

# GESTIÓN SALUDABLE DE LOS RECURSOS HUMANOS EN UNA ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS Y ASISTENCIALES

**JORDI TOUS PALLARÈS**

*Profesor Titular en Psicología del Trabajo y de los Recursos Humanos del Departamento de Psicología.  
Universitat Rovira i Virgili*

**CAROLINA MAYOR SÁNCHEZ**

*Profesora Asociada en Psicología del Trabajo y de los Recursos Humanos del Departamento de Psicología.  
Universitat Rovira i Virgili*

**M.<sup>a</sup> DEL PILAR BONASA JIMÉNEZ**

*Profesora Asociada en Psicología Social y Jurídica del Departamento de Psicología.  
Universitat Rovira i Virgili*

## **Extracto:**

**L**AS características del trabajo asistencial y las dinámicas de gestión basadas en el concepto de organizaciones saludables son dos aspectos ampliamente estudiados y teorizados pero que, en pocas ocasiones, se observan en interacción como fórmula para potenciar la calidad de vida laboral y la calidad del servicio prestado en el trabajo de personas que trabajan con personas.

La demanda realizada por la empresa de servicios a nuestro grupo de investigación supone una oportunidad de poder evaluar e intervenir en personal sanitario, detectando necesidades y planteando soluciones de mejora.

Nuestra intervención se llevó a cabo con técnicos de transporte sanitario urgente y no urgente en dos fases: una fase previa de sesiones de trabajo en la que se administró una batería de test psicosociales; y una segunda fase en forma de sesiones formativas organizadas en 2 cursos de 20 horas de duración adaptadas a las necesidades de los participantes y en las que se llevó a cabo administración de pruebas de evaluación psicológica en forma test-retest para la valoración de clima laboral, *burnout*, impulsividad y personalidad.

A partir de conocer e informar tanto a los trabajadores como a la empresa de los resultados, seguimos diseñando programas de respuesta a las necesidades detectadas, favoreciendo tanto la implicación del binomio trabajador-empresa, como el bienestar personal de los integrantes a nivel individual.

**Palabras clave:** trabajo asistencial, organizaciones saludables, clima laboral, *burnout*, impulsividad y personalidad.

# HEALTHY MANAGEMENT OF HUMAN RESOURCES IN A HEALTH AND CARE SERVICES ORGANIZATION

**JORDI TOUS PALLARÈS**

*Profesor Titular en Psicología del Trabajo y de los Recursos Humanos del Departamento de Psicología.  
Universitat Rovira i Virgili*

**CAROLINA MAYOR SÁNCHEZ**

*Profesora Asociada en Psicología del Trabajo y de los Recursos Humanos del Departamento de Psicología.  
Universitat Rovira i Virgili*

**M.<sup>a</sup> DEL PILAR BONASA JIMÉNEZ**

*Profesora Asociada en Psicología Social y Jurídica del Departamento de Psicología.  
Universitat Rovira i Virgili*

## **Abstract:**

**CARE** work characteristics and the dynamics of management based on the concept of healthy organizations, are two widely studied and theorized aspects, but, rarely, seen in interaction as a way to enhance the quality of working life and quality of service provided in the work of people who work with people.

The demand made by the services company to our research group is an opportunity to evaluate and to intervene in health care personnel, identifying needs and proposing solutions for improvement.

Our intervention was carried out with urgent medical transport technicians and non-urgent, in two phases: a preliminary working sessions in which a battery of psychosocial tests was administered, and a second phase consisting of training sessions organized in two courses of 20 hours, tailored to the needs of participants, and in which we administered psychosocial tests of work environment, burnout, impulsivity and personality, in test-retest

Knowing and informing the results to both, workers and company, implies continuing building programs to answer the identified needs, encouraging the involvement of the worker-firm pairing, as the personal welfare of the members individually.

**Keywords:** care work, healthy organizations, work environment, burnout, impulsivity and personality.

# Sumario

## Primera Parte.

1. Resumen.
2. Antecedentes.
3. Introducción.
  - 3.1. Trabajo y salud laboral.
  - 3.2. Organizaciones saludables.
  - 3.3. Gestión de recursos humanos, calidad y salud.

## Segunda Parte.

4. Elaboración del protocolo de evaluación de calidad y salud.
  - 4.1. Objetivos.
  - 4.2. Método.
  - 4.3. Instrumentos.
5. Procedimiento.
  - 5.1. Fases del trabajo de campo.

## Tercera Parte.

6. Resultados.
  - 6.1. Resultados de la batería de test previa.
  - 6.2. Plan de formación.
  - 6.3. Resultados de la batería de test posterior a la formación.
  - 6.4. Información de entrevista en grupo.

## Cuarta Parte.

7. Conclusiones.

## Bibliografía.

**NOTA:** Para la realización del presente trabajo se ha contado con la inestimable colaboración de la Empresa STSGrup.

## PRIMERA PARTE

### 1. RESUMEN

El presente trabajo describe la evaluación e intervención psicosocial realizada por nuestro equipo en una organización de servicios sanitarios y asistenciales, STSGrup. La organización se enfrentaba a un proceso de cambio cultural y estratégico, sus responsables vieron en esta situación una oportunidad de aprovechar el proceso de cambio para implementar cambios que mejoraran su calidad de vida laboral y, así, la del servicio que ofrecen. Todo ello en el marco de una cultura de organizaciones de servicios saludables.

Para ello se realizaron tres acciones:

- a) Evaluación previa (diciembre de 2007). Aplicación del test WPS-16 y (Work Psychosocial Scale-16) realización de entrevistas con los 5 grupos focales de discusión.

La aplicación de las pruebas de evaluación previa se realiza simultáneamente a la evaluación psicosocial que realizó a la empresa el servicio de prevención ajeno de la mutua Activa.

- b) Aplicación de acciones formativas (desde febrero de 2008 hasta enero de 2009).
- c) Evaluación post (una vez finalizada cada acción formativa se evaluaban las diferencias individuales y con el WPS-16, el MBI y una batería para evaluar personalidad y DDII).

### 2. ANTECEDENTES

Las organizaciones modernas llevan tiempo implementado **sistemas de calidad** para adaptarse a unos mercados cada vez más cambiantes y competitivos. Las políticas de calidad que aplican se fundamentan en auditar los procesos organizativos, olvidando muchas veces que las personas son el elemento central del proceso. NEWELL (2002) afirma que **las organizaciones no son nada sin las personas que las forman**.

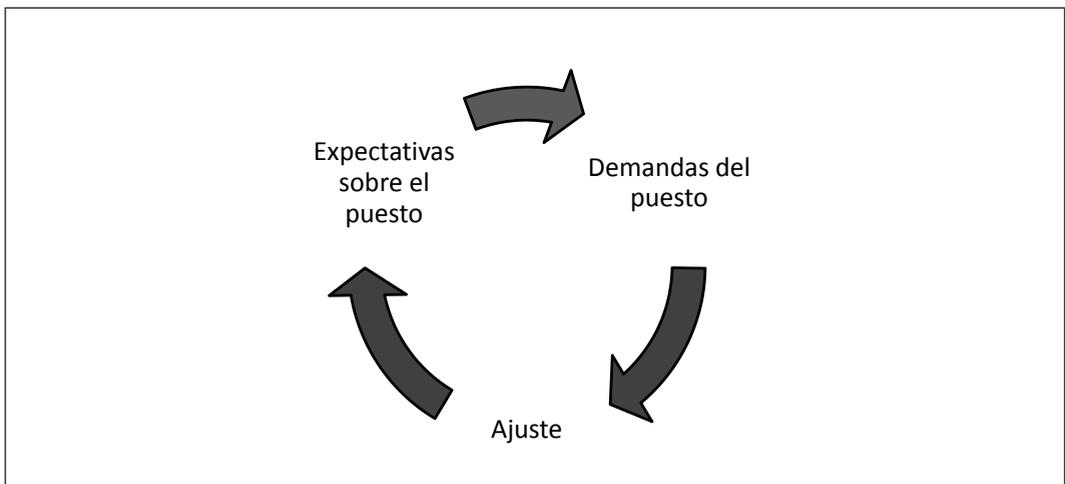
Para conseguir los niveles exigidos, **una organización industrial** (o productiva) deberá alcanzar unos niveles de calidad en sus instalaciones, sus equipos, sus tecnologías y, sobre todo, con la selección y formación de los mejores profesionales. Apostar por la calidad supone que la organización debe cumplir con una serie de protocolos formales marcados por las directrices de los modelos ISO-9000, EFQM, etc., **olvidando a menudo los recursos humanos que la conforman** (DÍAZ DE QUIJANO, 1987).

Pero, cuando las **organizaciones se dedican al ámbito de los servicios** (al «trabajo de personas con personas»), la calidad pasará a depender de la satisfacción percibida por el usuario en vez de basarse en la correcta actuación del profesional. El trabajador de servicios juzga como insatisfactorio su trabajo, su vocación, su actuación y la que realiza con sus compañeros: **«Estamos ofreciendo lo mejor pero nuestros pacientes, usuarios, alumnos, ciudadanos no lo ven así»**.

Esta visión subjetiva es la que suele provocar desconcierto, insatisfacción y estrés en los empleados que forman parte de organizaciones asistenciales. **Un nuevo reto que habrá que gestionar desde los departamentos de recursos humanos de las organizaciones de servicios.**

Todas las dudas que aparecen en la organización referidas al ámbito de la **calidad del servicio** influyen de forma dual sobre el **clima organizacional** y sobre la **calidad de vida laboral**, ya que ambas se basan en las valoraciones realizadas a partir del ajuste entre el individuo (con sus competencias), las demandas del puesto y de sus usuarios y los recursos que ofrece la organización (KARASECK, 1994). El esquema siguiente podría ejemplificar esta hipótesis (**figura 1**).

**FIGURA 1.** Esquema de las expectativas y demandas del puesto en relación al clima laboral.



### 3. INTRODUCCIÓN

La **calidad de vida laboral** (CVL) ha sido objeto de múltiples definiciones de índole muy diversa: como una reacción individual o subjetiva de la **experiencia de trabajo**, como un proyecto cooperativo entre dirección y trabajadores en busca de **beneficios y calidad** para ambas partes, como un conjunto de métodos destinados a optimizar la **calidad del entorno laboral** para hacerlo más satisfactorio y productivo, o como la declaración de la naturaleza del trabajo y la relación que tienen los trabajadores con la organización (GIL-MONTE, 2007).

En la **calidad de un servicio** siempre estarán incluidos aspectos de la calidad de vida laboral percibida por parte del trabajador, complementando a las características personales, las competencias y las habilidades personales necesarias para un trabajo asistencial. Para que una empresa tenga éxito debe promover el bienestar positivo de las personas, agrupaciones y sociedades, es decir, sus recursos humanos. Es por ello que la actitud del individuo, su comportamiento, su compromiso, su satisfacción y la plena utilización de su potencial son elementos clave para el éxito de una organización.

La **formación técnica** es tan básica para desarrollar el trabajo con personas como lo pueden ser las **habilidades psicosociales y los recursos derivados del trabajo** del «día a día» que configuran la «experiencia profesional», y permite afrontar el estrés derivado del trabajo continuado con personas.

El éxito en el desarrollo y aprovechamiento de sus capacidades, habilidades, conocimientos y experiencias se convierte en un elemento prioritario (SPENDER, 1996; GRANT, 1996). Es la psicología de las organizaciones y de los recursos humanos la que se ocupa de su estudio y aplicación dentro del marco del trabajo en una organización e influye en el éxito de la empresa.

Si el trabajo incide en los empleados y los empleados influyen en el trabajo, es decir, que el bienestar del trabajador y la eficacia organizacional se superponen (BARRETT, 1970; LAWLER, 1982), las **organizaciones deben fomentar el bienestar físico y psicológico de sus empleados mediante la reducción de su impacto negativo**.

Pero también mediante la creación de un **entorno organizacional en el que las personas puedan desarrollarse y crecer** (facilitando la formación y el aprendizaje para asumir responsabilidades) mejorará el bienestar del trabajador, la calidad del servicio y la eficacia organizacional (PFEIFFER, 1987).

Ambas acciones pueden ser potenciadas desde la gestión de recursos humanos mediante el establecimiento de un conjunto común de características para el diseño del puesto de trabajo y de la estructura organizativa (MURPHY, 1999).

En la mayoría de los estudios documentados referidos a salud en el trabajo asistencial, hemos detectado numerosos trabajos que inciden una y otra vez en que los *problemas derivados del estrés* están asociados a **puestos de trabajo poco saludables**, a la falta de **habilidades personales**, o a la gestión incorrecta de personas en **estructuras organizativas de dudosa salubridad**.

Pero creemos que no es así, que **los trabajadores tienen recursos**, que los emplean en forma de estrategia personal o bien como recurso grupal para afrontar las situaciones imprevistas y complejas que les puedan aparecer en su quehacer diario. Como psicólogos especializados en el comportamiento humano en la organización debemos valorar y aprovechar la **experiencia personal**, así como las **redes de apoyo social** que ya existen y reforzar su empleo y utilidad para implementar estrategias de intervención en la organización.

### 3.1. Trabajo y salud laboral

El **trabajo tiene un sentido para quien lo desarrolla**, estructura la vida y ayuda a organizar la existencia diaria, sin la cual se produce una desintegración del tiempo. La actividad laboral además define la categoría de un individuo dentro de la sociedad e incita a la actividad, evitando estados de apatía y aburrimiento.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) se refieren a la salud laboral como «el **mantenimiento del más alto grado de bienestar físico** (fisiológico), **mental** (psicológico) y **social** (de comportamiento) en los trabajadores».

Un empleado «globalmente sano» se representaría mediante la **interacción entre** unas buenas condiciones físicas, que ocupa un puesto que le permite un ajuste entre sus habilidades y la complejidad de las tareas que realiza; y todo ello en un entorno organizacional que potencia el buen clima laboral.

Resulta fundamental intervenir en la organización para potenciar y garantizar la salud laboral, pero la experiencia nos dice que determinados **empleados anteponen su estabilidad y seguridad en el puesto de trabajo** a la posibilidad de aceptar que en su actividad existen problemas para su salud laboral (JAHODA, 1958).

Existen una serie de organismos dedicados a garantizar la salud laboral de los trabajadores y a sancionar a quienes así no lo hacen. El concepto de salud laboral que manejan en estos casos es más restrictivo y se basa **en la detección de problemas de salud física** del ámbito de la seguridad e higiene.

Para WARR (1987), la **salud mental referida al trabajo consiste en una sensación subjetiva** de sentirse bien o mal por parte de trabajador. Éste lo conceptualiza de modo bidimensional, en un ciclo continuo que va desde el polo positivo de placer a uno negativo de agitación. Lo que permite diferenciar entre una persona con buena salud mental de la persona enferma es el periodo de tiempo que pasa en cada polo (SOLANES y MARTÍN DEL RÍO, 2008).

Sin embargo, a pesar de depender de un concepto subjetivo de bienestar que condiciona la visión de salud por parte del trabajador, no se utilizan (o se utilizan mal) las herramientas de que disponen diferentes ramas de la psicología para intervenir en los tres aspectos fundamentales de la salud laboral y que calificarían esta subjetividad (TOUS, 2008).

Así, por ejemplo:

- Para intervenir a **nivel de salud física**, la psicología del trabajo y de los recursos humanos dispone de las tradicionales **técnicas de descripción y análisis de los puestos de trabajo** para la adaptación entre individuos y puestos de trabajo.
- Para hacer intervención a **nivel social**, la psicología de las organizaciones ha potenciado el diseño de programas para el **desarrollo de carreras profesionales** que permiten reducir la ambigüedad y el conflicto de rol en el grupo.
- Para hacer intervención a **nivel psicológico**, las técnicas de autorregulación de los **niveles de estrés** pueden evitar patologías derivadas en este ámbito.

### 3.2. Organizaciones saludables

Las organizaciones deben **garantizar** a sus trabajadores unos **niveles de salud y calidad de vida** para poder obtener unos niveles óptimos de calidad en su servicio. JAHODA (1984) habla de una «**pseudo eficacia de la organización**» asociada al desarrollo de conductas poco saludables en el quehacer diario que permiten cubrir las lagunas del funcionamiento de la organización. Estas conductas psicosocialmente poco saludables no resuelven las dificultades con las que se enfrenta el empleado, y repercuten a medio o largo plazo sobre el clima, la calidad de vida laboral y la calidad del servicio que ofrece la organización.

En organizaciones asistenciales la mejora en la calidad de vida laboral se centra en tratar de eliminar los niveles de pseudoeficacia derivados del estrés que genera la tarea diaria sobre las personas. Pero, aunque quisiéramos, no podríamos eliminar completamente todos los elementos que elevan el estrés patológico en los trabajadores, sólo nos queda **mejorar sus estrategias de afrontamiento personal y grupal de las situaciones de estrés.**

La tarea principal en la intervención del psicólogo organizacional de la salud se basa en **identificar** en el trabajador sanitario las **lagunas y dificultades** que le generan estrés y que no ve resueltas por los protocolos que le ofrece la organización (estrés, cansancio emocional, individualismo, falta de adaptación al puesto, falta de *feedback*, etc.). Se trataría de una estrategia encaminada a romper las dinámicas de no información y procurar implantar dinámicas de comunicación eficaz de los problemas.

Pero para implantar dinámicas nuevas resulta fundamental la **participación de los trabajadores** en la planificación y ejecución de la intervención organizacional. Para implantar sistemas de participación de los empleados en las organizaciones deberemos explorar múltiples fórmulas de implicación (CRESSEY, BOLLE DE BAL y TREU, 1988), es decir, que cualquier práctica de participación que se implante en la organización permita desempeñar un papel activo al trabajador, de modo que **una persona participa cuando contribuye a lograr algo** (FERRATER, 1984).

Con la participación en la organización el **trabajo de empleado cobra un sentido** bajo estas condiciones; implica experiencias compartidas regularmente y contactos con personas ajenas a la familia, ayudando a la integración a la organización; vincula a una persona con objetivos y propósitos que trascienden a los suyos propios, dando la sensación de estar haciendo algo útil para la organización. Como se puede observar, todo ello **afecta directamente a la salud mental de la persona y las organizaciones saludables deben velar por ella.**

Finalmente debemos recordar una serie de tendencias futuras del trabajo que enmarcarán las organizaciones del siglo XXI contribuyendo a su insalubridad:

- Se está pasando de una sociedad industrial a una informatizada donde la nueva riqueza estará constituida por los **conocimientos prácticos.**
- Existe una tendencia hacia la **alta tecnología** diseñada con y para el contacto humano.
- La **globalización** de las economías, los idiomas y una mayor interdependencia.
- La **planificación estratégica de las organizaciones** con visión a largo plazo; la existencia de jerarquías hacia la **creación de redes en la estructura de las organizaciones.**
- La diversidad de opciones de trabajo y ocio. (NAISBIT, 1984).

### 3.3. Gestión de recursos humanos, calidad y salud

Muchas de las responsabilidades sobre la salud y la calidad de vida laboral dependen de las acciones que desarrolla el departamento de recursos humanos de la organización. Las tareas de planificación, reclutamiento, selección, acogida, formación, promoción y exclusión deben realizarse

correctamente para evitar disfunciones que afecten negativamente a individuos, grupos y a la organización. Se trata de una de una acción preventiva.

Pero la intervención que realiza más a menudo desde esta perspectiva el responsable de recursos humanos se dirige más hacia aspectos de **prevención primarios o secundarios** (CAPLAN, 1985) debido a la cultura organizativa que potencian las perspectivas de salud basadas en modelos donde la ausencia de problemas es visto como indicador de salud (JAHODA, 1975).

Los departamentos de recursos humanos también elaboran amplios y costosos planes de formación para evitar problemas de adaptación al puesto. Los planes de formación se **orientan** hacia la resolución de problemas de las situaciones en las que condiciones del entorno puede manifestarse e influir de forma patológica, es decir, cuando es necesario el abordaje psicológico para reformular el análisis de la situación por parte del trabajador, permitiéndole una mayor variedad de estrategias de afrontamiento y solución de las que maneja habitualmente. Pero las acciones preventivas deberían ir mucho más allá, hacia el «**entrenamiento en habilidades**».

La planificación por parte del departamentos de recursos humanos de la **acción debería tener un modelo** de evaluación-acción en la organización, tal como el que propone MCGRATH (1987) (o los de otros autores). La intervención debería planificarse desde una perspectiva global para abordar los **aspectos organizacionales** que hay que modificar para minimizar **dificultades** y buscar posibles soluciones.

Para realizar esta tarea resulta fundamental el papel del psicólogo como consultor y mediador y la complicidad del departamento de gestión de recursos humanos y del *staff*.

Posteriormente se iniciaría la **primera fase** de intervención propiamente dicha con el análisis de las características de la organización, de las diferencias individuales de sus miembros, de los puestos de trabajo (y del entorno en que se realiza el trabajo) así como del proceso de socialización grupal que allí se desarrolla en la interacción.

En este sentido, el trabajo de asistencial tiene elementos estresores a nivel de entorno, que afectan al empleado y al grupo, que debemos modular para evitar tensiones excesivas. Ninguna acción de un departamento de recursos humanos debería obviar este aspecto pero tampoco amplificarlo, ya que «alguien debe hacer este trabajo» y los estresores forman también parte del perfil del puesto.

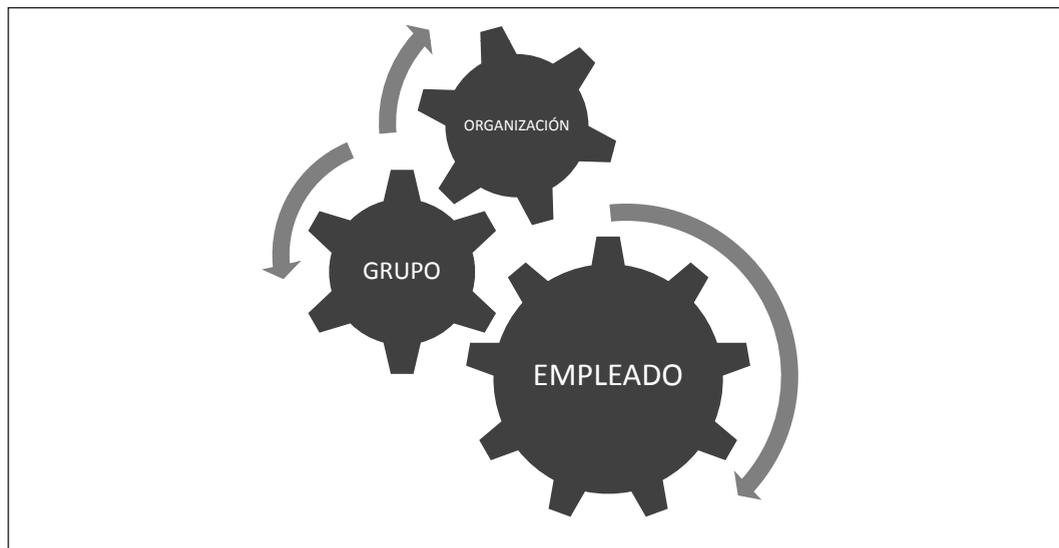
En una **segunda fase** se tratará de intervenir sobre el **puesto de trabajo**, determinando qué conductas permiten anticipar respuestas ante situaciones críticas. A partir de la información de los ocupantes del puesto se recoge información sobre el mismo y las **redes sociales de apoyo** que facilitan la localización de los roles y la socialización laboral.

En una **tercera fase** se pasa al «entrenamiento psicosocial» para implementar habilidades, competencias y estrategias. En esta fase, el psicólogo debe potenciar y reforzar las redes de apoyo social, procurando la fluidez de la información, sobre todo la referida a los casos con dificultades especiales.

Todo ello contribuye a potenciar **una salud laboral positiva** y una **calidad de vida laboral** en un entorno de organizaciones saludables que les permite alcanzar los niveles de calidad de servicio que se les exige.

Finalmente debemos atender al análisis de toda la información surgida del proceso. Las encuestas, los test psicológicos, los grupos de discusión o los *role-playing* proporcionan información suficiente para valorar la intervención realizada.

**FIGURA 2.** Organización con recursos humanos saludables.



## SEGUNDA PARTE

### 4. ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DE CALIDAD Y SALUD

El departamento de recursos humanos de STSGrup se ha centrado en los objetivos de calidad de servicio hacia el cliente interno, lo que se traduce en políticas de información, formación y calidad de vida laboral de los empleados.

Los responsables de este departamento veían la necesidad de aprovechar el proceso cambio en la organización para implementar, mediante acciones formativas, cambios que mejoraran su calidad de vida laboral y, así, la del servicio que ofrecen. Todo ello en el marco de una cultura de organización saludable.

La empresa al servicio de prevención ajeno de la mutua activa realizó una evaluación psicosocial y la empresa decidió contrastar esos informes con otra evaluación psicosocial realizada por nuestro equipo de profesionales.

En las reuniones iniciales se decidió fijar el objetivo de la intervención psicosocial en favorecer conductas saludables que redunden en el trabajador y la organización. La complicidad del departamento de gestión de recursos humanos y del *staff* en nuestro caso fue total.

Un compromiso importante por parte de la entidad fue la transferencia de la información surgida a todos los niveles de la organización.

## 4.1. Objetivos

1. Contrastar las pruebas de evaluación psicosocial realizadas por el servicio de prevención ajeno de la mutua activa con nuestra batería de test y ver si existe congruencia entre los resultados obtenidos.
2. A partir de los resultados de la batería de test, elegir una serie de pruebas que sean adecuadas para aplicar en el proceso de selección para mejorar la eficiencia en la evaluación de las diferencias individuales que afectan sobre la calidad y salud.
3. Adaptar los objetivos de los cursos de formación a partir de la contrastación de la información de las diferentes pruebas.

Para materializar estos objetivos tenemos que elaborar tres líneas de acción:

- **Línea A:** pasar la batería de test compuesta por WPS-16 e IFD para contrastar la información obtenida por el servicio de prevención ajeno de la mutua activa.
- **Línea B:** aplicación de las acciones formativas.
- **Línea C:** evaluación post: aplicar la misma batería de test que al principio para ver si ha surgido efecto la intervención. Una vez finalizada cada acción formativa se evaluaban las diferencias individuales y con el WPS-16, el MBI y una batería para evaluar personalidad y DDII (estos datos se podrán utilizar para mejorar el sistema de selección de la empresa).

## 4.2. Método

### 4.2.1. Universo de la muestra

Para el estudio partimos de un universo muestral de referencia, que es «Ambulàncies». «Ambulàncies» forma parte de la población de empresas de STSGrup. STSGrup está formado por cuatro unidades de negocios:

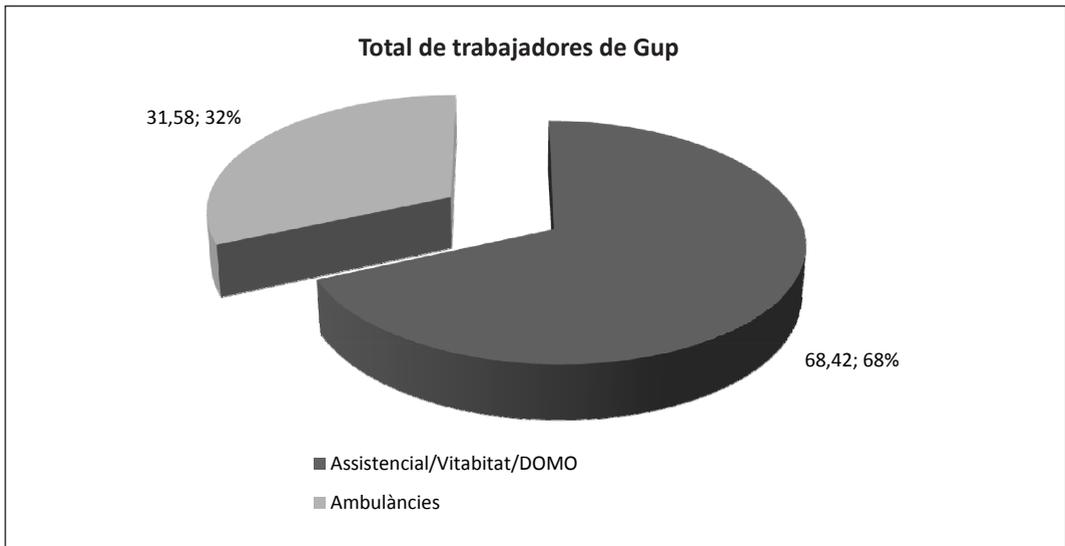
- STSAmbulàncies: dedicado al transporte sanitario.
- STSAssitencial: son los centros sociosanitarios y residencias asistidas.

- STSVitabitat: viviendas con servicios.
- STSDomo: asistencia domiciliaria.

Desde hace 25 años, STSGrup a través de su marca de ambulancias (STSAmbulàncies) gestiona el servicio de transporte sanitario urgente y programado (no urgente) en la zona del Baix Camp-Reus. En el año 2000 fueron adjudicatarios del servicio de transporte sanitario programado en las comarcas del Baix Camp y Priorat, posteriormente se subrogó al servicio urgente de la Conca de Barberà y Alt Camp y, finalmente, en mayo de 2005 también asumieron el servicio urgente y programado de Tarragona. En la actualidad son adjudicatarios del servicio urgente y programado en la región sanitaria de todo el Camp de Tarragona: Tarragona, Baix Camp, Priorat, Conca de Barberà, Alt Camp y Baix Penedès.

El departamento de recursos humanos realizó una demanda de proyecto a nuestro grupo de investigación y marcó explícitamente que quería que se realizara sobre la población de trabajadores de STSAmbulàncies. STSGrup parte de un total de 570 trabajadores, de los cuales 390 pertenecen a STSAmbulàncies, éste será nuestro universo muestral, tal y como se puede observar en la **figura 3**.

**FIGURA 3.** *Distribución trabajadores de STSGrup.*



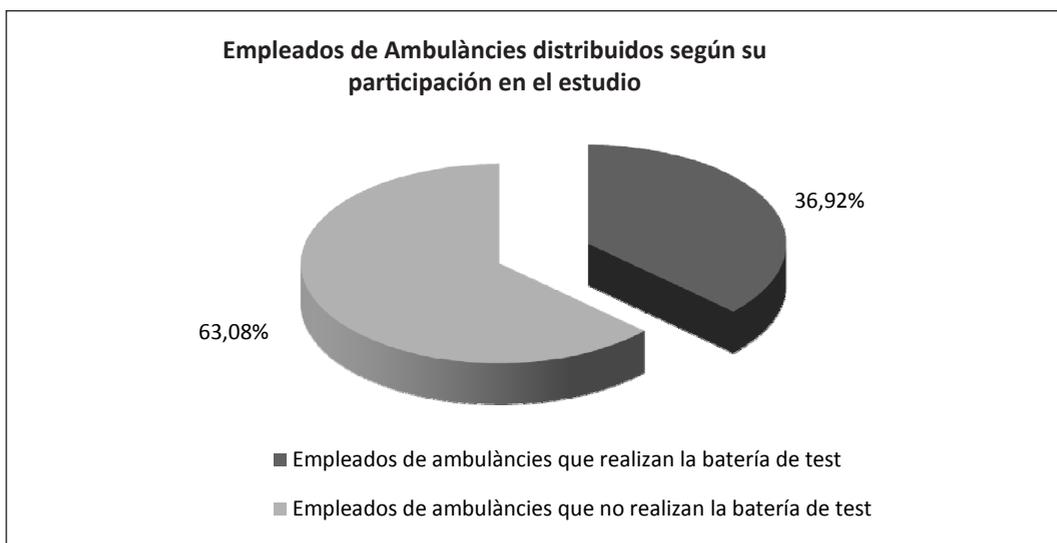
#### 4.2.2. Muestra

El muestreo es no probabilístico por accesibilidad. Se obtiene la información de los trabajadores de STSAmbulàncies que acuden a las sesiones formativas de las siguientes zonas:

- Baix Camp
- Priorat
- Conca de Barberà
- Alt Camp
- Tarragona
- Baix Penedès

De los 390 trabajadores repartidos en las diferentes bases se obtiene información de 144, que asisten los diferentes días de la administración de la batería de test, como se puede observar en la **figura 4**.

**FIGURA 4.** Empleados de STSAmbulàncies implicados en el estudio.

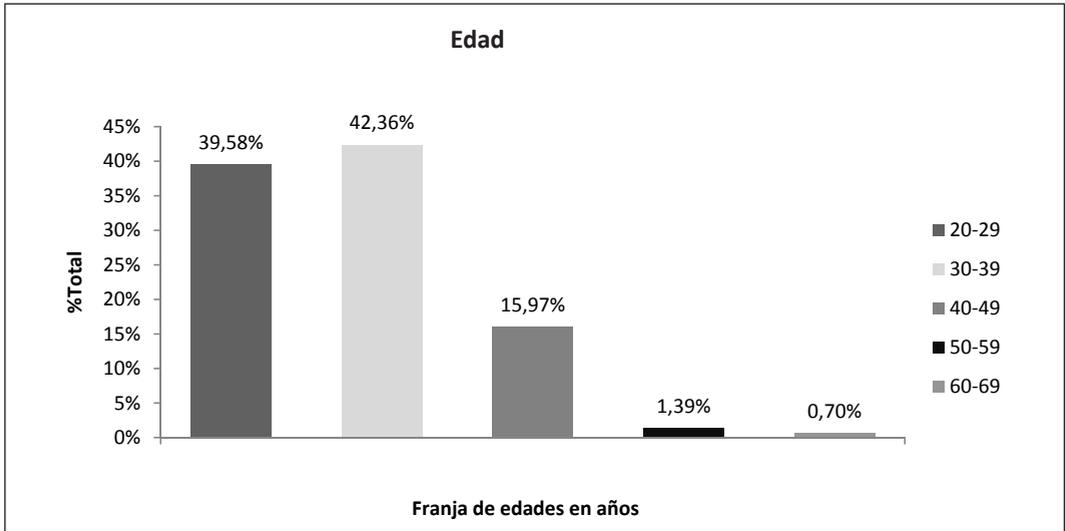


#### 4.2.3. Características de los trabajadores de la muestra

##### 4.2.3.1. Edad

Se ha trabajado con un muestra formada por trabajadores con una media de edad de 33 años (donde el 81,94% tienen menos de 40 años). Las edad se distribuye desde los 20 hasta los 69 años, tal y como se expresa en la **figura 5**.

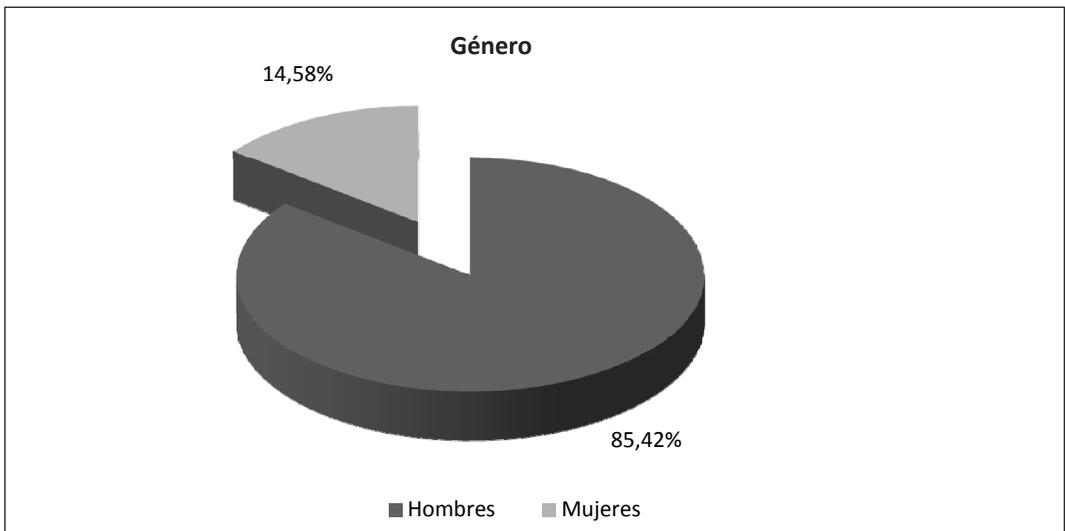
**FIGURA 5.** Distribución en franjas de edad.



4.2.3.2. Género

La muestra está compuesta por un 85,42% de hombres y un 14,58% de mujeres.

**FIGURA 6.** Distribución de los trabajadores según el género.

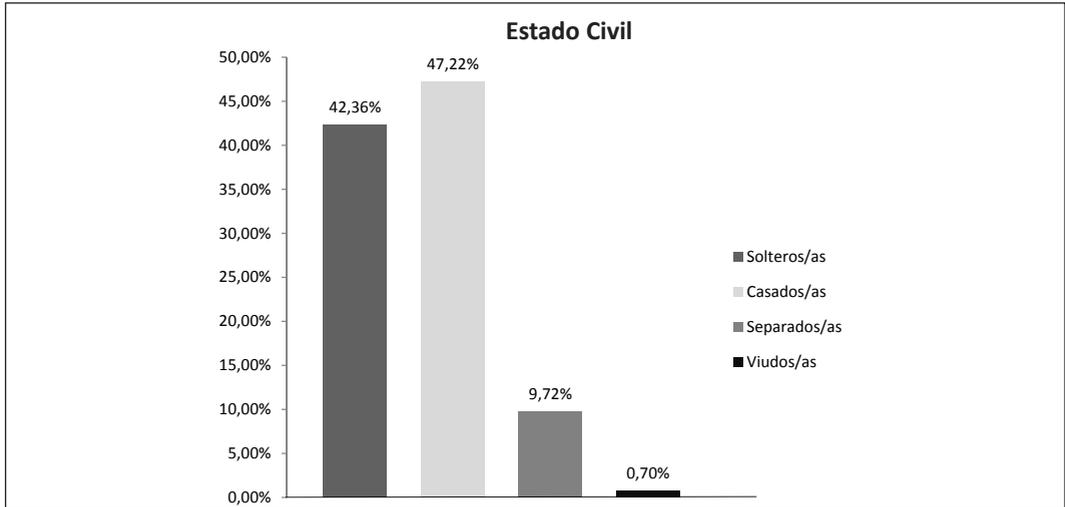


La distribución proporcional entre trabajadores de ambos géneros no parece romper con uno de los tópicos clásicos del sector que sostiene que su población es mayoritaria y significativamente masculina.

#### 4.2.3.3. Estado civil

Un 42,36% de los trabajadores están solteros frente a un 47,22% que están casados. El 10,42% restante son separados o divorciados y viudos.

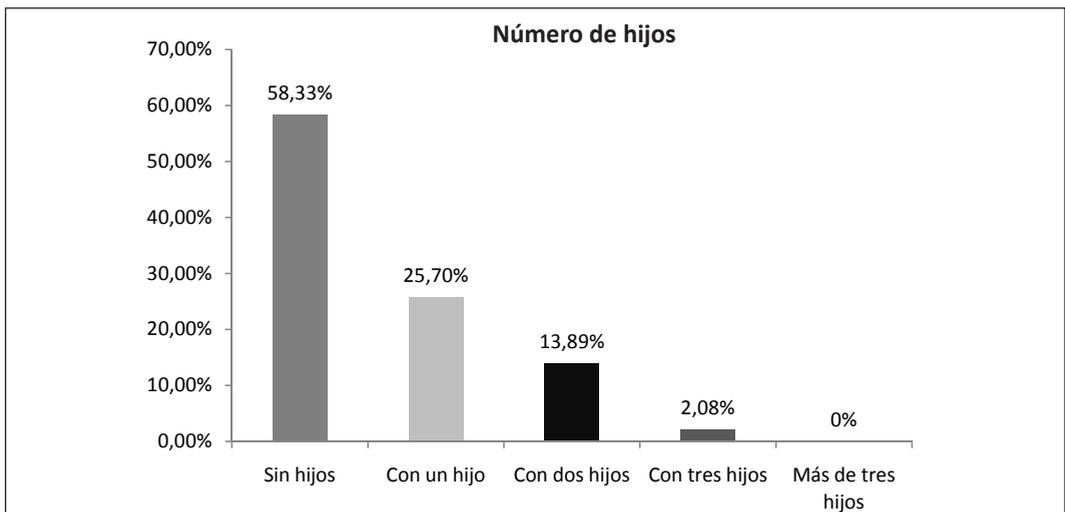
**FIGURA 7.** Distribución de los trabajadores según el estado civil.



#### 4.2.3.4. Número de hijos

Un 58,33% de los trabajadores no tienen hijos frente a un 41,67% que tienen hijos.

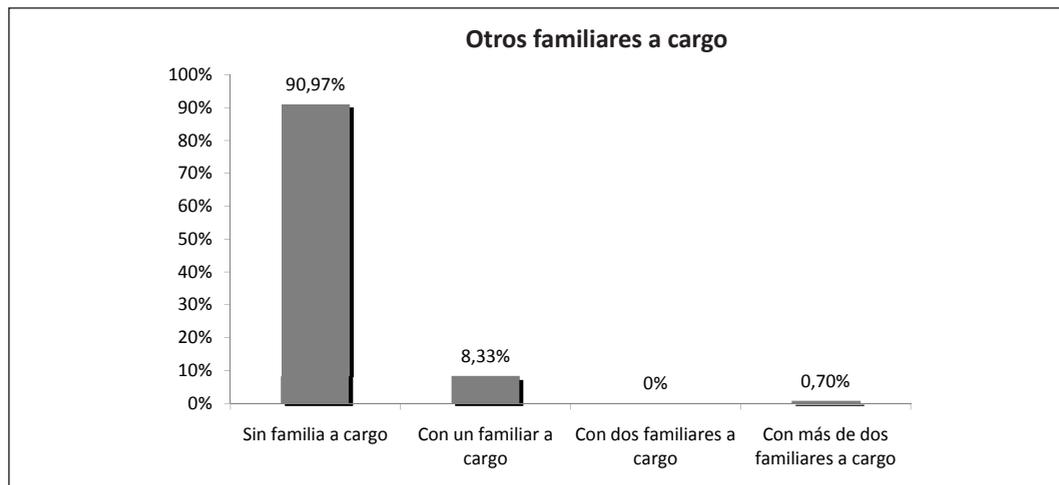
**FIGURA 8.** Distribución de los trabajadores según el número de hijos que tienen.



#### 4.2.3.5. Otros familiares

Un 90,97% de los trabajadores no tienen cargas familiares no relacionadas con los hijos, frente a un 9,03% que sí tienen esta carga.

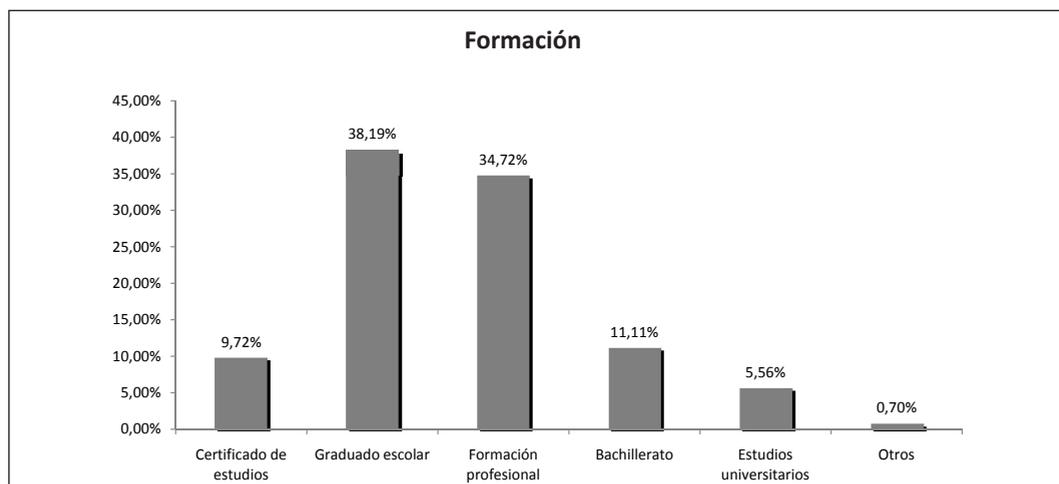
**FIGURA 9.** Distribución de los trabajadores según el número de familiares a su cargo que no tienen relación con los hijos.



#### 4.2.3.6. Formación

Un 9,72% de los trabajadores ha obtenido el certificado de estudios; un 38,19% el graduado escolar; un 34,72% formación profesional; un 11,11% el bachillerato; un 5,56% estudios universitarios, y solamente un 0,70% otros estudios que no se pueden clasificar.

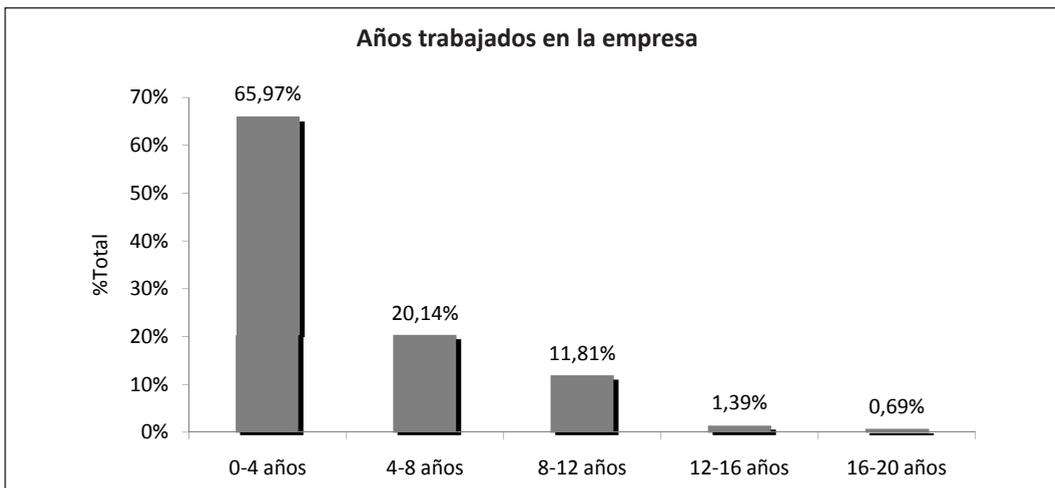
**FIGURA 10.** Distribución de los trabajadores según su formación.



#### 4.2.3.7. Tiempo que llevan trabajando en años

Un 65,97% de los trabajadores llevan menos de 4 años trabajando para la empresa; un 20,14% entre 4 y 8 años; un 11,81% entre 8 y 12 años; un 1,39% entre 12 y 16, y por último un 0,69% entre 16 y 20 años.

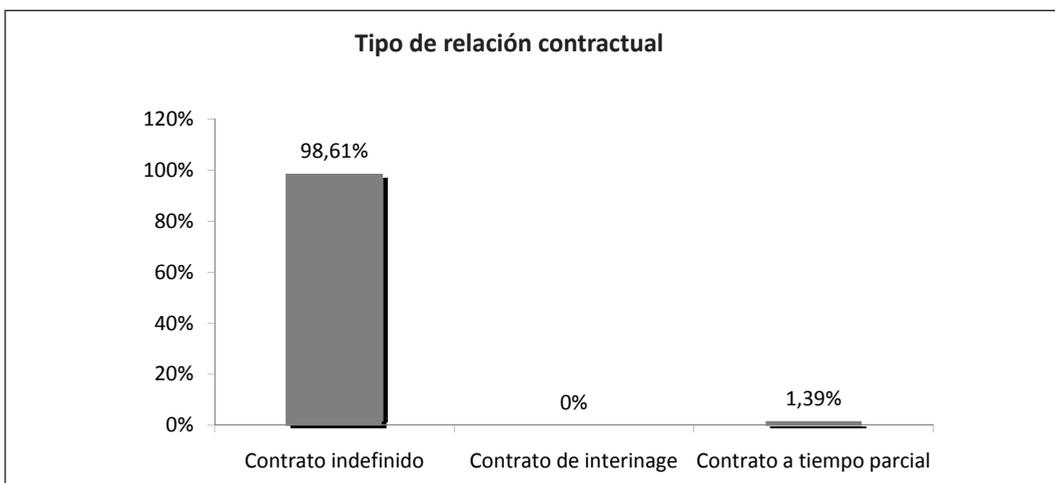
**FIGURA 11.** *Distribución de los años trabajados en la empresa.*



#### 4.2.3.8. Tipo de contrato

Un 98,61% de los trabajadores tiene un contrato indefinido en la empresa. El resto, un 1,39%, tiene un contrato a tiempo parcial.

**FIGURA 12.** *Distribución de la relación contractual.*



### 4.3. Instrumentos

#### 4.3.1. Escala WPS-16

Escala que sirve para medir el clima laboral. Consta de 16 ítems para medir 3 factores:

- (CT) Contenido y autonomía del puesto de trabajo.
  - Percepción de su trabajo: percepción positiva o negativa de las tareas de su trabajo.
  - Percepción de su organización: percepción positiva o negativa de las posibilidades de organizar su trabajo.
- (RP) Satisfacción con las relaciones interpersonales en el trabajo (con superiores y compañeros).
  - Percepción del sentido de su trabajo: valoración positiva o negativa del sentido de su trabajo y las posibilidades de promoción.
  - Percepción de las relaciones con jefes y compañeros: buenas o malas relaciones interpersonales.
- (DR) Definición y localización del rol.
  - Percepción de buena relación, integración al grupo: alta o baja satisfacción con el grupo.
  - Percepción de las expectativas de continuidad y mejora: alta o baja satisfacción con el puesto que ocupa y/o puede ocupar.

#### 4.3.2. Escala MBI

Para evaluar el impacto psicosocial del trabajo que realiza el técnico sanitario se empleó la **escala MBI**. Consta de 15 preguntas para medir 3 factores:

- (A) Agotamiento emocional: situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo.
- (E) Autoeficacia en el trabajo: la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a su habilidad para realizar el trabajo y para relacionarse con las personas a las que atienden.
- (DP) Despersonalización o cinismo: desarrollo de actitudes y sentimientos negativos, como el cinismo, hacia las personas destinatarias del trabajo.

#### 4.3.3. Escala IFD

Escala de impulsividad funcional y disfuncional de 23 ítems para medir dos factores.

- (IF) Impulsividad funcional. Caracterizada por una conducta de toma rápida de decisiones, con un análisis previo de las consecuencias positivas o negativas para el individuo.
- (IFD) Impulsividad disfuncional. Caracterizada por una conducta que no realiza un análisis previo de las consecuencias positivas o negativas. Sencillamente actúa sin pensar.

#### 4.3.4. Escala FFPI (*Five Factors Personality Inventory*)

Escala para medir los rasgos de personalidad. Consta de 100 preguntas y 5 opciones de respuesta que miden 5 factores de personalidad.

Se basa en la adaptación al español de la versión original propuesta por HENDRIKS et. ál. (1999). Esta adaptación se publicó en RODRÍGUEZ et. ál. (2001).

Los cinco factores son, colectivamente, una taxonomía de rasgos de personalidad descubiertos a través de un procedimiento estadístico denominado análisis de factores que se utilizó para analizar cómo diferentes rasgos de personalidad en los seres humanos están correlacionados.

Cada rasgo estaría presente en cada persona en una medida continua que va desde su afirmación plena en un extremo hasta su término opuesto en el otro.

Estos cinco factores son los siguientes, con sus respectivas graduaciones:

- Extraversión: retraído – sociable, silencioso – hablador, inhibido – espontáneo.
- Afabilidad: irritable – amable, despiadado – bondadoso, egoísta – desprendido.
- Responsabilidad: descuidado – prudente, irresponsable – fiable, negligente – concienzudo.
- Estabilidad emocional: calmado – preocupado, duro – vulnerable, seguro – inseguro.
- Autonomía: convencional – original, poco audaz – temerario, conservador – liberal.

## 5. PROCEDIMIENTO

Se realizó una demanda por parte del departamento de recursos humanos de STSGrup para la realización de sesiones de formación a partir del estudio realizado previamente.

También se realizó una demanda de contrastación de las pruebas aplicadas, y ver cuál pudiera ser su utilidad para el proceso de selección y modificar los objetivos de las acciones formativas a partir de los resultados.

Se nos facilitaron los datos de la evaluación previa por parte de la mutua para elaborar el plan de formación y a partir de aquí se realiza un *planning* de trabajo.

Se informó previamente a los trabajadores de que se les pasaría una batería de test para la comparación con los anteriormente pasados para su contrastación y se realizó una demanda de participación voluntaria a los asistentes a las diferentes sesiones formativas.

## 5.1. Fases del trabajo de campo

El trabajo de campo se realiza en cinco fases consecutivas.

### 5.1.0. Fase previa. Batería de test de la mutua

#### 5.1.1. FASE A. Formación

##### **Elaboración del plan de formación**

A partir de la información de la mutua se realiza una reunión con los diferentes componentes del equipo que realiza el proyecto. En esta reunión se busca llegar a un consenso para plantear los objetivos y planificación del curso.

##### **Aprobación del plan de formación**

A partir de la información de la mutua se realiza una reunión con los diferentes componentes del equipo que realiza el proyecto. En esta reunión se busca llegar a un consenso para plantear los objetivos y planificación del curso.

##### **Preparación del material de formación**

Se presentan los objetivos y la planificación a STSGrup y es aceptado para su posterior realización.

##### **Realización del curso**

Se realiza el curso de formación a los diferentes trabajadores de STSAmbulàncies por parte de psicólogos profesionales.

##### **Recogida de expectativas del curso**

Se realiza una entrevista para averiguar las expectativas que tenían antes de la realización del curso.

### 5.1.2. FASE B. Aplicación de la batería de test

Durante las primeras sesiones de aplicación del curso se aplica la batería de test a los empleados de STSAmbulàncies de la siguiente forma: primero se distribuyen en formato de papel a los trabajadores; después se dan las instrucciones verbalmente y se resuelven las dudas que puedan surgir, y rellenan el test.

La aplicación la realiza un/a psicólogo/a profesional bajo el código deontológico y la confidencialidad de datos. El tiempo estimado de aplicación es de 45 minutos.

Se realiza en las primeras sesiones de formación para obtener la evaluación previa que se comparará con los resultados de la del servicio de prevención ajeno de la mutua:

- Grupo pre: se administra a un grupo de 49 empleados.
- Después de la realización del curso en la última sesión se administra la batería de test post a dos grupos:
  - Primer grupo post: se administra la batería de test a 43 empleados.
  - Segundo grupo post: se administra a un grupo distinto en la repetición de la acción formativa a 52 empleados.

Una vez administrada la batería de test se pasó a su corrección y a tipificar las puntuaciones obtenidas según el baremo (véase apartado de los resultados).

#### 5.1.3. FASE C. Entrevista en grupo

Con la posterior realización de la primera evaluación con el WPS-16 se contactó con los asistentes para reunirse por un periodo máximo de 35-40 minutos en grupos de 20 a 26 participantes.

Las cinco reuniones realizadas estaban dirigidas por tres psicólogos profesionales que orientaban la discusión en *focus group* hacia aspectos relacionados con la organización, el contenido del puesto de trabajo, las demandas psicosociales, los valores, motivación y objetivos personales y grupales, etc.

Las reuniones buscaban conocer los aspectos psicosociales positivos que eran trabajados informalmente de forma individual o en grupo y que evitaban la génesis de problemas derivados del estrés.

#### 5.1.4. FASE D. Recogida y análisis de datos

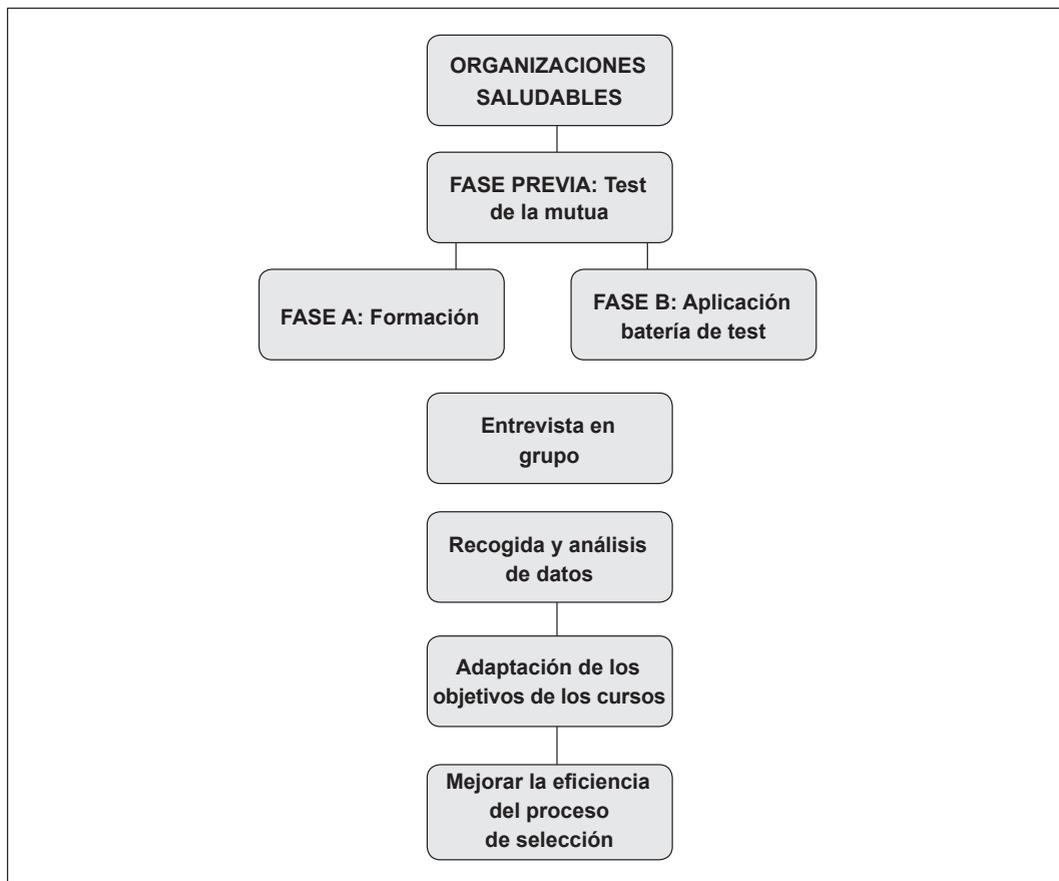
Los datos recogidos fueron introducidos en un fichero elaborado con el programa SPSS.14.

#### 5.1.5. FASE E. Adaptación de los objetivos de los cursos

A partir de los resultados del apartado anterior, contrastación con los de la primera evaluación para adaptar los objetivos a los nuevos resultados.

#### 5.1.6. FASE F. Mejorar la eficiencia del proceso de selección

A partir de los resultados de la batería de test, se eligen una serie de pruebas (ya aplicadas en la fase de evaluación) que sean adecuadas para aplicar en el proceso de selección para mejorar la eficiencia del proceso de selección en la evaluación de las diferencias individuales que afectan sobre la calidad y salud.

**FIGURA 13.** *Fases del trabajo de campo.*

## TERCERA PARTE

### 6. RESULTADOS

#### 6.1. Resultados de la batería de test previa

##### 6.1.1. WPS - 16

##### 6.1.1.1. Factor I: contenido y autonomía del puesto de trabajo (CT)

Consideramos valores bajos los que se encuentran por debajo de una puntuación de 7,67 y valores altos los que sobrepasan la puntuación de 14,33. La media de las puntuaciones en la población es de 8,14.

De un total de 49 sujetos de la fase previa se obtuvieron los siguientes resultados:

- El 22,45% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 7,67.
- El 46,90% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 9,90.
- El 95,92% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 14,33.
- El 4,08% de los sujetos obtiene puntuaciones iguales o superiores a 14,33.

La distribución de esta variable nos indica que el 48,98% de los trabajadores no realiza una valoración positiva de la autonomía del puesto de trabajo y de los estresores que van asociados.

#### 6.1.1.2. Factor II: satisfacción con las relaciones interpersonales en el trabajo (con superiores y compañeros) (RP)

Consideramos valores bajos de satisfacción los que se encuentran por encima de una puntuación de 22,68 y valores altos los que son inferiores a la puntuación de 3,24. La media de las puntuaciones en la población es de 9,05.

De un total de 49 sujetos de la fase previa se obtuvieron los siguientes resultados:

- El 0% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 3,24.
- El 32,70% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 16,25.
- El 100% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 22,68.
- El 0% de los sujetos obtiene puntuaciones iguales o superiores a 22,68.

La distribución de esta variable nos indica que el 100% de los trabajadores considera que las relaciones personales con los compañeros de trabajo son satisfactorias.

#### 6.1.1.3. Factor III: definición y localización del rol (DR)

Consideramos valores bajos los que se encuentran por debajo de una puntuación de 2,62 y valores altos los que son superiores a la puntuación de 18,34. La media de las puntuaciones en la población es de 14,83.

De un total de 49 sujetos de la fase previa se obtuvieron los siguientes resultados:

- El 0% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 2,62.
- El 17% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 14,83.
- El 36% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 18,34.
- El 13% de los sujetos obtiene puntuaciones iguales o superiores a 18,34.

La distribución de esta variable nos indica que el 83% de los trabajadores realiza una evaluación alta del compromiso con el trabajo. Conocen el proceso de relación, promoción y toma de decisiones en la organización.

### 6.1.2. IFD

#### 6.1.2.1. Impulsividad funcional

La puntuación media de la muestra es de 6,51 mientras que el baremo de referencia es de 5,5.

De un total de 49 sujetos de la fase previa se obtuvieron los siguientes resultados:

- El 6,12% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 3.
- El 36,73% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 6.
- El 73,47% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 9.
- El 26,53% de los sujetos obtiene puntuaciones iguales o superiores a 9.

A partir de la distribución de las puntuaciones de esta variable observamos que la mayoría de los sujetos se sitúa por encima de la media en la variable de impulsividad funcional.

#### 6.1.2.2. Impulsividad disfuncional

La puntuación media de la muestra es de 2,49 mientras que el baremo de referencia es de 2,98.

De un total de 49 sujetos de la fase previa se obtuvieron los siguientes resultados:

- El 32,65% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 2.
- El 63,26% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 3.
- El 95,91% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 7.
- El 100% obtiene puntuaciones inferiores a 10.

A partir de la distribución de las puntuaciones de esta variable observamos que el 88% de los sujetos se sitúa por debajo de la media de la variable de impulsividad disfuncional.

No difieren los resultados de este estudio previo con los resultados obtenidos por el servicio de prevención ajeno de la mutua. No se pueden expresar los datos por la Ley de Protección de Datos.

## 6.2. Plan de formación

- Antes de explicar la planificación de la formación, mencionar las expectativas que tenían los empleados de esta acción formativa.

- Resolver situaciones difíciles (no perder los nervios).
- Prestar el mejor servicio posible.
- Valorar la gravedad de la situación.
- Ampliar conocimientos para tratar a la gente.
- Compañerismo con la gente con la que se trabaja cada día.
- Desconexión del trabajo en casa.
- Estrategias de autoprotección personal.
- Relación con otros cuerpos que trabajan con urgencias.
- Técnicas para abordar pacientes con trastornos (conocer el trastorno, asistencia y protocolo).
- Técnicas para el manejo de pacientes como primera asistencia.
- Controlar el estrés.
- Técnicas de relajación.
- Controlar situaciones de nerviosismo por parte de la familia.
- Seguridad en la forma de actuar delante de un paciente alterado.

En la intervención se aplicaron dos acciones formativas:

### 6.2.1. Sesiones de preparación psicológica

Su objetivo era dar respuesta a las dudas más frecuentes de los técnicos sanitarios a la hora de realizar sus servicios, respecto a lo relacionado con la psicología de las personas.

A nivel de acción formativa, se trataba de facilitar un espacio de intercambio entre los profesionales sanitarios y los psicólogos para la solución de dudas. Paralelamente se proporcionaban herramientas para la autogestión del estrés generado por la tarea con alta carga emocional que realiza el técnico.

Se planteaban situaciones prácticas para el entrenamiento en situaciones de crisis o conflictivas orientadas a la resolución efectiva y a la realización eficiente de un trabajo de calidad.

Finalmente se identificó y potenció la red de apoyo entre los técnicos sanitarios para que fuera más allá de la estrecha relación con el compañero/a de trabajo.

Aspectos psicológicos del trabajo asistencial:

- Definición del estrés.
- Factores generadores del estrés en general.

- Factor estresante en el medio laboral.
- Afrontamiento del estrés.
- Técnicas para reducir el estrés.
- Las habilidades sociales reductoras del estrés
- Trabajo en equipo.

Aspectos psicológicos del trabajo en crisis y emergencias:

- Conceptos.
- Atención psicológica al personal de emergencia.
- Prevención en este personal (antes, durante y después del incidente).
- Técnicas de intervención psicológica.
- Información y emergencias.
- Comunicación.

#### 6.2.2. *Sesiones de formación para la atención al usuario*

Proporcionar herramientas para la atención psicológica tanto a víctimas primarias, usuarios, como terciarias, técnicos intervinientes. Detectar y dar respuesta adecuada a las necesidades de los diferentes tipos de víctimas.

Proporcionar herramientas para el autoconocimiento del técnico sobre sus capacidades, necesidades y limitaciones ante situaciones límite; potenciar el uso de herramientas propias y del grupo de trabajo para la gestión de posibles dificultades generadas en situaciones post emergencia.

En función de la dinámica de dichas sesiones, y si alguno de los participantes así lo solicitara, se podría llevar a cabo algún punto específico del programa de manera individual según sus necesidades. Se potenció que los participantes planteasen sus dudas o aspectos de interés. Éstos sirvieron para modular las acciones formativas con las/los psicólogas/os.

Curso de atención al usuario:

- La calidad de los servicios.
- Tipología de clientes.
- Psicología del cliente.
- Técnicas de comunicación.
- Cómo atender a los clientes.
- Atención personalizada.

### 6.3. Resultados de la batería de test posterior a la formación

#### 6.3.1. WPS - 16

##### 6.3.1.1. Factor I: contenido y autonomía del puesto de trabajo (CT)

Consideramos valores bajos los que se encuentran por debajo de una puntuación de 7,67 y valores altos los que sobrepasan la puntuación de 14,33. La media de las puntuaciones en la población es de 8,14.

De un total de 95 sujetos se obtuvieron los siguientes resultados:

- El 17,89% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 7,67.
- El 28,42% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 8,14.
- El 94,74% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 14,33.
- El 5,26% de los sujetos obtiene puntuaciones iguales o superiores a 14,33.

La distribución de esta variable nos indica que el 46,31% de los trabajadores no realiza una valoración positiva de la autonomía del puesto de trabajo y de los estresores que van asociados.

##### 6.3.1.2. Factor II: satisfacción con las relaciones interpersonales en el trabajo (con superiores y compañeros) (RP)

Consideramos valores altos de satisfacción los que se encuentran por encima de una puntuación de 22,68 y valores bajos los que son inferiores a la puntuación de 3,24. La media de las puntuaciones en la población es de 9,05.

De un total de 95 sujetos se obtuvieron los siguientes resultados:

- El 0% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 3,24.
- El 0% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 9,05.
- El 100% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 22,68.
- El 0% de los sujetos obtiene puntuaciones iguales o superiores a 22,68.

La distribución de esta variable nos indica que el 100% de los trabajadores considera que las relaciones personales con los compañeros de trabajo son satisfactorias.

##### 6.3.1.3. Factor III: definición y localización del rol (DR)

Consideramos valores bajos los que se encuentran por debajo de una puntuación de 2,62 y valores altos los que son superiores a la puntuación de 18,34. La media de las puntuaciones en la población es de 14,83.

De un total de 95 sujetos se obtuvieron los siguientes resultados:

- El 0% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 2,62.
- El 33% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 14,83.
- El 68% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 18,34.
- El 27% de los sujetos obtiene puntuaciones iguales o superiores a 18,34.

La distribución de esta variable nos indica que el 95% de los trabajadores realiza una evaluación alta del compromiso con el trabajo. Conocen el proceso de relación, promoción y toma de decisiones en la organización.

### 6.3.2. MBI

#### 6.3.2.1. Agotamiento emocional (A)

Consideramos valores bajos las puntuaciones que se encuentran por debajo de la media  $p < 2,5$ .

De un total de 95 sujetos se obtuvieron los siguientes resultados:

- El 94,74% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 2,5.
- El 100% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 5.

La distribución de esta variable nos indica que el 94,74% de los trabajadores tiene niveles bajos de agotamiento emocional.

#### 6.3.2.2. Autoeficacia en el trabajo (E)

Consideramos valores bajos las puntuaciones que se encuentran por debajo de la media  $p < 2$ .

De un total de 95 sujetos se obtuvieron los siguientes resultados:

- El 91,58% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 2.
- El 100% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 4.

Las puntuaciones por debajo de la media nos indican una falta de valoración del trabajo que realizan, de refuerzo por parte de la empresa de lo que hacen y problemas de integración personal en la organización (socialización laboral).

#### 6.3.2.3. Despersonalización o cinismo (DP)

Consideramos valores bajos las puntuaciones que se encuentran por debajo de la media  $p < 3$ .

De un total de 95 sujetos se obtuvieron los siguientes resultados:

- El 4,2% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 3.
- El 100% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 6.

Las puntuaciones por encima de la media nos indican que existen sujetos que ponen en duda la utilidad de su trabajo.

### 6.3.3. IFD

#### 6.3.3.1. Impulsividad funcional

La puntuación media de la muestra es de 5,3 mientras que el baremo de referencia es de 5,5.

De un total de 95 sujetos de la fase previa se obtuvieron los siguientes resultados:

- El 10,59% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 3.
- El 51,76% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 6.
- El 92,94% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 9.
- El 100% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 10.

A partir de la distribución de las puntuaciones de esta variable observamos que la mayoría de los sujetos se sitúa en la media en la variable de impulsividad funcional.

#### 6.3.3.2. Impulsividad disfuncional

La puntuación media de la muestra es de 2,5 mientras que el baremo de referencia es de 2,98.

De un total de 95 sujetos de la fase previa se obtuvieron los siguientes resultados:

- El 40% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 2.
- El 61,18% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 3.
- El 92,94% de los sujetos obtiene puntuaciones inferiores a 7.
- El 100% obtiene puntuaciones inferiores a 10.

A partir de la distribución de las puntuaciones de esta variable observamos que la mayoría de los sujetos se sitúa por debajo de la media de la variable de impulsividad disfuncional.

#### 6.3.4. FFPI

Consideramos valores bajos los que se encuentran por debajo de la puntuación de 20 y valores altos los que sobrepasan la puntuación de 80.

##### 6.3.4.1. Extraversión

La puntuación media de la muestra es de 48,44 mientras que la del baremo de referencia es de 47,12.

Los baremos indican que puntuaciones entre 0 y 20 serían puntuaciones de sujetos introvertido, y las puntuaciones entre 80 y 100 de personas extravertidas.

- El 0% obtiene puntuaciones inferiores a 20.
- El 44,68% obtiene puntuaciones inferiores a 48.
- El 77,66% obtiene puntuaciones inferiores a 55.
- El 100% obtiene puntuaciones inferiores o iguales a 63.

La distribución de esta variable se encuentra en la media normativa.

##### 6.3.4.2. Afabilidad

La puntuación media de la muestra es de 49,04 mientras que la del baremo de referencia es de 51,77.

Los baremos indican que puntuaciones entre 0 y 20 serían puntuaciones de sujetos poco afables y las puntuaciones entre 80 y 100 de personas afables.

- El 0% obtiene puntuaciones inferiores a 20.
- El 19,14% obtiene puntuaciones inferiores a 40.
- El 84,04% obtiene puntuaciones inferiores a 60.
- El 100% obtiene puntuaciones inferiores o iguales a 69.

La distribución de esta variable se encuentra en la media normativa.

##### 6.3.4.3. Responsabilidad

La puntuación media de la muestra es de 55,85 mientras que el baremo de referencia es de 70,89.

Los baremos indican que puntuaciones entre 0 y 20 serían puntuaciones de sujetos poco escrupulosos y las puntuaciones entre 80 y 100 serían de personas escrupulosas.

- El 0% obtiene puntuaciones inferiores a 20.
- El 23,40% obtiene puntuaciones inferiores a 50.
- El 68,09% obtiene puntuaciones inferiores a 60.
- El 100% obtiene puntuaciones inferiores o iguales a 74.

Puntuaciones medias ligeramente más bajas que las puntuaciones de referencia.

#### 6.3.4.4. Estabilidad emocional

La puntuación media de la muestra es de 58,79 mientras que el baremo de referencia es de 71,35.

Los baremos indican que puntuaciones entre 0 y 20 serían puntuaciones de sujetos estables emocionalmente y las puntuaciones entre 80 y 100 serían de personas emocionalmente poco estables.

- El 0% obtiene puntuaciones inferiores a 20.
- El 25,53% obtiene puntuaciones inferiores a 55.
- El 54,26% obtiene puntuaciones inferiores a 60.
- El 100% obtiene puntuaciones inferiores o iguales a 70.

Puntuaciones medias ligeramente más bajas que las puntuaciones de referencia.

#### 6.3.4.5. Autonomía

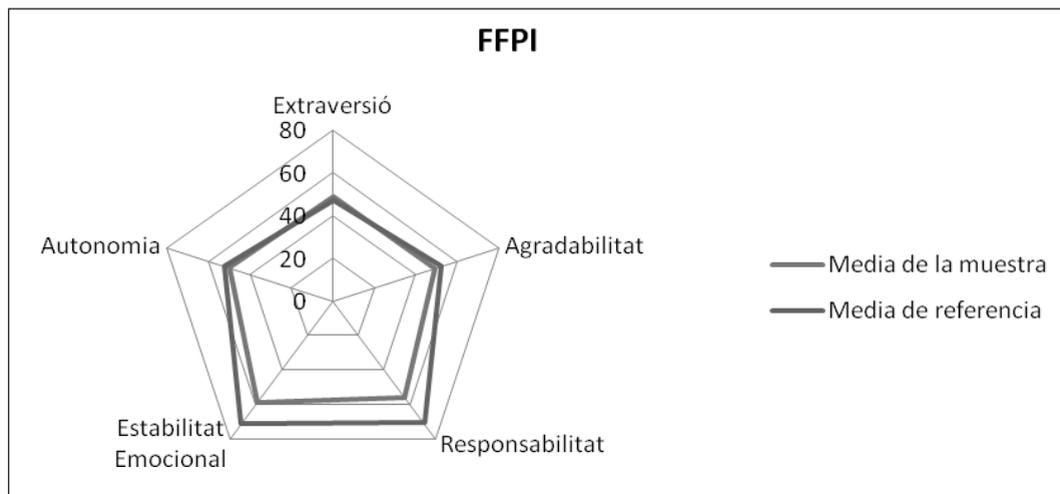
La puntuación media de la muestra es de 49,95 mientras que el baremo de referencia es de 52,28.

Los baremos indican que puntuaciones entre 0 y 20 serían puntuaciones de sujetos poco autónomos y las puntuaciones entre 80 y 100 serían de personas autónomas.

- El 0% obtiene puntuaciones inferiores a 20.
- El 53,19% obtiene puntuaciones inferiores a 50.
- El 77,66% obtiene puntuaciones inferiores a 55.
- El 100% obtiene puntuaciones inferiores o iguales a 73.

La distribución de esta variable se encuentra en la media normativa.

**FIGURA 14.** FFPI: comparación de las puntuaciones entre la media de la muestra y la media de referencia.



## 6.4. Información de la entrevista en grupo

### 6.4.1. Indicadores referidos a la organización

Los empleados se quejan por la organización del sistema de turnos y de las estrictas normas que los rigen. La excesiva presión temporal, necesidad de autogestión del mismo, es un problema de salud reconocido por la mayoría de empleados.

Hablan de falta de consideración por parte de profesionales de los centros de coordinación. También existe consenso cuando se provoca una situación de conflicto: manifiestan temor a ser sancionados ya que entienden no se escucha su opinión.

Consideran que no tienen material necesario en las ambulancias, sobre todo en transporte no urgente, entendiéndolo todo como una falta de coordinación que perjudica la calidad del servicio.

Los participantes que han estado previamente en otras empresas de ambulancias son los que mayoritariamente valoran la actual empresa; entre los que han entrado a trabajar directamente hay más diferencias en este sentido, al igual que las hay en ese factor en función de las variables de edad cronológica y tiempo experiencia.

### 6.4.2. Indicadores referidos al puesto de trabajo

Los sentimientos de impotencia ante la gestión de las quejas les hacen dudar acerca de cuál debe ser su rol, en cualquier momento y ante cualquier discrepancia, sin que tengan una

persona de referencia o sin que esta persona tenga capacidad de respuesta satisfactoria para sus intereses.

Desconocen las patologías que transportan basándose en el secreto de la historia clínica pero entendiendo que puede ser perjudicial o peligroso para su salud. Hay riesgo de ser agredido física y verbalmente.

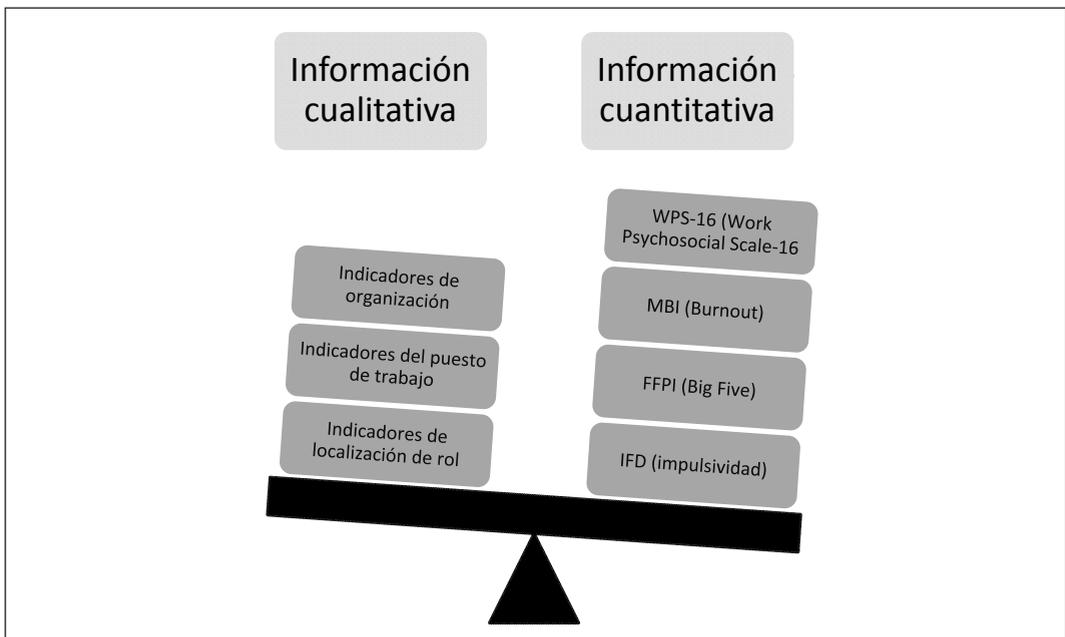
Falta de un protocolo de intervención en casos conflictivos, como puede ser ante usuarios agresivos y/o psiquiátricos. Dicen depender en muchas ocasiones de la buena voluntad de la policía para que intervengan en primer lugar o para que les acompañen durante el trayecto. Algunos refieren agresiones físicas y situaciones de conflicto por la pasividad o la tardanza de las fuerzas de seguridad.

#### 6.4.3. Indicadores referidos al nivel de localización de roles

No parecen tener claro o conocer el papel de los diferentes intervinientes en las diferentes situaciones (localización de rol). Su rol depende más de su experiencia previa en situaciones anteriores que de su conocimiento técnico. Las «bases» más pequeñas tienden a tener grupos sociales más fluidos, mientras que las grandes tienden a presentar díadas.

Algunos empleados poseen el rol de «espíritu de ángel salvador», por lo que les cuesta entender y mantener una actitud positiva ante servicios que entienden que no responden a su «misión».

**FIGURA 15.** Valor de la información que recogemos con el programa de organizaciones saludables.



## CUARTA PARTE

### 7. CONCLUSIONES

Partiendo de la base de que no existen diferencias significativas en nuestro estudio entre los técnicos de transporte sanitario urgente y no urgente, podemos extraer la siguiente serie de conclusiones:

A partir del plan de formación realizado se ha podido observar que en contenido y autonomía del puesto de trabajo (CT) WPS-16, las puntuaciones medias obtenidas reflejan un aumento sobre la puntuación media obtenida en la evaluación previa.

En la variable definición y localización del rol (DR) se produce un ligero descenso en las puntuaciones con respecto a la evaluación inicial. Parece ser que las acciones formativas les han hecho tomar conciencia del sentido de su trabajo para la sociedad, a pesar de ello tienen identificado y definido su rol profesional.

Los técnicos de transporte sanitario que han participado en el programa valoran positivamente la forma de organizar y realizar el trabajo y las relaciones interpersonales que derivan de su trabajo; se sienten integrados en el grupo de trabajo, con buenas relaciones con los compañeros y se preocupan por sus problemas.

Paralelamente, relacionan la formación con la mejora de su rendimiento y de la calidad de los servicios que ofrecen.

El programa ha sido útil para reconsiderar que su trabajo tiene sentido para la sociedad, reconocido y con expectativas de mantenimiento y promoción; tienen identificado y definido su rol profesional.

Suponemos que los niveles bajos de agotamiento emocional se relacionan con la vocación hacia su empleo y el desarrollo de estrategias para anteponer vocación al agotamiento emocional.

De la totalidad de los participantes, hasta el momento, se detectan más díadas que grupos, lo que puede traducirse en problemas si hubiera algún cambio en el funcionamiento de la misma. No se da un soporte grupal estructurado.

A parte de los resultados anteriores, gracias a las pruebas que hemos utilizado para encontrar las diferencias individuales se puede describir el perfil de trabajador que encontramos en «Ambulancias» y a partir de aquí utilizar las pruebas psicotécnicas para futuros procesos de selección.

El perfil del trabajador que encontramos obtiene los siguientes resultados:

- Puntuaciones por encima de la media en impulsividad funcional (IFD).
- Puntuaciones medias en las variables de extraversión, afabilidad y autonomía y puntuaciones ligeramente por debajo de la media en las variables de estabilidad emocional y auto-

mía. La variable ligeramente por debajo de la media en autonomía nos puede indicar que en muchas ocasiones dependen en casos conflictivos de la buena voluntad de la policía y no de un protocolo de intervención.

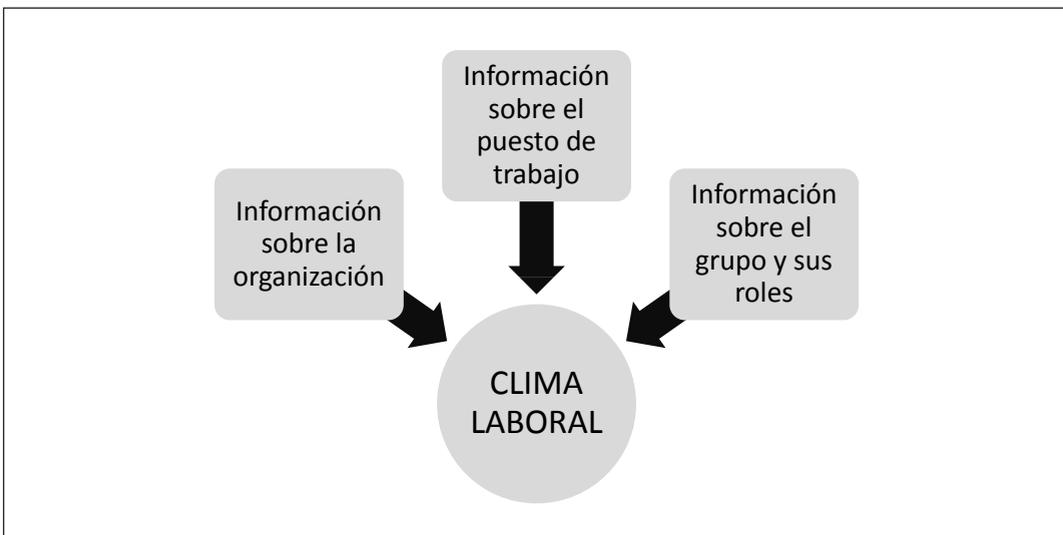
A parte de esto, se realizaron modificaciones en el programa de formación. Los aspectos de mejora que se incorporaron fueron los siguientes:

- Dirección y gestión de grupos y equipos de trabajo.
- *Focus grup* de seguimiento y mejora.
- Negociación y conducta asertiva.

Incorporación de la figura del psicoterapeuta en la empresa (*coach in company*) quien en colaboración con el Departamento de Psicología de la FURV desarrolla un programa de humanización para STSgrup. Los objetivos que se pretenden: 1) neutralizar los puntos mas conflictivos de la organización y de las personas que la componen y 2) formar a un equipo de «personas al servicio de las personas», formado psicológica y emocionalmente para poder afrontar los retos que la sociedad actual demanda a la vez que se desarrolla personal y profesionalmente.

Con los objetivos de mejora sobre:

**FIGURA 16.** Información para la mejora del clima laboral y para conseguir una organización más saludable.



# Bibliografía

- BARRETT, J. [1970]: *Individual goals and organizational objectives: A study of integration mechanisms*. Ann Arbor, Michigan: Center for Research on Utilization of Scientific Knowledge.
- COX, T. y COX, S. [1992]: *Occupational health: past, present and future*. *Work & Stress*, 6, 99-102.
- CRESSEY, P., BOLLE DE BAL, M. y TREU, T. [1988]: *Análisis de la participación*. Luxemburgo: Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y trabajo.
- FERRATER MORA, J. [1984]: *Diccionario de filosofía*. Madrid: Alianza.
- GRIGGS, L.B. [1995]: «Valuing diversity: where from... where to?» en L.B. GRIGGS y L.L. LOUW (eds.), *Valuing diversity: new tools for a new reality*, págs. 1-14, Nueva York: McGraw Hill.
- HERZBERG, F. [1966]: *Work and the nature of man*. Cleveland: World Publishing.
- HUSENMAN, R., HATFIELD, J. y MILES, E. [1987]: «A new perspective on equity theory: the equity sensitivity construct». *Academy of Management Review*, 12, págs. 222-234.
- IVANCEVICH, J.M. [2005]: *Administración de Recursos Humanos*. México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- JAHODA, M. [1958]: *Current concepts of positive mental health*. Nueva York: Basic Books.
- [1982]: *Employment and unemployment. A social-psychological analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- LAWLER, E.E. [1982]: «Increasing worker involvement to enhance organizational effectiveness», en P. GOODMAN and Associates (eds.), *Change in Organizations*, págs. 280-315, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- LAWLER, E.E. y MOHRMAN, S.A. [1989]: «Tras la moda de los círculos de calidad». *Harvard-Deusto Business Review*, 4, págs. 15-26.
- MURPHY, L.R. [1999]: «Organizaciones laborales saludables: agenda de investigación». *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 15 (2), págs. 223-235.
- NAISBIT, J. [1984]: *Megatrends: ten new directions transform our lives*. Nueva York: Warner.
- NEWELL, S. [2002]: *Creando organizaciones saludables. Bienestar, diversidad y ética en el trabajo*. Madrid: Thomson Paraninfo.
- PFEIFFER, G. J. [1987]: «Corporate health can improve if firms take organizational approach». *Occupational Health & Safety*, October, págs. 96-99.
- SOLANES, A. [2006]: «Gestión positiva de conflictos», en C. VAN-DER HOFSTADT y J. M. GÓMEZ (coords.), *Competencias y habilidades profesionales para universitarios*, págs. 433-464, Madrid: Díaz de Santos.
- WALL, T.D. y LISCHERON, J.A. [1977]: *Worker participation: a critique of the literature and some fresh evidence*. Nueva York: McGraw-Hill.
- WARR, P. [1987]: *Work, unemployment and mental health*. Oxford: Oxford University Press.