT	6,80	6,61-6,98	149	6,76	6,57-6,95	142
Puntuación CVP-MI	7,06	6,89-7,23	149	7,05	6,88-7,22	142

GHQ-28: Cuestionario de Salud General de Goldberg de 28 ítems; MBI: Maslach Burnout Inventory; MBI-CE: Maslach Burnout Inventory-cansancio emocional; MBI-DE: Maslach Burnout Inventory-despersonalización; MBI-RP: Maslach Burnout Inventory-realización personal; CVP: calidad de vida profesional; CVP-AD: apoyo directivo; CVP-CT: cargas de trabajo; CVP-MI: motivación intrínseca.

MBI-RP, la DE fue de 11, 62, 5,90 y 7,37 puntos, respectivamente. Por tanto, las variaciones consideradas «significativas» en dichas puntuaciones fueron aquellas de una magnitud superior a 3,21 puntos en valor absoluto para el GHQ-28, y de 5,81, 2,95 y 3,69 puntos para los dominios MBI-CE, MBI-DE y MBI-RP.

En la tabla 3 se presenta la variación en la puntuación del CVP-35 y sus dimensiones para aquellos sujetos con cambios en la puntuación del GHQ-28 superior a 0,5 DE. Las disminuciones en la puntuación del test de Goldberg (mejora de percepción de salud) se acompañan de mejoras en la CVP, CVP-AD y CVP-MI comprendidas entre 0,18 y 0,35 puntos y de disminuciones en la percepción de cargas de trabajo superiores a medio punto. Los empeoramientos en la percepción del estado de salud, reflejados en puntuaciones mayores en el GHQ-28, se relacionan con variaciones en sentido contrario de las puntuaciones en el CVP de magnitud parecida a la referida previamente.

La tabla 4 recoge las variaciones encontradas en el CVP-35 para aquellos sujetos en quienes la puntuación en el MBI-CE se modifica en sentido positivo o negativo de manera significativa. Cuando empeora el cansancio emocional, la

CVP, la percepción de CVP-AD y la CVP-MI empeoran del orden de 0,43 a 0,83 puntos, y ocurre lo contrario cuando mejora el cansancio emocional, con variaciones comprendidas entre 0,31 y 0,52 puntos.

En la tabla 5 se presenta la variabilidad observada en las mediciones realizadas con el CVP-35 en aquellas personas que han tenido una variabilidad significativa en el dominio MBI-DE. Aunque las variaciones medias se producen en la dirección esperada, los empeoramientos en la despersonalización (aumentos en su puntuación) son menos concordantes

con empeoramientos en las dimensiones del CVP. Si se producen mejorías del orden de entre 0,23 y 0,41 puntos para las mejorías relevantes en el dominio MBI-DE.

Por último, en la tabla 6 se relacionan los cambios en la puntuación de la CVP con los cambios en el dominio de realización personal del MBI. Las variaciones en cualquier dirección de la puntuación en MBI-RP se asocian con cambios en la CVP en la percepción de CVP-AD y en la CVP-MI comprendidos entre 0,33 y 0,68 puntos. Los cambios de mayor magnitud son los observados en la motivación intrínseca. Cuando empeora la puntuación en el dominio MBI-RP más de 0,5 DE, la puntuación en CVP-MI desciende entre 0,16 y 1,20 puntos de media.

Discusión

Los resultados obtenidos corroboran la validez de constructo del CVP-35. En primer lugar, se vuelve a comprobar su correlación con instrumentos que miden el estado de salud general (GHQ-28) o el «desgaste profesional» (MBI). Además, se pone de manifiesto que situaciones que hacen variar estas medidas inciden sobre las puntuaciones del

TABLA 2
Correlación entre los cambios en la puntuación del CVP-35 y los cambios en la puntuación de los cuestionarios MBI y GHQ-28

Categorías del CVP-35	GHQ-28	MBI-CE	MBI-DE	MBI-RP	
CVP global	-0,154 (0,068)	-0,262 (0,002)	-0,126 (0,140)	0,200 (0,020)	Pearson (significación)
	-0,099 (0,245)	-0,270 (0,001)	-0,135 (0,114)	0,204 (0,022)	Rho Spearman (significación)
CVP-AD	-0,266 (0,001)	-0,421 (< 0,001)	-0,246 (0,004)	0,324 (< 0,001)	Pearson (significación)
	-0,240 (0,004)	-0,399 (0,001)	-0,259 (0,002)	0,291 (0,001)	Rho Spearman (significación)
CVP-CT	0,249 (0,003)	0,301 (< 0,001)	0,150 (0,078)	0,032 (0,713)	Pearson (significación)
	0,219 (0,009)	0,307 (< 0,001)	0,119 (0,163)	-0,035 (0,684)	Rho Spearman (significación)
CVP-MI	-0,174 (0,040)	-0,390 (< 0,001)	-0,307 (0,001)	0,509 (< 0,001)	Pearson (significación)
	-0,148 (0,081)	-0,353 (< 0,001)	-0,220 (0,009)	0,353 (< 0,001)	Rho Spearman (significación)

CVP-35: Cuestionario de Calidad de Vida Profesional; GHQ-28 Cuestionario de Salud General de Goldberg de 28 ítems; MBI-CE: Maslach Burnout Inventory-cansancio emocional; MBI-DE: Maslach Burnout Inventory-despersonalización; MBI-RP: Maslach Burnout Inventory-realización personal; CVP: calidad de vida profesional; CVP-AD: apoyo directivo; CVP-CT: cargas de trabajo; CVP-MI: motivación intrínseca.

TABLA 3 Cambios en la puntuación del CVP-35 para los sujetos con variaciones en el GHQ-28 de magnitud moderada o importante*

	Variación GHQ28 > 3,21 puntos			Variación GHQ28 < -3,21 puntos		
	Media	IC del 95%	n	Media	IC del 95%	n
Variación CVP	-0,39	-1,17 a 0,39	28	0,18	-0,33 a 0,68	40
Variación CVP-AD	-0,49	-0,92 a -0,07	28	0,35	0,03-0,67	40
Variación CVP-CT	0,14	-0,26 a 0,53	28	-0,55	-0,90 a -0,19	40
Variación CVP-MI	-0,48	-0,95 a -0,02	28	0,22	-0,08 a 0,53	40

*Se entienden como variaciones de magnitud moderada o importante en la puntuación del GHQ-28 las que poseen un valor absoluto superior a 0,5 desviaciones estándar (DE) de la distribución basal de dicho test (0,5 DE = 3,21 puntos). CVP-35: Cuestionario de Calidad de Vida Profesional; GHQ-28 Cuestionario de Salud General de Goldberg de 28 ítems; CVP: calidad de vida profesional; CVP-AD: apoyo directivo; CVP-CT: cargas de trabajo; CVP-MI: motivación intrínseca.

TABLA 4 Cambios en la puntuación del CVP-35 para los sujetos con variaciones en el MBI-CE de magnitud moderada o importante*

	Variación MBI-CE > 5,81 puntos			Variación MBI-CE < -5,81 puntos		
	Media	IC del 95%	n	Media	IC del 95%	n
Variación CVP	-0,43	-1,11 a 0,24	23	0,52	0,16-0,88	63
Variación CVP-AD	-0,67	-1,08 a -0,26	23	0,31	0,04-0,59	63
Variación CVP-CT	0,01	-0,57 a 0,60	23	-0,55	-0,81 a -0,28	63
Variación CVP-MI	-0,83	-1,40 a -0,27	23	0,36	0,18-0,53	63

*Se entienden como variaciones de magnitud moderada o importante en la escala MBI-CE aquellas de valor absoluto superior a 0,5 desviaciones estándar (DE) en la distribución basal de esta escala (0,5 DE = 5,81 puntos). CVP-35: Cuestionario de Calidad de Vida Profesional; MBI-CE: escala de cansancio emocional del Maslach Burnout Inventory; CVP: calidad de vida profesional; CVP-AD: apoyo directivo; CVP-CT: cargas de trabajo; CVP-MI: motivación intrínseca.

TABLA 5 Cambios en la puntuación del CVP-35 para los sujetos con variaciones en el MBI-DE de magnitud moderada o importante*

	Variación MBI-DE > 2,95 puntos			Variación MBI-DE < -2,95 puntos		
	Media	IC del 95%	n	Media	IC del 95%	n
Variación CVP	-0,23	-0,95 a 0,49	31	0,41	0,30-0,80	58
Variación CVP-AD	-0,30	-0,68 a 0,07	31	0,37	0,11-0,63	58
Variación CVP-CT	0,06	-0,25 a 0,36	31	-0,36	-0,63 a -0,09	58
Variación CVP-MI	-0,38	-0,82 a 0,05	31	0,23	0,05-0,41	58

*Se entienden como variaciones de magnitud moderada o importante en la escala MBI-DE aquellas de valor absoluto superior a 0,5 desviaciones estándar (DE) en la distribución basal de esta escala (0,5 DE = 2,95 puntos). CVP-35: Cuestionario de Calidad de Vida Profesional; MBI-DE: escala de despersonalización del Maslach Burnout Inventory; CVP: calidad de vida profesional; CVP-AD: apoyo directivo; CVP-CT: cargas de trabajo; CVP-MI: motivación intrínseca.

TABLA 6 Cambios en la puntuación del CVP-35 para los sujetos con variaciones en el MBI-RP de magnitud moderada o importante*

	Variación MBI-RP > 3,69 puntos			Variación MBI-RP < -3,69 puntos		
	Media	IC del 95%	n	Media	IC del 95%	n
Variación CVP	0,37	-0,01 a 0,76	59	-0,45	-1,20 a 0,30	29
Variación CVP-AD	0,38	0,09-0,67	59	-0,54	-0,95 a -0,13	29
Variación CVP-CT	-0,23	-0,50 a 0,04	59	-0,19	-0,65 a 0,26	29
Variación CVP-MI	0,33	0,13-0,53	59	-0,68	-1,20 a -0,16	29

*Se entienden como variaciones de magnitud moderada o importante en la escala MBI-RP aquellas de valor absoluto superior a 0,5 desviaciones estándar (DE) en la distribución basal de esta escala (0,5 DE = 3,69 puntos). CVP-35: Cuestionario de Calidad de Vida Profesional; MBI-RP: escala de realización personal del Maslach Burnout Inventory; CVP: calidad de vida profesional; CVP-AD: apoyo directivo; CVP-CT: cargas de trabajo; CVP-MI: motivación intrínseca.

CVP-35, y cada uno de sus dominios, en la misma dirección, esto es, se evidencia que es un instrumento «sensible» al cambio.

Al relacionar los cambios en el CVP-35 con el cuestionario de salud GHQ-28 se observa que la correlación es siempre débil ($r < 0,300$), y sólo se aprecia claramente una disminución de 0,49 puntos (0,07-0,92) en la percepción de apoyo directivo (CVP-AD) en los sujetos que empeoran su percepción de salud en más de 3,2 puntos y una mejora de similar magnitud (0,35 puntos) cuando mejora la percepción de salud general. Los cambios en el CVP-35 se asocian de manera más constante con los cambios en el MBI, especialmente en el dominio cansancio emocional. También cabe señalar por su magnitud ($r = 0,509$) la asociación entre los cambios en la percepción de la motivación intrínseca (CVP-MI) y el dominio realización personal (MBI-RP) del cuestionario de Maslach.

Al estudiar la dimensión de los cambios de la valoración global de la CVP y de cada uno de sus dominios se observa que, en general, se evidencian más cambios en los CVP-AD y CVP-MI, que en la percepción de las cargas de trabajo (CVP-CT). Tanto para la medición global de la CVP como para CVP-AD y CVP-MI se observan cambios de entre 0,33 y 0,68 puntos en aquellos sujetos que varían sus puntuaciones de forma relevante (más de 0,5 DE) en el GHQ-28 o en los dominios MBI-CE o MBI-RP. En los sujetos que presentan mejoras relevantes en el dominio de despersonalización (MBI-DE) sí se observan mejorías en la CVP, en el CVP-AD, en la CVP-MI y disminuciones de las CVP-CT comprendidas entre 0,23 y 0,40 puntos. Sin embargo, los empeoramientos relevantes en esta escala no se asocian con cambios cla-

ros en los dominios del CVP. El dominio MBI-DE es el que tiene más problemas de consistencia interna en poblaciones no anglosajonas²⁵, por lo que esperábamos que los cambios de CVP en estos grupos no fuesen demasiado estables.

Se podría señalar como MDI el valor de 0,5 puntos en la valoración global del CVP-35 o de cada uno de sus dominios, desde el punto de vista poblacional. Esta magnitud del cambio puede fijarse como relevante por contener la mayor parte de las variaciones observadas en sujetos que han presentado cambios relevantes en las escalas usadas como referencia.

Podrían ser objeto de crítica varias de las decisiones adoptadas al diseñar el estudio, como utilizar un método basado en la distribución de las respuestas y también el punto de corte elegido para considerar un cambio como relevante en las escalas de referencia.

Los métodos para estudiar la capacidad de interpretación de las medidas de calidad de vida pueden clasificarse entre las basadas en referentes externos (*anchors*) y las basadas en distribuciones. En este caso, se ha elegido un sistema basado en la distribución de las puntuaciones en las escalas de referencia. Para elegir un método basado en referencias externas, éstas deben ser fácilmente interpretables y además correlacionarse de manera importante con las medidas proporcionadas por el instrumento evaluado²⁶. Los cambios en las escalas de referencia no tienen una interpretación única y, según nuestros conocimientos, la correlación de alguna de estas escalas con el CVP-35 es sólo moderada¹⁵. Por otra parte, los resultados prácticos del estudio de MDI en algunos estudios sobre calidad de vida ofrecen resultados similares bajo el abordaje de las distribuciones y el tamaño del efecto y bajo la comparación con referencias externas (*anchors*)²⁷.

No tenemos referencias sobre la posible sensibilidad al cambio de los instrumentos que miden la CVP o la satisfacción laboral ni en los validados en castellano¹¹⁻¹³, ni existe tampoco una referencia clara en cuestionarios utilizados internacionalmente²⁰. Por tanto, cabría discutir si la magnitud del cambio escogida en las escalas de referencia (0,5 DE de la distribución basal) resulta adecuada, ya que condiciona el tamaño de la MDI. Se eligió este punto de corte porque coincide con la definición de un tamaño del efecto «moderado» y porque permite que las agrupaciones de sujetos que habían presentado estos cambios tuviesen un tamaño suficiente (al menos 30 sujetos). Creemos que el resultado obtenido con esta medida, una MDI de 0,5, concuerda con el estado de conocimiento sobre la detección de cambios significativos mediante cuestionarios de calidad de vida. La MDI de 0,5 puntos representa aproximadamente el 50% de la DE observada para el cambio de las puntuaciones totales en la percepción de la CVP y de cada uno de sus dominios, y entre un 33 y un 50% de la variabilidad de la distribución basal. Se han intentado establecer estándares en los cuales pueda encontrarse la MDI para escalas tipo

Likert entre 7 y 9 categorías, y se ha encontrado que la MDI se sitúa en la totalidad de los casos alrededor de 0,5 DE de la distribución basal de la medida²⁸. Por otra parte, esta diferencia, que podemos considerar relevante, tiene la misma magnitud que la propuesta en otras escalas de medición de calidad de vida con respuestas tipo Likert de 7 puntos de amplitud. Esto llevó a algunos autores a proponer que en este tipo de escalas los cambios relevantes podrían encontrarse en un rango de alrededor de los 0,5 puntos^{29,30}. Como aspecto complementario al objetivo de este estudio, puede señalarse que los dos dominios más sensibles al cambio en los sujetos observados son los que en el modelo de Karasek (demandas-control) recaen en el grupo de los recursos para afrontar las demandas. Esto no nos permite afirmar que el dominio CVP-CT no presente una adecuada capacidad evaluadora, ya que por otros trabajos sabemos que la percepción de cargas de trabajo ha aumentado en los últimos años en la población de la que procede la muestra² y, además, puede que ninguno de los cambios en el tiempo de seguimiento influya de manera sustancial en la carga de trabajo real de los profesionales. Aunque está bien documentada la asociación entre las cargas de trabajo y la per-

Lo conocido sobre el tema

- La calidad de vida profesional es una variable de interés para el sistema sanitario y, por tanto, debe ser medida con precisión y exactitud.
- Existen varias herramientas de medida de la calidad de vida profesional validadas en lengua castellana en el ámbito de atención primaria, entre las que ha sido ampliamente utilizada el CVP-35.
- Aun estando bien establecidas las capacidades discriminadoras de estos cuestionarios, no tenemos datos sobre su sensibilidad frente al cambio.

Qué aporta este estudio

- El CVP-35 presenta una adecuada capacidad evaluadora y es sensible a cambios en la percepción de la calidad de vida profesional a nivel poblacional.
- La mínima diferencia importante en la puntuación sobre calidad de vida global o en cada uno de los dominios del CVP-35 puede establecerse en 0,5 puntos.
- Se pueden producir cambios relevantes en la percepción de la calidad de vida profesional sin que varíe por parte de los trabajadores la percepción de las cargas de trabajo.

cepción de la CVP^{2,15-18}, podemos suponer que la CVP puede mejorar sin que cambie significativamente la apreciación de las cargas de trabajo. Esta situación puede ser trascendente a la hora de diseñar estrategias para mejorar la percepción de la CVP, pues nos encontramos ante un sistema burocratizado, rígido y con poca capacidad de motivación e incentivación en un momento de compromiso debido al aumento de la presión asistencial y a la escasez de los recursos humanos³¹.

Los resultados obtenidos con esta herramienta de medida en los últimos años^{2,15-18} apoyan la necesidad de un cambio cultural esencial del sistema nacional de salud desde una cultura organizativa basada en el control de sus «recursos humanos» para optimizarlos y llevarlos hacia otra cultura de futuro basada en la construcción de confianza en sus personas para potenciarlas. Los profesionales se han de sentir apoyados por el sistema, representado por todos y cada uno de sus responsables jerárquicos. En el futuro será muy interesante aplicar ésta u otras herramientas de medida de la CVP después de implementar estrategias de intervención dirigidas no sólo a aumentar los recursos de afrontamiento de los profesionales asistenciales, sino también dirigidas a aumentar las competencias de liderazgo y apoyo por parte de sus responsables jerárquicos.

En conclusión, podemos establecer que el CVP-35 es un instrumento de utilidad tanto para medir la CVP como para evidenciar cambios «naturales» en el tiempo, o tras las intervenciones de mejora. El CVP-35 es una herramienta sensible a los cambios desde el punto de vista poblacional, y, por tanto, posee una capacidad evaluadora que ya se le suponía pero que no estaba acreditada hasta este momento. Cambios del orden de 0,5 puntos en la percepción de la CVP o en cualquiera de sus dominios pueden tener trascendencia al asociarse con cambios relevantes en la percepción de cansancio emocional, de realización personal o, incluso, de salud general. Existen ciertas diferencias entre la sensibilidad de cada dominio, lo que quizá pueda justificarse por el hecho de que la carga de trabajo es un elemento que, objetivamente, varía poco a nivel poblacional.

Bibliografía

- Verhaeghe R, Vlerick P, Gemmel P, Van Maele G, De Backer G. Impact of recurrent changes in the work environment on nurses' psychological well-being and sickness absence. *J Adv Nurs*. 2006;56:646-56.
- Martín-Fernández J, Gómez-Gascón T, Beamud-Lagos M, Cortés-Rubio JA, Alberquilla-Menéndez-Asenjo A. Professional quality of life and organizational changes: a five-year observational study in Primary Care. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:101.
- Escribá-Aguir V, Martín-Baena D. Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *Int Arch Occup Environ Health*. 2006;80:127-33.
- Van Vegchel N, De Jonge J, Bosma H, Schaufeli W. Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Soc Sci Med*. 2005;60:1117-31.
- Johnson JV, Stewart W, Hall EM, Fredlund P, Theorell T. Long-term psychosocial work environment and cardiovascular mortality among Swedish men. *Am J Public Health*. 1996;86:324-31.
- Siegrist J. Place, social exchange and health: proposed sociological framework. *Soc Sci Med*. 2000;51:1283-94.
- Karasek R. The political implications of psychosocial work redesign: a model of the psychosocial class structure. *Int J Health Serv*. 1989;19:481-508.
- García Sánchez S. La qualitat de vida professional com a avantatge competitiu. *Revista de Qualitat*. 1993;11:4-9.
- Cabezas Peña C. La calidad de vida de los profesionales. *FMC*. 2000;7 Suppl 7:53-68.
- Warren N, Hodgson M, Craig T, Dyrenforth S, Perlin J, Murphy F, Veterans Health Administration. Employee working conditions and healthcare system performance: the Veterans Health Administration experience. *J Occup Environ Med*. 2007;49:417-29.
- Escribá-Aguir V, Mas R, Flores E. Validación del Job Content Questionnaire en personal de enfermería hospitalario. *Gac Sanit*. 2001;15:142-9.
- Meliá JL, Peiró JM. El cuestionario de satisfacción S10/12: estructura factorial, fiabilidad y validez. *Rev Psicol Trab Org*. 1989;4:179-87.
- Mira JJ, Vitaller J, Buil JA, Aranaz J, Rodríguez-Marín J. Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud. *Aten Primaria*. 1994;14:1135-40.
- Martín J, Cortés JA, Morente M, Caboblanco M, Garijo J, Rodríguez A. Características métricas del Cuestionario de Calidad de Vida Profesional (PQL-35). *Gac Sanit*. 2004;18:129-36.
- Jorge Rodríguez F, Blanco Ramos M, Issa Pérez S, Romero García L, Gayoso Diz P. Relación de la calidad de vida profesional y el *burnout* en médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36:442-7.
- Alonso M, Iglesias AI, Franco A. Percepción de la calidad de vida profesional en un área sanitaria de Asturias. *Aten Primaria*. 2002;30:483-9.
- Cortés Rubio JA, Martín Fernández J, Morente Páez M, Caboblanco Muñoz M, Garijo Cobo J, Rodríguez Balo A. Clima laboral en atención primaria: ¿qué hay que mejorar? *Aten Primaria*. 2003;32:288-95.
- Muñoz-Seco E, Coll-Benejam JM, Torrent-Quetglas M, Linares-Pou L. Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Aten Primaria*. 2006;37:209-14.
- Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 1993;118:622-9.
- Van Saane N, Sluiter JK, Verbeek JH, Frings-Dresen MH. Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction—a systematic review. *Occup Med (Lond)*. 2003;53:191-200.
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*. 1981;2:99-113.
- Gil-Monte PR, Peiro J. Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse en el trabajo (*burnout*) según el MBI-HSS en España. *Rev Psicol Trab Org*. 2000;2:135-49.
- Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med*. 1986;16:135-40.
- Wyrwich KW, Bullinger M, Aaronson N, Hays RD, Patrick DL, Symonds T, The Clinical Significance Consensus Meeting Group. Estimating clinically significant differences in quality of life outcomes. *Qual Life Res*. 2005;14:285-95.
- Moreno Jiménez B, Bustos R, Matallana A, Miralles T. La evaluación del *burnout*. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Rev Psicol Trabajo Org*. 1997;13:185-207.
- Guyatt GH, Osoba D, Wu AW, Wyrwich KW, Norman GR, Clinical Significance Consensus Meeting Group. Methods to ex-

- plain the clinical significance of health status measures. *Mayo Clin Proc.* 2002;77:371-83.
27. Norman GR, Sridhar FG, Guyatt GH, Walter SD. Relation of distribution- and anchor-based approaches in interpretation of changes in health-related quality of life. *Med Care.* 2001;39:1039-47.
28. Norman GR, Sloan JA, Wyrwich KW. Interpretation of changes in health-related quality of life: the remarkable universality of half a standard deviation. *Med Care.* 2003;41:582-92.
29. Jaeschke R, Singer J, Guyatt GH. Measurement of health status. Ascertaining the minimal clinically important difference. *Control Clin Trials.* 1989;10:407-15.
30. Juniper EF, Guyatt GH, Willan A, Griffith LE. Determining a minimal important change in a disease-specific Quality of Life Questionnaire. *J Clin Epidemiol.* 1994;47:81-7.
31. Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyecto AP21. Estrategias para la Atención Primaria del siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.