



Trabajo Final para obtener el Grado de Magíster

**IMPLEMENTACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN
EN RIESGOS PSICOSOCIALES LABORALES EN
UN HOSPITAL DE LA V REGIÓN**

Miguel Ángel Muñoz Harrison

Profesor Guía: Viviana Rodríguez Díaz

2018

Magíster en Psicología del Trabajo y las Organizaciones
Escuela de Psicología.
Universidad de Valparaíso

Índice

I

I. Introducción.....	1
I.1. Factores psicosociales en el trabajo	2
I.2. Abordaje de los Riesgos psicosociales en el trabajo en Chile	4
I.3. Modelo demanda-recursos laborales	8
I.4. Intervención organizacional: Contexto, mecanismos y resultados.....	11
I.5. Pregunta de investigación.....	15
I.6. Objetivo general	16
I.7. Objetivos específicos	16
I.8. Hipótesis	17
II. Método	17
II.1. Tipo y diseño de estudio.....	17
II.2. Participantes	17
II.3. Técnicas de recolección de la información	19
II.4. Análisis de datos.....	24
II.5. Procedimiento.....	25
III. Resultados.....	32
III.1. Batería de instrumentos proyecto FONDECYT N°11160583	32
III.2. Grupo focal	39
III.3. Evaluación de conocimientos	47
III.4. Encuesta de satisfacción	48
III.5. Escala de Capital psicológico	49

	II
IV. Discusión	50
V. Conclusiones	54
VI. Sugerencias	56
VII. Referencias	58
VIII. Anexos	65

Dedicatoria

A mis padres y hermanos, que a lo largo de la vida me han cultivado la importancia del esfuerzo y a actuar éticamente.

Agradecimientos

El presente documento da cuenta de un proceso de aprendizaje a nivel profesional y personal que ha tenido lugar durante los últimos dos años y medio. En este proceso han participado personas sumamente valiosas y comprometidas con la promoción del bienestar laboral en el país.

El equipo directivo del establecimiento hospitalario en el cual se realizó el presente estudio, así como el equipo de la Dirección del Servicio de Salud al cual éste pertenece, fueron fundamentales para llevar a cabo las distintas acciones que se ejecutaron en la unidad de “Urgencias”.

La participación de los trabajadores de la unidad de “Urgencias” mostró la dedicación con la cual se brinda un servicio tan relevante como es el cuidado de las personas, así como el compromiso de los participantes del programa de formación en asumir un nuevo desafío.

Los aportes conceptuales y logísticos entregados por el equipo de la Gerencia de Cuidado y Desarrollo del Instituto de Seguridad del Trabajo fueron claves para el desarrollo de las acciones que se implementaron en el presente estudio.

Finalmente, agradezco el acompañamiento entregado por la profesora Viviana Rodríguez durante el desarrollo del presente estudio, el cual no solo consistió en facilitar los resultados obtenidos por la unidad de “Urgencias”, sino también en entregar un enfoque riguroso y humano en el actuar de la disciplina de la Psicología de la Salud Ocupacional.

Resumen

El sector económico de “Salud” es uno de los que posee mayor exposición a riesgos psicosociales en el trabajo, así como evidencia los indicadores de ausentismo laboral más elevados del país.

A la fecha, en Chile, no se reportan investigaciones que den cuenta de cómo intervenir los riesgos psicosociales en el trabajo acorde al contexto del rubro de la “Salud”. El presente estudio tiene por objetivo diseñar, implementar y evaluar la efectividad de un programa de intervención en la unidad de “Urgencias” de un establecimiento hospitalario ubicado en la Región de Valparaíso, para lo cual se consideró como fundamento teórico el modelo “Demandas- Recursos Laborales” de Bakker y Demerouti (2002) y el modelo “Contexto, mecanismos y resultados” de Nielsen y Randall (2013).

El diagnóstico se efectuó por medio de técnicas de recolección cuantitativas y cualitativas, identificándose “la relación con el usuario” como principal problemática de la unidad. En base a ello, se diseñó como propuesta de intervención un “Protocolo de cuidado organizacional”, realizándose como primera acción un programa de formación de monitores de cuidado organizacional. Esto, con el objetivo de facilitar instancias de descompresión emocional en los trabajadores de la unidad que han vivenciado un evento de alta complejidad.

El programa de formación de monitores contempló la evaluación pre y post intervención de los asistentes, por medio de la escala de “Capital psicológico” (Luthans, Avolio, Avey & Norman, 2007), la evaluación de conocimientos y la satisfacción de los participantes respecto a la actividad. Los principales resultados obtenidos consistieron en un leve aumento en las 4 dimensiones que componen la escala de “Capital psicológico”, un 98,70% de tasa de respuestas

correctas en la evaluación de contenidos y una puntuación promedio de 6,68 de satisfacción hacia el programa de formación.

El presente estudio da cuenta de la necesidad de realizar evaluaciones de riesgos psicosociales en el trabajo acordes al rubro del que forma parte la institución, permitiendo así desarrollar medidas de mejora coherentes con el contexto organizacional.

Palabras claves: Riesgos psicosociales en el trabajo, salud ocupacional, bienestar laboral, intervención organizacional.

Abstract

The "Health" sector is one of which has the most presence of psychosocial risks at work, as well as reports one of the highest absenteeism indicators in the country.

To date, in Chile, there are no reports about how to intervene psychosocial risks at work regarding to the context of the "Health" sector. The aim of this study was to design, implement and evaluate the effectiveness of an intervention program in the "Emergency" unit of a hospital located in the Region de Valparaíso. Having as a theoretical background the "Job Demands - Resources" model (Bakker & Demerouti, 2002) and the "Context, mechanisms and outcomes" model (Nielsen & Randall, 2013).

The screening was made through quantitative and qualitative techniques, being "the relationship with the patient" the main problem of the unit. An "Organizational Care Policy" was designed as an intervention proposal, in which a training program for organizational care monitors was carried out as the first action. This, with the aim of facilitating instances of emotional relief in the "Emergency" workers who had experienced a highly complex event.

The monitors training program included a pre and post intervention evaluation, through the "Psychological capital questionnaire" (Luthans, Avolio, Avey & Norman, 2007), as well as the evaluation of the learning process and the satisfaction of the participants regarding the program. The main results obtained were a slight increase in the 4 dimensions of the psychological capital questionnaire, as well as a 98.70% of correct responses in the learning evaluation and an average score of 6.68 of satisfaction to the training program.

The study shows the need to carry out an evaluation of the psychosocial risk according to the sector which the institution belongs, thus making the implementation of actions more coherent with the organizational context.

Keywords: Psychosocial risks at work, occupational health, labour wellbeing, organizational intervention.

I. Introducción

La sociedad occidental se ha visto inmersa en un proceso de globalización desde la década de 1950, en la que la incorporación de nuevas tecnologías en los mercados y en la esfera del trabajo ha generado que la economía a nivel mundial se haya desplazado de estar concentrada en actividades primarias y secundarias (agricultura, pesca, manufactura, entre otras) a actividades de carácter terciario (servicios y comercio). Esto, ha implicado un cambio en la naturaleza del trabajo, el cual ha evolucionado de inicialmente ser realizado de forma física, a actualmente poseer un carácter principalmente cognitivo y emocional (Leka & Jain, 2010).

Uno de los impactos que se logra evidenciar del proceso de globalización, tiene relación con el deterioro de la salud mental que ha presentado la población en la presente década. Esto, puesto que acorde a estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 300 millones de personas en el mundo han cursado al menos una vez en sus vidas un cuadro depresivo, posicionando a los trastornos psiquiátricos como la tercera causa de morbilidad a nivel mundial y proyectándose que para el año 2030 ocupen el primer lugar (Organización Mundial de la Salud, 2017).

En Chile, se observa que la incidencia de la salud mental en la sociedad cobra aún mayor relevancia, puesto que de un total de 5.296.866 licencias de carácter común que se tramitaron en el año 2017, la principal causa de éstas corresponde a patologías de salud mental, cursándose 1.189.650 licencias de este tipo, lo que representa un 22,5% del total. Además, se evidencia que los días de reposo en promedio que implica una licencia de salud mental casi duplica al promedio de total de licencias cursadas, ya que las primeras poseen un promedio de 16,1 días de reposo, en tanto que a nivel general es de 8,7 días (Superintendencia de Seguridad Social, 2018a).

En materias de seguridad y salud ocupacional del país, la salud mental también ha ido cobrando cada vez más relevancia, puesto que si bien ha existido una disminución de la tasa de accidentes laborales a nivel nacional, pasando de 205.769 eventos de este tipo en el año 2010 a 164.407 en el 2018, se evidencia un aumento sostenido de las consultas que realizan los trabajadores respecto a enfermedades de salud mental, pasando de ser un 12% del total de consultas por enfermedades profesionales en el año 2015 a un 36% en el 2018. Al mismo tiempo, se observa que los trastornos psiquiátricos representan cada vez un mayor porcentaje de las enfermedades profesionales calificadas como de origen laboral, puesto que en el año 2015 componían el 32% de las calificaciones, en tanto que en el año 2018 correspondieron al 60% (Superintendencia de Seguridad Social, 2019).

Al respecto, en Chile se ha identificado que los principales síntomas ocasionados por el trabajo corresponden a temas de salud mental, puesto que un 30,3% de los trabajadores señalan poseer un estado continuo de cansancio, en tanto que el 21% indica sensaciones de melancolía, tristeza o depresión y pérdida de interés por realizar actividades extralaborales (Dirección del Trabajo de Chile, 2011).

Dado lo anterior, cobra relevancia identificar e intervenir aquellas condiciones laborales que tienen incidencia en afectar el bienestar mental y social del trabajador. Dichas variables son definidas como factores psicosociales en el trabajo (Organización Internacional del Trabajo, 2012).

I.1. Factores psicosociales en el trabajo

Según diversos autores, los factores psicosociales en el trabajo corresponden a condiciones laborales “asociadas al diseño y organización del trabajo, así como el contexto en que se

desarrolla” (Cox, Griffiths & Rial-Gonzalez, 2000a), siendo algunas de éstas las percepciones de justicia organizacional, el liderazgo, el balance esfuerzo-recompensa, altas demandas laborales y bajo control, el sistema de turno y la inseguridad respecto a la estabilidad del empleo (Jimmieson, Tucker & Bordia, 2016).

Esto, ya que los factores psicosociales en el trabajo ocasionan en el corto plazo un estado de alerta en el individuo, permitiéndole adaptarse a los desafíos del contexto laboral. Sin embargo, cuando un lugar de trabajo no ha gestionado sus variables organizacionales, éstas se transforman en riesgos psicosociales, conllevando que la exposición constante a ellos posea el potencial de incidir negativamente en la salud mental del trabajador, como también en su salud física y en los resultados de la organización en la que se desempeña (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2000 y 2012).

Los riesgos psicosociales poseen efectos negativos en distintos ámbitos de la salud física, los cuales se vinculan con incidir en hábitos no compatibles con la salud, tales como tabaquismo, elevados niveles de consumo de alcohol, disminución de la actividad física y salud física empobrecida (Hassard, Teoh, Visockaite, Dewe & Cox, 2018). A la vez, se ha evidenciado que los trabajadores expuestos a riesgos físicos y psicosociales poseen mayor probabilidad de reportar síntomas relacionados a trastornos musculoesqueléticos (Linton, 2000). También, se ha identificado que ambientes de trabajo que poseen elevadas demandas laborales, junto con un desbalance entre esfuerzo y recompensa, aumentan la mortalidad por riesgo cardiovascular en la población (Kivimäki et al., 2002).

Los efectos de los riesgos psicosociales en el trabajo impactan a la vez en indicadores de gestión organizacional tales como: el ausentismo, rotación laboral y años productivos perdidos por incapacidad (Hassard et al, 2018). Esto, debido a los efectos negativos que poseen en el

rendimiento de los trabajadores, ya sea disminuyendo la productividad o incurriendo en errores en el desempeño (Calabrese, 2004), así como en una menor satisfacción y compromiso laboral, mayor resistencia a los cambios organizacionales y a la cohesión de equipos (Quiñones, Tapia & Diaz, 2012). Lo anterior, incide finalmente en intenciones y actos de deserción a la institución (Organización Internacional del Trabajo, 2016).

En virtud de los distintos efectos que poseen los riesgos psicosociales en el trabajo, se han realizado investigaciones en países desarrollados (entre ellos Australia, Estados Unidos de América, Reino Unido y la Unión Europea) para determinar el costo a nivel mundial que esta variable genera en la sociedad. Mediante los resultados obtenidos de dichas investigaciones, se ha podido estimar que los riesgos psicosociales en el trabajo generan pérdidas a nivel de mundial de entre USD\$221,13 a USD\$187 billones. Esto, principalmente por el impacto que implican en la productividad de cada país (entre 70% a 90%), así como por el tratamiento médico que requieren las patologías a las que se asocian los riesgos psicosociales (10% a 30%) (Hassard et al., 2018).

I.2. Abordaje de los Riesgos psicosociales en el trabajo en Chile

Considerando las implicancias que poseen los riesgos psicosociales en el ámbito laboral, es que en el año 2013 el Ministerio de Salud de Chile, a través de la aprobación del “Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo”, ha implementado una política pública que convierte a la evaluación de riesgos psicosociales en una obligación legal para todas las organizaciones del país. En este protocolo se establece como objetivo que todas las instituciones y empresas del país deben “identificar la presencia y nivel de exposición a riesgos psicosociales al interior de una organización” (Ministerio de Salud de Chile, 2017a).

Para cumplir con el objetivo definido por dicho protocolo, éste establece al Cuestionario SUSESO/ISTAS 21 como metodología de evaluación de los riesgos psicosociales en el trabajo, la que define un proceso de 7 etapas para caracterizar y gestionar este tipo de riesgo (Superintendencia de Seguridad Social, 2018b). En ella, se detalla la forma en que cada organización y centro de trabajo evalúa sus riesgos psicosociales, para así diseñar e implementar medidas de mejora en el lugar de trabajo que disminuyan la exposición.

El cuestionario SUSESO/ISTAS 21 (Alvarado et al., 2012), a través de 89 preguntas, evalúa la presencia de los riesgos psicosociales en el trabajo en 5 dimensiones, las que se desglosan en 19 subdimensiones. La forma en que se aglomeran las subdimensiones es de la siguiente forma: la dimensión “Exigencias Psicológicas” se compone de 5 subdimensiones, las cuales corresponden a “Exigencias cuantitativas”, “Exigencias cognitivas”, “Exigencias emocionales”, “Exigencias de esconder emociones”, la segunda dimensión corresponde a “Trabajo activo y desarrollo de habilidades”, compuesta por “Influencia”, “Posibilidades de desarrollo en el trabajo”, “Control sobre el tiempo de trabajo”, “Sentido del trabajo” e “Integración en la empresa”, la dimensión “Apoyo social y calidad del liderazgo”, la que aglomera las subdimensiones “Claridad de rol”, “Conflicto de rol”, “Calidad de liderazgo”, “Calidad de relación con superiores” y “Calidad de la relación con compañeros de trabajo”. La dimensión “Compensaciones” considera las dimensiones “Estima”, “Inseguridad respecto a las características del trabajo” y “Inseguridad respecto al contrato de trabajo” y la dimensión “Doble presencia” contempla la subdimensión “Preocupación por las tareas domésticas”.

En función de la aplicación del cuestionario SUSESO/ISTAS 21 en las distintas organizaciones del país, se observa que los riesgos psicosociales en el trabajo poseen mayor presencia en el sector de “Servicio”, en comparación a los sectores económicos vinculados a

“Industria”. Al respecto, una de las actividades económicas que destaca la presencia de riesgos psicosociales en el trabajo corresponde a “Servicios sociales y salud”, en que el 3,8% de las instituciones de este sector y que han aplicado este cuestionario, poseen un nivel de riesgo “Alto” (Superintendencia de Seguridad Social, 2018c).

Complementario a lo anterior, a través de la “Encuesta Laboral” se identifica que la actividad económica de “Salud” es el tercer sector con mayor presencia de riesgos psicosociales en el trabajo (liderando esta lista los sectores de “Enseñanza” y “Comercio”), ya que el 28,7% de las organizaciones pertenecientes a la “Salud” presentan este tipo de riesgo (Dirección del Trabajo de Chile, 2014).

Esto, ya que las ocupaciones ligadas al rubro de la “Salud” poseen altas demandas psicológicas que surgen del relacionamiento con usuarios externos a la organización, así como el desempeño de labores en sistema de turnos y la exposición constante a eventos críticos (Gil-Monte, 2009).

La ausencia de gestión en riesgos psicosociales en el trabajo pudiese explicar los motivos por los cuales este sector económico posee la segunda tasa de ausentismo más elevada a nivel nacional, en la cual organizaciones de “Salud pública” cuentan con un promedio de 23,7 días de ausencia laboral, en comparación con el promedio nacional de 10,4 días, siendo las principales causas de este indicador en la “Salud pública”: licencias por patologías musculoesqueléticas y de salud mental, ocupando el primer (18,6%) y tercer lugar (14,6%) respectivamente (Cámara de Comercio de Santiago & Inmune, 2018). A la vez, dicha tasa implica para este sector un costo de M\$81.261.771 de pesos relacionados por el pago de licencias médicas y reemplazos asociados (Ministerio de Salud de Chile, 2017b).

Dado dichos antecedentes, es que resulta prioritario desarrollar estrategias de diagnóstico e intervención que permitan eliminar, disminuir o mitigar la presencia de riesgos psicosociales a los cuales los trabajadores del rubro de la salud “Salud” se encuentran expuestos.

Al respecto, el proyecto de investigación FONDECYT N° 11160583: "Factores de Riesgo Psicosocial y Justicia Organizacional como predictores de Salud Mental y Satisfacción Laboral: Un Estudio Longitudinal en Trabajadores Chilenos" incluye un establecimiento perteneciente al rubro de la “Salud” como parte de su muestra. Dicho proyecto de investigación tiene por objetivo incorporar a la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo que se realiza por medio del cuestionario SUSESO/ISTAS 21 versión completa, variables relacionadas a las percepciones de justicia organizacional, el conflicto trabajo – familia /familia - trabajo, las estrategias de afrontamiento, la preocupación mental por el trabajo, la ansiedad rasgo, la satisfacción laboral, los problemas del dormir, el estrés cognitivo y el estrés somático, para así realizar un diagnóstico más exhaustivo de esta materia y orientar a las organizaciones en desarrollar planes de intervención que sean efectivos en promover el bienestar laboral de los trabajadores que la conforman.

El presente estudio toma como antecedentes los resultados obtenidos en la organización perteneciente al rubro “Salud” en la primera aplicación batería de instrumentos FONDECYT N° 11160583, a fin de desarrollar un programa de intervención que permita disminuir los riesgos psicosociales a los cuales los trabajadores de dicha institución se encuentran expuestos.

Para desarrollar el programa de intervención, es que el presente estudio se encuentra basado en modelos teóricos y conceptuales que orientaron las acciones que se ejecutaron. Estos corresponden al modelo de “Demandas-Recursos Laborales” propuesto por Bakker y Demerouti (2002) y al modelo “Contexto, mecanismos y resultados” de Nielsen y Randall (2013).

I.3. Modelo demanda-recursos laborales

Bakker y Demerouti (2002) han desarrollado el modelo “Demandas-Recursos Laborales (D-RL)”, el que permite ampliar la forma de concebir los factores psicosociales en el trabajo, identificando aspectos del trabajo que tienen efectos negativos y positivos en la salud y el bienestar (Quiñones, Tapia & Diaz, 2012).

Según este modelo, las demandas laborales corresponden a “aquellos aspectos físicos, psicológicos, sociales u organizacionales del contexto del trabajo que requieren un constante esfuerzo físico, cognitivo y emocionales y que tienen asociado cierto costo psicosocial y/o psicológico” (Demerouti & Bakker, 2011).

Se consideran como demandas laborales aquellos elementos organizacionales que, al no encontrarse gestionados, ocasionan tensión y malestar en los trabajadores, siendo algunas de estas características, la cultura organizacional, los estilos de liderazgo y comunicación, las características de las tareas y el rol; la estructura organizacional relacionados a presiones verticales (distribución de tareas, mecanismos disciplinarios y oportunidades de desarrollo) y horizontales (conflictos interpersonales); y la naturaleza del trabajo asociada a los sistemas de turno y ritmo de trabajo (Jimmieson, Tucker & Bordia, 2016).

El concepto de demandas laborales puede ser segmentado en dos categorías, por un lado, existirían “demandas desafiantes” y por el otro, “demandas obstaculizadoras” (LePine, Podsakoff & LePine, 2005). Respecto al primer tipo, éstas facilitan el desarrollo profesional y la motivación laboral, ya que surgen cuando un trabajador percibe que en su lugar de trabajo no se encuentra utilizando todo su potencial de capacidades, habilidades y competencias, por lo que incorpora nuevas tareas.

Las “demandas obstaculizadoras” por el contrario, corresponden a aspectos del contexto organizacional que impiden que el trabajador pueda alcanzar los objetivos asociados a sus labores. En ese sentido, se ha identificado que las demandas obstaculizadoras que producen mayor estado de agotamiento e impacto a la salud son la ambigüedad de rol, inseguridad respecto a la estabilidad del empleo y el conflicto de rol (LePine et al., 2005).

En cuanto a los recursos laborales, Demerouti y Bakker (2011) los definen como “aquellos aspectos físicos, psicológicos, sociales u organizacionales que son funcionales en el logro de resultados, reducen las demandas laborales y estimulan el desarrollo y crecimiento personal”. A la vez, los recursos pueden ser categorizados en “estructurales” y “personales”.

Los “recursos estructurales” corresponden a las características del trabajo que fomentan la motivación laboral y que enriquecen las interacciones interpersonales, siendo algunas de ellas la autonomía que se posee para realizar las tareas, la retroalimentación sobre las labores ejecutadas y la relevancia que éstas poseen (Tims, Bakker & Lerks, 2012).

Los “recursos personales” corresponden a los elementos que facilitan la predisposición del individuo para ampliar su repertorio de posibilidades de acción. En base a esto, los principales aspectos de los recursos personales corresponden a las habilidades y disposición para el aprendizaje que posee cada trabajador (Tims, et al., 2012).

El modelo de “Demandas-Recursos Laborales (D-RL)” integra dos áreas de estudios que tradicionalmente han sido abordadas de forma independiente, puesto que no solo busca explicar aquellos elementos que originan los efectos negativos de los factores psicosociales en el trabajo, sino también fomentar la motivación laboral. Al gestionar de esta forma el contexto organizacional, se promueve de manera integral el bienestar laboral.

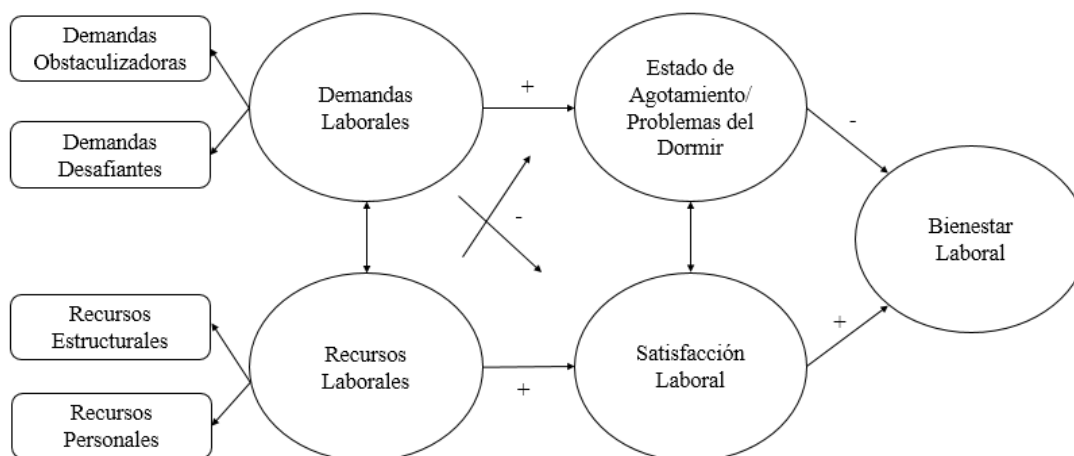


Figura 1: Modelo “Demandas y Recursos Laborales”, Demerouti y Bakker (2011).

Según lo señalado en la Figura 1, se observa que el modelo “Demandas-Recursos Laborales (D-RL)” considera dos grandes principios: i) que cada ocupación cuenta riesgos psicosociales específicos, en el que labores y tareas con una alta demanda crónica disminuyen los recursos físicos y psicológicos y ocasionan un estado de agotamiento y problemas a la salud y ii) asume que el modelo de “Demandas-Recursos Laborales (D-RL)” es un proceso que incide en la motivación laboral, puesto que la existencia de recursos laborales conlleva a altos niveles de compromiso (del inglés, engagement), ya que potencia la motivación intrínseca, fomentando el desarrollo y crecimiento personal y profesional, así como la motivación extrínseca, debido a que los recursos laborales son instrumentales en el cumplimiento de metas laborales (Demerouti & Bakker, 2011).

De manera conjunta, la promoción del bienestar y salud en las organizaciones implica intervenciones sistémicas, integrales y acordes al contexto de la institución (Nielsen, 2017; Leka & Cox, 2010), puesto que los programas de gestión en riesgos psicosociales tienen que considerar la interacción entre los recursos laborales (estructurales y personales), las demandas desafiantes y

las demandas que obstaculizan el desarrollo de las tareas (Moeller, Ivcevic, White, Menges & Brackett, 2018; Tims et al., 2012).

I.4. Intervención organizacional: Contexto, mecanismos y resultados

El desarrollo de acciones planeadas que fortalezcan la salud y el bienestar laboral implica un desafío para las organizaciones, puesto que requiere la identificación de sus fortalezas y debilidades, para así tener conocimiento respecto de aquellos elementos que puedan facilitar o dificultar el éxito de la implementación de un programa de intervención.

La intervención organizacional enmarcada en la gestión de riesgos psicosociales en el trabajo es un proceso de alta complejidad, en la que no basta con identificar las acciones realizadas por una organización para eliminar, disminuir o mitigar sus riesgos psicosociales, sino que resulta necesario comprender aquellos mecanismos y contextos organizacionales que facilitan que dichas acciones se inserten de forma eficiente en el lugar de trabajo (Nielsen, 2017; Nielsen, Randall & Christensen, 2010).

Esto implica, que las organizaciones tienen que ser comprendidas como un proceso continuo de interacción, más que como una variable estática y estable (Nielsen & Randall, 2013). Lo anterior, conlleva a que la concepción de intervención organizacional se desplace desde un enfoque en que la institución pasa de un estado fijo a otro, a uno en que éstas sean entendidas como “un colectivo de intervenciones y actividades de cambio que se encuentran compitiendo e interrelacionado con una serie de eventos” (Nielsen, 2013).

Para lograr identificar aquellos elementos que facilitan que un programa de intervención sea efectivo en una organización, es necesario realizar evaluaciones en cada etapa del proceso,

siguiendo una cadena lógica en que los resultados deseados se construyen de manera progresiva y escalada (Nielsen & Abildgaard, 2013). Al mismo tiempo, para asegurar la validez de la efectividad de las intervenciones, es que éstas deben ser evaluadas en dimensiones tales como: cambios en actitudes, recursos personales, condiciones de trabajo, bienestar, procesos organizacionales y productividad (Nielsen & Abilgaard, 2013). Nielsen y Randall (2013) plantean un modelo para evaluar la efectividad de una intervención organizacional desde un enfoque de “Contexto, mecanismos y resultados”, para así responder a la pregunta “¿qué sirve, para quienes y en qué contexto?”.

Este modelo considera 4 aspectos a considerar al momento de realizar una intervención organizacional: i) definir quiénes serán los actores organizacionales que impulsarán la intervención; ii) identificar los modelos mentales que dichos grupos de interés (stakeholders) poseen respecto al proceso; iii) los factores contextuales generales y discretos y iv) el diseño y proceso de intervención propiamente tal (Nielsen & Randall, 2013).

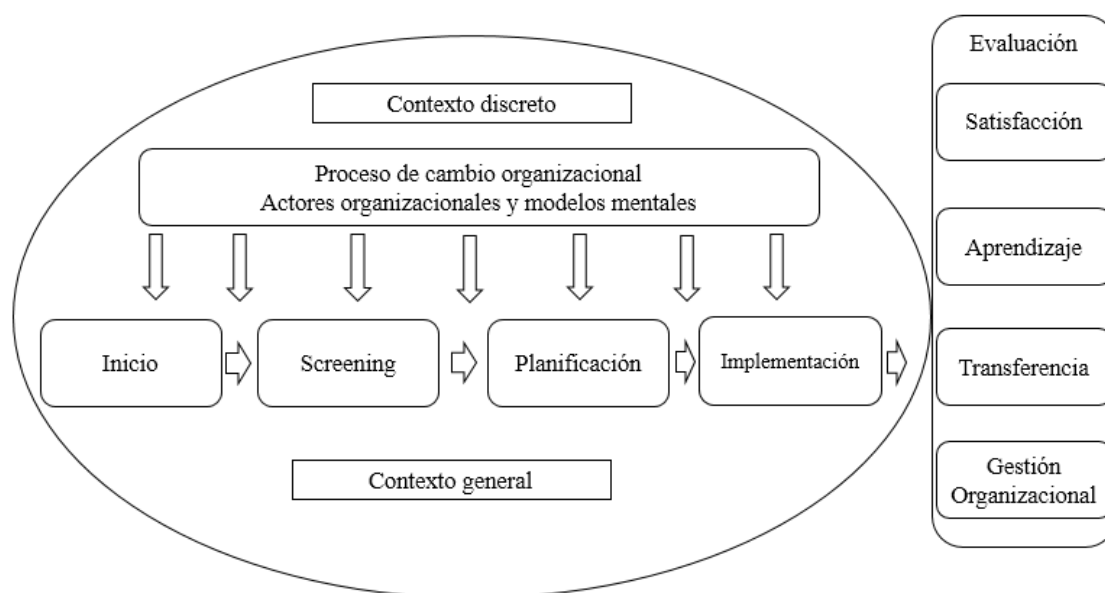


Figura 2: Modelo “Contexto, mecanismos y resultados” de Nielsen y Randall (2013)

El modelo de Nielsen y Randall (2013) considera como supuesto que el diseño del programa de intervención es efectivo en la medida en que sus participantes se encuentran involucrados en su elaboración y desarrollo (Nielsen & Miraglia, 2016), por lo que en el proceso interventivo es necesario definir a los actores organizacionales que formarán parte y el rol que tendrán durante el programa, teniendo en consideración que su compromiso puede cambiar a lo largo de éste (Nielsen & Randall, 2013).

Una vez identificados los actores organizacionales que formaran parte de la intervención organizacional, resulta esencial comprender los modelos mentales que el grupo posee respecto a la intervención. Al respecto, se entiende por modelos mentales aquellas “teorías en uso que poseen los individuos, que orientan la forma de concebir la realidad, y por lo tanto determinan la forma en que se interactúa con ella” (Argyris, 1991).

En el proceso de intervención organizacional, además es clave identificar los modelos mentales que tienen a la base sus participantes, puesto que “explican los roles y comportamientos que cada grupo involucrado asume a lo largo del programa” (Nielsen & Randall, 2013) y que pueden predecir los ámbitos e instancias que facilitarán o dificultarán la ejecución de la intervención organizacional. En este sentido, es relevante indagar respecto de los modelos mentales que los distintos actores organizacionales tienen asociados a cada una de las acciones que se desarrollarán en el programa de trabajo, así como la percepción que tienen respecto a la instancia de intervención.

En este modelo se le otorga un rol fundamental al contexto en el que se desarrollará la intervención, considerando dos tipos, el primero se le denomina “contexto general” y hace alusión a elementos estables de la institución tales como: la cultura organizacional, el modo en que se

prepara para el cambio, sus condiciones de trabajo y el bienestar y salud de sus trabajadores. Por otro lado, según este modelo, existe un “contexto discreto”, el que corresponde a variables que ocurren en paralelo a la implementación del programa de intervención y que responden a las constantes reestructuraciones y la incorporación de nuevas tecnologías que realiza la organización para ajustarse a los constantes cambios en el entorno en el cual se desenvuelve, por lo que en caso que la intervención organizacional no considere dichos aspectos, estos tienen la capacidad de afectar negativamente la efectividad del programa en la mitigación de los riesgos psicosociales en el trabajo.

Finalmente, el modelo de Nielsen y Randall (2013) plantea que cada una de las etapas que contempla un programa de trabajo en esta materia, se tiene que realizar de forma secuencial, puesto que la efectividad obtenida en cada una de ellas afectará a la siguiente, según este modelo, una intervención en riesgos psicosociales en el trabajo se desarrolla por medio de 5 etapas:

- Inicio: En esta fase se determinan los actores organizacionales formales que participarán en la intervención organizacional y el rol que tendrán en ella. Al mismo tiempo, se establece la estrategia comunicacional que se tendrá respecto al programa de trabajo, estableciendo la cantidad y mecanismos por los cuales se informará su progreso. Estos aspectos son centrales en el programa, ya que la comprensión sobre los roles, la relevancia que posee la intervención y su progreso, inciden directamente en los resultados que se obtienen de ella.
- Screening: En esta fase se define la línea basal en la que se encuentra la organización y por lo tanto permite diagnosticar las distintas problemáticas que requieren ser intervenidas. En esta etapa resulta necesario contar con un diagnóstico cuantitativo respecto a los distintos riesgos

psicosociales en el trabajo a intervenir, así como las cualidades del contexto y los mecanismos por los cuales opera la organización (Abildgaard, Saksvik & Nielsen, 2016).

- **Plan de acción:** El modelo planteado por Nielsen y Randall (2013) considera que el diseño del plan de trabajo debe considerar cuatro niveles de intervención, los que corresponden al contenido de cada intervención y que en la presente investigación serán asociados al modelo de Demanda-Recursos Laborales (D-RL) de Bakker y Demerouti: i) individual (desarrollo de recursos personales); ii) grupal (fortalecer recursos estructurales); iii) líder (facilitar demandas desafiantes) y iv) procesos y estructuras organizacionales (disminuir demandas obstaculizadoras).
- **Implementación:** Según el modelo de Nielsen y Randall (2013), en esta etapa no solamente es relevante el desarrollo de las acciones programadas, sino también contrastar entre las acciones planificadas y las que realmente fueron ejecutadas en la organización, así como mantener un registro de los responsables de cada acción. Dado el enfoque de proceso que posee este modelo, en esta etapa se deben realizar monitoreos respecto a la percepción que los participantes posean respecto de las acciones que se están ejecutando.
- **Evaluación:** En esta etapa se evalúa el efecto que tuvieron las distintas acciones que se desplegaron en el programa de intervención. En ésta, se tiene por objetivo identificar si se han modificado condiciones de trabajo que conlleven a mejoras en la salud, el bienestar y en el desempeño organizacional.

I.5. Pregunta de investigación

Con los antecedentes revisados hasta el momento, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué aspectos son necesarios de desarrollar para que un programa de intervención

en riesgos psicosociales sea efectivo en promover los recursos laborales de una organización perteneciente al rubro de la salud?

En base a esto, el presente estudio se plantea los siguientes objetivos:

I.6. Objetivo general

Diseñar, implementar y evaluar un programa de intervención en riesgos psicosociales, el cual fomente los recursos laborales de los trabajadores pertenecientes a una organización del rubro de la salud.

I.7. Objetivos específicos

- Identificar a los actores que componen a la organización.
- Describir los factores contextuales en los que el programa de intervención se encuentra inmerso.
- Diagnosticar de forma participativa las principales problemáticas que afectan el bienestar laboral de los trabajadores.
- Diseñar e implementar un programa de trabajo que fortalezca las percepciones de recursos laborales que poseen los trabajadores pertenecientes a la organización.
- Evaluar el desarrollo de los recursos laborales de los trabajadores que participaron en el programa de intervención.

I.8. Hipótesis

La participación en un programa de intervención de riesgos psicosociales aumentaría significativamente la percepción de recursos laborales de los trabajadores de una unidad de un establecimiento hospitalario, en comparación a antes de la intervención (T₀).

II. Método

II.1. Tipo y diseño de estudio

El presente estudio es de carácter evaluativo, puesto que tiene por objetivo identificar la efectividad del programa de intervención en fomentar los recursos personales de quienes participan en ella (Cea, 2001).

II.2. Participantes

El lugar de trabajo en el cual se realizó el presente estudio corresponde a un establecimiento hospitalario de baja complejidad, ubicado en la Región de Valparaíso. La selección de la muestra fue no probabilística, puesto que el programa de intervención se realizó con el personal perteneciente a la unidad de “Urgencias” del establecimiento hospitalario, ya que obtuvo los resultados más críticos en la aplicación de la batería de instrumentos FONDECYT N° 11160583. A la vez, se realizó una invitación abierta a los integrantes de dicha unidad para participar en el grupo focal, así como en el desarrollo del programa de intervención.

La muestra de la unidad de “Urgencias” consistió de 16 trabajadores, representando un 34% de participación del total de la dotación de la unidad, puesto que, por motivos propios del funcionamiento de la unidad, no fue posible lograr un mayor porcentaje de participación¹.

La muestra estuvo compuesta por 14 (87,5%) mujeres y 2 (12,5%) hombres. El 50% (8) de la muestra se encontraba en el rango de edad “Entre 26 y 35 años”, un 37,5% (6) “Entre 36 y 45 años”, un 6,3% (1) en el rango “Entre 46 y 55 años” y un 6,3% (1) “Más de 55 años”. Un 93,7% (15) se desempeñaba en la jornada “Tiempo completo” y el 6,3% (1) en “Jornada parcial”. Acorde a la “Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones” (Oficina Internacional del Trabajo, 2008), el 56,25% (9) correspondía al segmento “Profesionales, científicos e intelectuales”, el 25% (4) eran “Técnicos y profesionales de nivel medio”, el 12,5% (2) pertenecía a “Ocupaciones elementales” y el 6,25% (1) fueron “Personal de apoyo administrativo”.

En el grupo focal participaron 7 trabajadores, siendo 4 mujeres y 3 hombres. El 42,9% (3) de los participantes eran “Profesionales, científicos e intelectuales”, un 28,6% (2) correspondía a “Técnicos y profesionales de nivel medio” y un 28,6% (2) a “Ocupaciones elementales”.

Finalmente, en el programa de intervención participaron 14 integrantes de la unidad, de los que el 92,8% (13) asistió a los 4 módulos que lo compusieron. El 64,3% (9) de los asistentes a la intervención correspondió a mujeres y el 35,7% (5) hombres. La edad promedio de los asistentes fue de 42,42 años. El 35,7% (5) de los participantes pertenecía a la ocupación “Profesionales, científicos e intelectuales”, el 28,5% (4) se desempeñaba como “Técnicos y profesionales de nivel

¹ La metodología SUSESO/ISTAS 21 define como criterio mínimo de participación el 60% de la dotación del lugar de trabajo. Al respecto, el presente establecimiento cuenta con una dotación de 137 trabajadores, de los cuales 83 (60%) respondieron la batería de instrumentos FONDECYT N° 11160583, cumpliendo así con el criterio definido por la normativa legal vigente.

medio”, el 28,5% (4) en “Ocupaciones elementales” respectivamente y el 7,1% (1) en “Personal de apoyo administrativo”.

II.3. Técnicas de recolección de la información

En función de las características de los modelos “Demandas-Recursos Laborales” y “Contexto, mecanismos y resultados”, la presente investigación utiliza técnicas de recolección de información de tipo cuantitativo y cualitativo, las que en su “conjunto tienen por objetivo comprender de manera más integral el fenómeno de estudio, que solo utilizando una de ellas” (Creswell & Plano Clark, 2011).

Se considera como diagnóstico inicial los resultados obtenidos por la unidad de “Urgencias” en la primera evaluación de la batería de instrumentos del proyecto FONDECYT N°11160583 para describir las variables que componen al modelo “Demandas-Recursos Laborales”. Esta batería incluye el cuestionario SUSESO/ISTAS 21 versión completa (Superintendencia de Seguridad Social, 2018b), la escala de justicia organizacional de Colquitt (Colquitt, 2001), la escala de conflicto trabajo/familia – familia/trabajo (Guttek, Searle & Klepa, 1991; Netemeyer, Boles, & McMurrian, 1996), el indicador de “Estrategias de afrontamiento” (Amirkhan, 1990), la escala de satisfacción laboral (Hart, Griffin, Wearing, & Cooper, 1996) y la escala de problemas del dormir (Jenkins et al., 1988). La forma en que se abordan las variables del modelo “Demandas-Recursos Laborales” se define conceptual y operacionalmente de la siguiente manera:

Demandas obstaculizadoras.

Definición conceptual: Se consideran como demandas obstaculizadoras a aquellos ámbitos del contexto y contenido del trabajo que dificultan la realización del trabajo (Cox et al., 2000b). En la presente investigación se consideran las demandas de trabajo (Karasek & Theorell, 1990; Johnson, 1988), problemáticas asociadas a la ambigüedad y conflicto de rol (Cousins et al., 2004; Cox et al., 2000b), la estabilidad del empleo (Cousins et al., 2004), la interferencia trabajo-familia (Cox et al., 2000b) y las percepciones de justicia organizacional (Colquitt, 2001).

Definición operacional: Las demandas obstaculizadoras se evaluaron por medio del cuestionario SUSESO/ISTAS 21 versión completa (2018), específicamente por medio de la dimensión “Exigencias Psicológicas” (23 ítems) y las subdimensiones “Claridad de rol” (4 ítems), “Conflicto de rol” (5 ítems), pertenecientes a la dimensión “Apoyo social y calidad del liderazgo”, y de la dimensión “Compensaciones”, las subdimensiones “Inseguridad respecto al contrato de trabajo” (5 ítems) e “Inseguridad respecto a las características del trabajo” (3 ítems). Además, se utilizó la escala de justicia organizacional de Colquitt, (19 ítems) (Colquitt, 2001) y la escala de “Conflicto Trabajo-Familia/Familia-Trabajo” (8 ítems) (Gutek, Searle & Klepa, 1991; Netemeyer, Boles, & McMurrian, 1996).

Demandas desafiantes.

Definición conceptual: Corresponde a aquellos elementos organizacionales que incentivan al trabajador a desarrollar mejoras en las labores que realiza, así como en incorporar nuevas tareas en sus funciones (Tims et al., 2012). En este sentido, es relevante el rol del líder en orientar y movilizar a los trabajadores a incorporar nuevos aprendizajes (Nielsen & Randall, 2013; Nielsen, Jørgensen, & Munch-Hansen, 2008).

Definición operacional: En la presente investigación, se evaluaron las demandas desafiantes por medio de las subdimensiones “Calidad de liderazgo” y “Calidad de la relación con superiores” (11 ítems) pertenecientes a la dimensión “Apoyo Social y Calidad del Liderazgo” del cuestionario SUSESO/ISTAS 21 versión completa.

Recursos estructurales.

Definición conceptual: Los recursos estructurales que fueron considerados para la presente investigación son el apoyo social, recompensa y reconocimiento (Siegrist, 1998; Karasek & Theorell, 1990; Johnson & Hall, 1988), el desarrollo de carrera y la relevancia que se le entrega a la organización (Cox et al., 2000b)

Definición operacional: Los recursos estructurales fueron evaluados por medio de las subdimensiones pertenecientes a la dimensión “Trabajo activo y desarrollo de habilidades” del cuestionario SUSESO/ISTAS 21 versión completa (Superintendencia de Seguridad Social, 2018b): dichas subdimensiones corresponden a “Posibilidades de desarrollo en el trabajo” (7 ítems); “Influencia” (7 ítems); “Control sobre los tiempos de trabajo” (4 ítems); “Integración en la empresa” (4 ítems); Además se considera la subdimensión “Calidad de las relaciones con los compañeros de trabajo” (6 ítems) perteneciente a la dimensión “Apoyo social y calidad del liderazgo” y la subdimensión “Estima” (5 ítems), correspondiente a la dimensión “Compensaciones”.

Recursos personales.

Definición conceptual: Corresponde a percepciones de la relevancia de las labores que se desarrollan, lo que facilita un estado mental positivo de realización relacionado con el trabajo (Schaufeli & Bakker, 2010).

Definición operacional: Los recursos personales fueron evaluados por medio de la subdimensión “Sentido del trabajo” (3 ítems) del cuestionario SUSESO/ISTAS 21 versión completa, la que pertenece a la dimensión “Trabajo activo y desarrollo de habilidades”, (Superintendencia de Seguridad Social, 2018b) y el indicador de estrategias de afrontamiento (15 ítems) (Amirkhan, 1990).

Bienestar laboral.

Definición conceptual: La presente investigación considera como bienestar laboral “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad” (Organización Mundial de la Salud, 2006: p1), así como la satisfacción del trabajador con los resultados de su trabajo (Barley & Kunda, 1992).

Definición operacional: El bienestar laboral fue evaluado por medio de las escalas que se encuentran en la sección general del cuestionario SUSESO/ISTAS 21 versión completa (2018), siendo éstas “Estrés” (12 ítems) (Setterlind & Larsson, 1995) y “Salud General, Salud Mental y Vitalidad” (14 ítems) (Ware, 2000). Además, se utilizaron las escalas de “Satisfacción laboral” (3 ítems) (Hart, Griffin, Wearing, & Cooper, 1996) y la escala de “Problemas del dormir” (4 ítems) (Jenkins et al., 1988).

Aplicada la batería de instrumentos del proyecto FONDECYT N°11160583 en la totalidad del establecimiento hospitalario y para comprender de manera complementaria los resultados obtenidos, se implementó la técnica de grupo focal, la que permitió generar una instancia de participación y dialogo social de los distintos estamentos que componen la unidad de “Urgencias”, así como para la construcción de las acciones que contempló el programa de intervención en demandas y recursos laborales, la caracterización de los modelos mentales que poseían los actores organizacional respecto de dichas acciones y el contexto general y discreto en el cual éstas se desarrollaron (Nielsen y Randall. 2013).

En tanto que la evaluación de la efectividad del programa de intervención se realizó en tres niveles de gestión, siendo estos: i) la percepción de satisfacción de los participantes respecto al programa de intervención; ii) una evaluación de conocimientos adquiridos mediante la intervención y iii) una evaluación pre y post a la intervención, dirigida a identificar el desarrollo de recursos personales en función del programa de intervención. Dichas evaluaciones se operacionalizaron de la siguiente manera:

- Escala de satisfacción: La satisfacción de los participantes se evaluó por medio de 5 preguntas que van de puntaje 1 a 7, siendo 1 “Muy Insatisfecho” y 7 “Muy Satisfecho”, y una pregunta abierta en la que los participantes manifestaron sus comentarios respecto a la actividad. En ella, se identificó la satisfacción respecto a los relatores, contenidos, metodología, infraestructura y equipamiento.
- Evaluación de contenidos: Los aprendizajes adquiridos, por parte de los participantes se evaluaron por medio de una sección de 6 preguntas de afirmaciones “Verdadero o Falso” respecto a contenidos claves abordados en la intervención, así como 4 preguntas de autoevaluación sobre

su desempeño en el programa de intervención, cada pregunta de esta sección posee una escala de puntaje 1 a 7, siendo 1 “Muy Insatisfecho” y 7 “Muy Satisfecho”.

- Evaluación de desarrollo de recursos personales: Antes y después de la intervención se evaluaron los recursos personales que poseen los participantes, esto por medio del auto reporte de las percepciones que cada asistente tiene en las dimensiones de autoeficacia, optimismo, resiliencia y esperanza. Para ello, se utilizó la escala de capital psicológico de Luthans, Avolio, Avey y Norman (2007) (24 ítems), en que cada pregunta posee una puntuación de 1 a 6, siendo 1 “Muy en desacuerdo” y 6 “Muy de acuerdo”.

Es importante mencionar que estas evaluaciones son contingentes a este proceso de intervención, pero que el presente programa de intervención contempla instalar competencias en trabajadores de la unidad de “Urgencias”, por lo que la efectividad de la ejecución de las respectivas intervenciones en la unidad se debe realizar mediante evaluaciones continuas respecto a la forma en que evolucionan los recursos personales. Para ello, es que durante el año 2019 se aplicaran en el establecimiento hospitalario las evaluaciones 2 y 3 que contempla el proyecto de investigación FONDECYT N°11160583.

II.4. Análisis de datos

El análisis de resultados de los datos cuantitativos obtenidos en la batería de instrumentos FONDECYT N°11160583, se realizó por medio del análisis descriptivo mediante correlaciones bivariadas de Pearson, pruebas t de Student y análisis de la varianza (ANOVA).

El análisis e interpretación de datos obtenidos por medio del grupo focal, se realizó a través del análisis de contenido, el que permite “la descripción e interpretación sistemática de los componentes semánticos y formales de todo tipo de mensaje, y la formulación de inferencias válidas acerca de los datos reunidos” (Nicolini, 2015). Simultáneamente, esta técnica permitió categorizar aspectos manifiestos de la conformación de los actores organizacionales en la institución, así como categorías de tipo latente asociadas a los modelos mentales que poseen estos respecto al programa de intervención y los componentes que conforman el contexto general y discreto (Nicolini, 2015; Nielsen & Randall, 2013).

Respecto a la evaluación de la efectividad del programa de intervención, se realizó el análisis estadístico descriptivo para identificar los niveles de satisfacción y de conocimientos adquiridos. Además, para evaluar el desarrollo de recursos personales en los participantes, se realizó la prueba t de Student para muestras dependientes.

Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 24 para el análisis de información cuantitativa y el software ATLAS.ti 8 para la codificación, categorización e inferencia de los datos cualitativos.

II.5. Procedimiento

Para el diseño e implementación del programa de intervención en recursos laborales de la unidad de “Urgencias” del establecimiento hospitalario que forma parte del proyecto FONDECYT N°11160583, se realizaron una serie de acciones para que la intervención fuese acorde al contexto laboral. Dichas acciones se desarrollaron durante los meses de septiembre del 2018 a abril del 2019, indicándose el plazo de ejecución cada una de las etapas en el Anexo N° 1: Carta Gantt. No obstante, a continuación, se detallan cada una de las acciones realizadas:

Etapa 1: Medición inicial.

La aplicación de la batería de instrumentos del proyecto FONDECYT N°11160583 se realizó en un periodo de dos meses (septiembre a noviembre del 2018). Además, en esta etapa se definieron las unidades de análisis en las que fueron segmentados los grupos al interior del establecimiento hospitalario, así como la entrega de consentimiento informados² a los integrantes de la institución.

La aplicación de las distintas escalas que permitieron realizar el diagnóstico inicial del presente estudio se realizó de manera online, resguardando de esta forma el anonimato de los participantes.

Etapa 2: Difusión de resultados.

Durante el mes posterior al término de la aplicación de la batería de instrumentos FONDECYT N°11160583, se realizaron tres instancias de difusión de resultados a los distintos actores que componen la organización. Una primera instancia de difusión de resultados estuvo dirigida a la Dirección del establecimiento hospitalario, en la que a la vez se desarrolló un análisis en conjunto respecto al proceso de aplicación de la batería de instrumentos, así como de las posibles causas de los resultados obtenidos y definición de los pasos a seguir.

Posteriormente, se llevó a cabo una actividad de difusión en la que participaron 64 trabajadores del establecimiento. En dicha instancia se presentaron los resultados obtenidos en la batería de instrumentos FONDECYT N°11160583 por los distintos grupos que formaron parte de

² El proyecto de investigación FONDECYT N°11160583 se encuentra autorizado y aprobado por el comité de Bioética Institucional de la Universidad de Valparaíso.

la evaluación, se respondieron preguntas de los asistentes respecto al programa de intervención y se señalaron las siguientes etapas del proyecto.

Finalmente, dado que la unidad de “Urgencias” fue aquella que obtuvo los mayores niveles de riesgos psicosociales en el trabajo, el programa de intervención se focalizó en esta unidad. Como primera actividad de dicho programa, se efectuó una instancia de difusión para esta unidad, participando 20 funcionarios. En esta actividad se presentaron los resultados de la batería de instrumentos, se invitó a los participantes a indicar sus opiniones respecto de estos y se presentó la estructura de las siguientes etapas que contempló el programa de intervención.

Etapa 3: Realización de grupo focal.

En la semana posterior a la difusión de resultados en la unidad de “Urgencias”, se realizó la actividad de “grupo focal”. En ella, participaron 7 integrantes de la unidad, los cuales representaban de forma homogénea a los distintos estamentos que la componen y tuvo una duración de 65 minutos. A fin de resguardar el anonimato y confidencialidad de las respuestas entregadas por los asistentes, es que se tomaron apuntes anónimos en papel y no se dejó registro audiovisual de esta actividad³.

Etapa 4: Diseño del programa de intervención en recursos laborales.

En virtud de los antecedentes recogidos a través de la aplicación de la batería de instrumentos FONDECYT N°11160583, el grupo focal en la unidad de “Urgencias” del establecimiento hospitalario y una revisión bibliográfica, se elaboró la propuesta del programa de

³ La aprobación del comité de Bioética Institucional de la Universidad de Valparaíso al proyecto de investigación FONDECYT N°11160583 no contempla el registro audiovisual de la actividad de grupo focal.

intervención, indicando acciones a corto, mediano y largo plazos, así como responsables asociados a cada acción.

En función de lo indicado en el modelo de intervención “Contexto, mecanismos y resultados” de Nielsen y Randall (2013), el desarrollo del programa de intervención debía contemplar el desarrollo de acciones en distintos niveles.

Al respecto, la propuesta de intervención para la unidad de “Urgencias” contempla una intervención a nivel de estructura y procedimientos. Esto, por medio del desarrollo e implementación de un “Protocolo de cuidado organizacional”, el cual tiene por objetivo facilitar instancias de descompresión emocional, luego que un trabajador estuviera expuesto a un evento de alta complejidad.

Respecto al abordaje del nivel de liderazgo, el protocolo contempla la sensibilización en esta temática a las jefaturas del establecimiento, así como entregar un rol clave a las jefaturas del área, siendo los encargados de activar y velar por el cumplimiento de las acciones que contempla este protocolo.

A la vez, el programa de intervención para la unidad de “Urgencias” considera acciones a nivel grupal. Dichas acciones consistieron en la formación de monitores de cuidado organizacional al interior de la unidad, para que posteriormente estos monitores faciliten actividades de descompresión emocional en grupos de trabajadores que hayan vivenciado algún tipo de evento crítico. Cabe destacar que la formación de los monitores corresponde a la primera etapa de la ejecución del programa de intervención, sin embargo, una acción fundamental de la intervención corresponde a la ejecución de actividades de descompresión emocional en la unidad de “Urgencias” por parte de los monitores.

Finalmente, la propuesta de intervención contempló como abordaje individual el monitoreo de sintomatología relacionada a estrés postraumático en los trabajadores que han vivido un evento de alta complejidad. Dichas acciones se sintetizan en el siguiente flujograma:

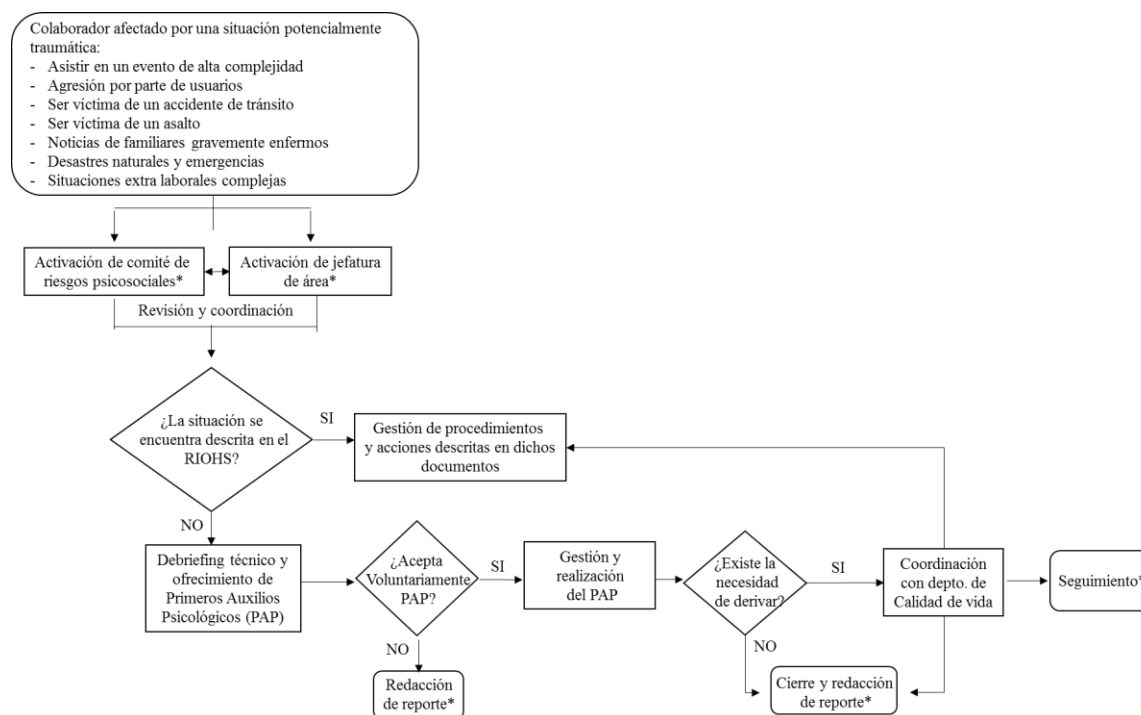


Figura 3: Propuesta de “Protocolo de Cuidado Organizacional”.

Etapa 5: Validación del programa de intervención en recursos laborales.

La semana posterior al diseño del programa de intervención, se realizó una reunión con el equipo directivo del establecimiento hospitalario, con el objetivo de presentar y validar la propuesta de trabajo para la unidad de “Urgencias”, como también revisar la necesidad de adecuar la propuesta al contexto organizacional.

En función de lo anterior y con el objetivo de evaluar que la propuesta de trabajo se encontrará alineada con los objetivos institucionales, es que se también se llevó a cabo una reunión

con el equipo de la unidad de “Calidad de vida” de la Dirección del Servicio de Salud a la que pertenece el establecimiento hospitalario. Dado que la Dirección del Servicio no poseía lineamientos respecto a esta problemática, se estableció el consenso de utilizar el presente estudio como una experiencia piloto, para luego ser replicada en la red de establecimientos hospitalarios del Servicio de Salud.

Etapa 6: Sensibilización y difusión del programa de intervención.

En la semana posterior a la validación del programa de intervención por la Dirección del establecimiento hospitalario y la Dirección del Servicio de Salud, se realizó una presentación al equipo de la unidad de “Urgencias” respecto de los hallazgos obtenidos en el grupo focal y el plan de trabajo que contempló el programa de intervención.

En esta actividad, además se invitó a los asistentes a participar del programa de intervención.

Etapa 7: Implementación del programa de intervención en recursos laborales.

En función de lo señalado en el modelo de intervención organizacional “Contexto, mecanismos y resultados” de Nielsen y Randall (2013), la forma en que se implementó el programa de intervención consideró los roles de los distintos actores que lo componen. En ese sentido, el presente estudio contempló el proceso de formación de monitores de cuidado organizacional en la unidad de “Urgencias”, el cual tuvo una duración de 16 horas cronológicas, desarrollado en 2 días y en 4 módulos, cada uno de 4 horas.

La metodología en la que se desarrolló el programa de formación de monitores de cuidado organizacional fue teórico-práctica, en la que cada contenido era presentado inicialmente de

manera lectiva, para posteriormente desarrollar ejercicios prácticos que permitieran el desarrollo de habilidades en los participantes.

Los contenidos contemplados en el programa de formación de monitores de cuidado organizacional corresponden a:

- El ser humano en contexto de crisis: Se presentaron definiciones claves relacionadas a eventos críticos y crisis, así como sintomatología asociada.
- Recursos personales para el abordaje de eventos críticos: Esto, con el objetivo de ampliar la comprensión de los participantes respecto a cómo reaccionan las personas en situaciones de crisis, junto con incorporar y potenciar habilidades para contenerse y contener a otros.
- Debriefing de estrés relacionado a eventos críticos: Formación para el acompañamiento a personas que asisten a víctimas, por medio de la revisión de la forma en que se ejecutaron los protocolos técnicos asociados al evento, así como el estado emocional presente en los trabajadores posterior a un evento crítico (Mitchell, 2014).
- Primeros auxilios psicológicos: Consiste en una intervención de asistencia social, que requiere asegurar la satisfacción de necesidades básicas de los afectados; entre ellas, seguridad, información y apoyo emocional de personas cercanas (Cortés y Figueroa, 2016).

Al inicio y al finalizar el programa de formación, se aplicó la escala de capital psicológico (Luthans et al., 2007), y al término del último módulo, se realizó la evaluación de satisfacción de los participantes y la evaluación de contenidos adquiridos.

Etapa 8: Devolución de resultados.

Durante la semana en que finalizó el programa de formación de monitores de cuidado organizacional, se envió a la Dirección del establecimiento hospitalario un reporte de la actividad realizada. En dicho reporte, se indicó el número de participantes, resultados de la evaluación de contenidos y en la encuesta de satisfacción, así como aspectos indicados por los participantes respecto a la implementación de la política de cuidado organizacional en la unidad de “Urgencias”.

III. Resultados

III.1. Batería de instrumentos proyecto FONDECYT N°11160583

Los resultados obtenidos por la unidad de “Urgencias” en las distintas escalas que componen la batería de instrumentos proyecto FONDECYT N°11160583 se analizaron por medio de estadísticos descriptivos, para posteriormente categorizarlos en tres percentiles.

Esto, para que los resultados puedan ser comprendidos acorde a lo establecido en el “Protocolo de vigilancia de riesgos psicosociales en el trabajo” (Ministerio de Salud de Chile, 2017a), en el que una variable es considerada en “Riesgo alto”, “Riesgo medio” o “Riesgo bajo” en caso de que la prevalencia de respuestas hubiera superado al 50% en alguna de estas categorías. Además, y a fin de realizar una identificación más exhaustiva de los riesgos psicosociales de la unidad, una variable se considera en “Riesgo medio” cuando la sumatoria de respuestas en “Riesgo alto” y “Riesgo medio” fuese igual o superior 50% de la prevalencia.

A la vez, los resultados obtenidos por la unidad de “Urgencias” se clasificaron acorde a las variables que contempla el modelo “Demandas - Recursos Laborales” de Bakker y Demerouti (2002), siendo éstas:

Demandas laborales:

Las subdimensiones del cuestionario SUSESO/ISTAS 21 correspondientes a la variable “demandas laborales” se puntúan de 0 a 4, considerándose que a mayor puntuación mayor la presencia de riesgos psicosociales. En tanto que la escala “Preocupación mental por el trabajo” se articula en una escala de 1 a 4 puntos, en la que una alta ponderación implica mayor preocupación del trabajador en esta temática. Finalmente, respecto a la escala “Conflicto trabajo – familia / familia – trabajo”, las puntuaciones se ubican en el rango de 1 a 5 puntos, considerándose que, a mayor puntuación, mayor conflicto.

En la Tabla 1 se presentan los resultados descriptivos de la unidad de “Urgencias” correspondientes a demandas laborales:

Tabla 1:

Descriptivos de resultados de “Urgencias” en variables de demandas laborales

	CTF	CFT	CU	CO	EMEE	CR	IC	IT	PMT
N	16	16	16	16	16	16	16	16	16
Media	3,47	3,17	2,17	1,51	3,05	3,55	1,55	1,19	2,13
Mediana	4,00	3,88	2,00	1,70	3,25	4,00	1,63	1,00	2,67
Moda	4,00	4,00	1,00	2,00	4,00	4,00	2,00	0,00	0,00

Demandas laborales: CTF=Conflicto trabajo – familia; CFT=Conflicto familia – trabajo; CU=Exigencias Cuantitativas, CO=Exigencias Cognitivas; EMEE=Exigencias emocionales y de esconder emociones; CR=Conflicto de rol; IC=Inseguridad respecto de las características del contrato de trabajo; IT=Inseguridad respecto de las características del Trabajo.

Las demandas laborales que superaron el 50% de respuestas en “Riesgo bajo” corresponden a “Inseguridad respecto a las características del contrato de trabajo” y “Preocupación mental por el trabajo”.

Se observa que las dimensiones que se encuentran en “Riesgo medio”, porque el 50% o más de las respuestas se encuentra en esta categoría, corresponden a “Exigencias Cuantitativas” y “Conflicto de rol”. En tanto, “Inseguridad respecto a las características del trabajo” obtuvo una sumatoria de respuestas en “Riesgo alto” y “Riesgo medio” superior al 50%.

Finalmente, las demandas laborales que superaron el 50% de las respuestas en “Riesgo alto” correspondieron a “Exigencias emocionales y de esconder emociones”, “Exigencias cuantitativas”, “Conflicto trabajo – familia” y “Conflicto familia – trabajo”.

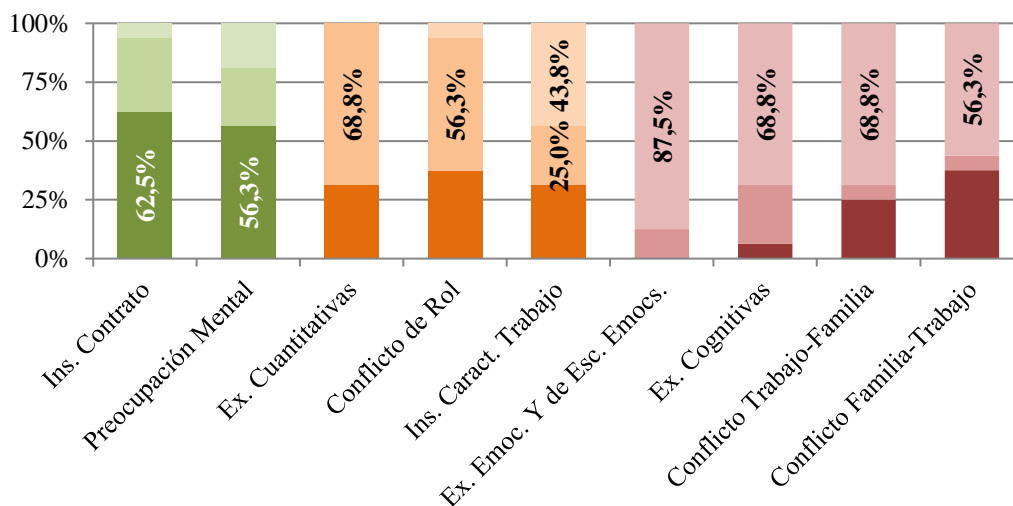


Figura 4: Distribución de niveles de riesgo de las demandas laborales en “Urgencias”

Recursos laborales:

Los resultados obtenidos en las subdimensiones del cuestionario SUSESO/ISTAS 21 versión completa, relacionadas con los recursos laborales que poseen los trabajadores, se encuentran en el rango de puntajes de 0 a 4, en el que a mayor puntuación, mayor presencia de riesgo psicosocial. Las dimensiones que componen la escala de “Percepciones de justicia organizacional” se distribuyen de 1 a 5 puntos, considerándose mayor puntuación, mejor percepción respecto a dicha variable.

La Tabla 2 indica los resultados obtenidos en la unidad de “Urgencias” en las escalas asociadas a recursos laborales:

Tabla 2:

Descriptivos de resultados de “Urgencias” en variables de recursos laborales

	JOP	JOD	JOINT	JOINF	CT	IE	RL	CL	RS	RC	ET
N	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
Media	2,94	3,19	4,52	4,08	0,21	1,56	1,06	1,69	1,50	1,47	2,21
Mediana	3,00	3,00	5,00	4,10	0,00	1,00	0,88	1,63	1,90	1,63	2,33
Moda	3,00	3,00	5,00	5,00	0,00	0,00	0,75	2,00	2,00	2,00	2,33

Recursos laborales: JOP=Justicia Procedural; JOD=Justicia Distributiva; JOINF=Justicia Informativa; JOINT=Justicia Interpersonal; CT=Control sobre el tiempo; IE=Integración en la Empresa; RL=Claridad de Rol; CL=Calidad de Liderazgo; RS=Relación con Superiores; RC=Calidad de la Relación con Compañeros; ET=Estima

Las variables que obtuvieron un 50% o más de respuestas en “Riesgo bajo” correspondieron a “Control sobre los tiempos de trabajo”, “Justicia interpersonal”, “Justicia informativa”, “Claridad de rol” e “Integración con la empresa”.

En tanto que en las dimensiones “Justicia procedural”, “Relación con los superiores” y “Estima” un 50% o más de las respuestas de los trabajadores puntuaron en la categoría “Riesgo medio”. Además, “Calidad de la relación entre compañeros”, “Justicia distributiva” y “Calidad del liderazgo” alcanzaron una sumatoria de respuestas en “Riesgo alto” y “Riesgo medio” superior al 50%.

En la unidad de “Urgencias” no se presentaron variables asociadas a recursos laborales que hayan obtenido un 50% o más de respuestas en la categoría de “Riesgo alto”.

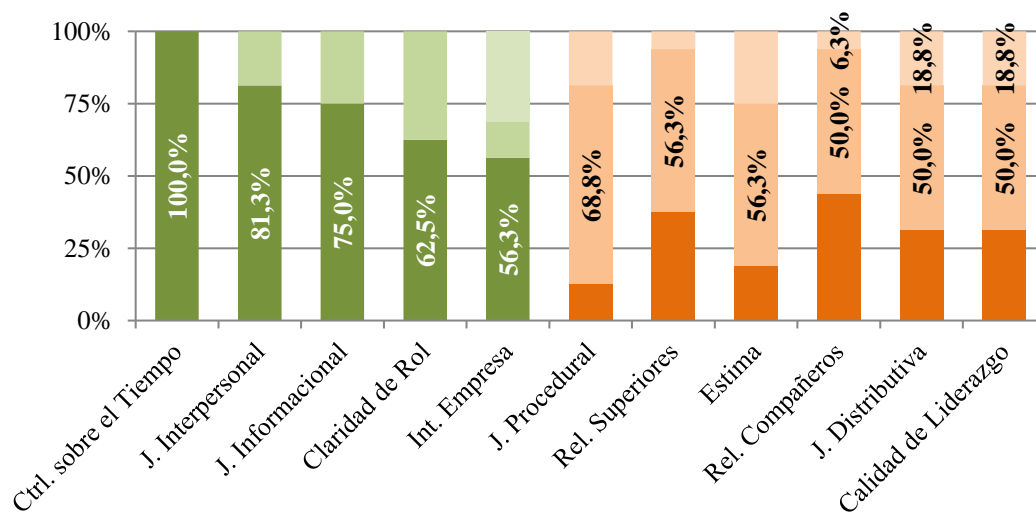


Figura 5: Distribución de niveles de riesgo de los recursos laborales en “Urgencias”

Bienestar laboral:

Acorde al modelo de Bakker y Demorouti (2002), el bienestar laboral se compone de aspectos asociados a la “Motivación laboral” y la “Salud”. La escala de “Satisfacción laboral” se relaciona con aspectos motivacionales, evaluándose por medio de un rango de puntuación de 1 a 7, la que, a mayor puntuación, mayor satisfacción laboral.

En tanto, la “Salud” se evalúa por medio de las escalas “Salud General, Salud Mental y Vitalidad” y “Estrés”, presentes en la sección general del cuestionario SUSES/ISTAS 21 versión completa. En la primera escala las puntuaciones se encuentran en un rango de 0 a 4 puntos, siendo mayor puntuación, mejor salud y la escala “Estrés”, la se articula en un rango de 0 a 4 puntos, en que, a mayor puntuación, mayor precepción de estrés. Además, la batería de instrumentos FONDECYT N°11160583 una escala que evalúa “Problemas del dormir”, puntuada en un rango 0 a 5, en que, a mayor puntuación, mayores problemas del dormir.

A continuación, la Tabla 3 se presentan los resultados obtenidos por la unidad de “Urgencias” respecto a las variables que componen el bienestar laboral:

Tabla 3:

Descriptivos de resultados de “Urgencias” en variables de bienestar laboral

	SG	SM	VT	SRS	SRC	PDD	SL
N	16	16	16	16	16	16	16
Media	3,08	2,53	2,48	0,76	1,73	1,66	5,71
Mediana	3,17	2,50	2,67	0,60	2,00	1,88	6,00
Moda	4,00	3,00	2,67	0,40	2,00	2,00	6,00

Bienestar laboral: SG=Salud General; SM=Salud Mental; VT= Vitalidad; SRS=Estrés Somático; SRC=Estrés Cognitivo; PDD=Problemas del Dormir; SL=Satisfacción Laboral.

Las dimensiones correspondientes a bienestar laboral que se encuentran en la categoría “Riesgo bajo” en la unidad de “Urgencias” corresponden a “Estrés somático” y “Satisfacción laboral”.

Las variables “Vitalidad”, “Estrés cognitivo” y “Problemas del dormir” obtuvieron un 50% o más de las respuestas en “Riesgo medio”, en tanto en “Salud mental”, la sumatoria de respuestas se encuentran en “Riesgo medio” y “Riesgo alto” superó el 50%.

Finalmente, la unidad de “Urgencias” no obtuvo variables asociadas a bienestar laboral que se categoricen en “Riesgo alto”.

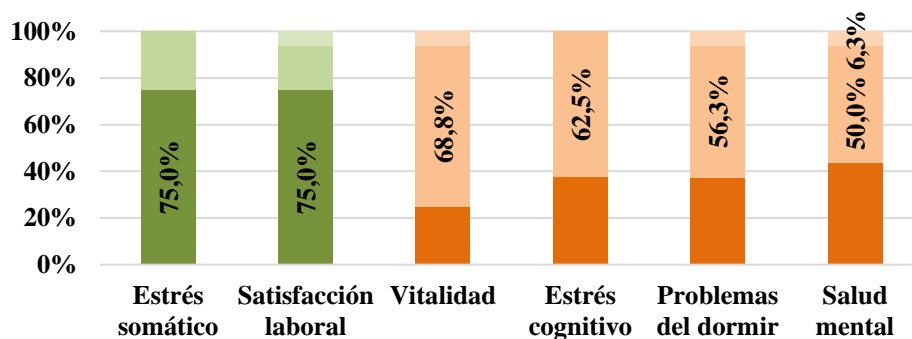


Figura 6: Distribución de niveles de riesgo de bienestar laboral en “Urgencias”

III.2. Grupo focal

El análisis de contenido ejecutado a la información obtenida en el grupo focal realizado en la unidad de “Urgencia”, permitió identificar a los actores y el contexto de la organización, así como aquellas temáticas que los trabajadores de la unidad perciben que más afectan a su bienestar laboral. Esto último, en función de la profundización de las dimensiones evaluadas en la batería de instrumentos FONDECYT N°11160583, a través del discurso manifestado por el conjunto de los participantes en el grupo focal.

Dado esto, es que el análisis de información cualitativa se articula considerando en primera instancia aquellos elementos que componen a la unidad de “Urgencias” (actores y contexto organizacional), para luego profundizar en las principales temáticas que fueron expresadas por los participantes. Para revisar en detalle lo señalado por los participantes de la actividad de grupo focal, revisar: Anexo N°2 “Transcripción de grupo focal en unidad de “Urgencias”.

Aspectos organizacionales.

Acorde a lo señalado por los participantes en el grupo focal, la unidad de “Urgencias” se encuentra conformada por 4 estamentos, los cuales corresponden a “médicos”, “enfermeros”, “paramédicos” y “conductores”, quienes se desempeñan en un sistema de turnos rotativo. Se observa que los estamentos “médicos” y “enfermeros” realizan sus labores en el establecimiento hospitalario, en tanto que “paramédicos” y “conductores” les corresponde desplazarse a terreno, acorde a la gravedad de la situación indicada por los usuarios.

“Hay un enfermero por turno, hay paramédicos y conductores que están en primera salida. Hay un solo médico, que está de 2 a 5. El médico se queda en el hospital y salen los paramédicos, es regular que intervengamos, porque ya en la llamada que recibimos determinamos la gravedad, uno regula, y determinamos quienes vamos en el móvil...” (Grupo focal, p3).

Respecto a los modelos mentales que poseen los participantes sobre a una posible intervención en riesgos psicosociales, manifiestan la necesidad de crear instancias en las que los trabajadores puedan expresar sus vivencias, para facilitar la descompresión emocional luego de asistir a un evento de alta complejidad. Al mismo tiempo, expresan que existe una cohesión de equipo, la que permitiría que las instancias de descompresión emocional pudiesen ser llevadas a cabo inicialmente por el mismo equipo:

“...todos vienen de sus casas a ayudar. Hay compromiso, a pesar de los recursos, hay motivación.” (Grupo focal, p4).

“...creo que sería muy bueno que a nivel institucional pudiésemos programar sesiones de autocuidado en las que podamos distendernos y botar todo el desgaste emocional que nos genera el trabajo” (Grupo focal, p4).

El contexto organizacional de los trabajadores de la unidad de “Urgencias” se caracteriza por una alta carga laboral, que se focaliza en brindar la atención al usuario, existiendo escasas instancias para analizar la forma en que se ejecutaron los protocolos que rigen a la unidad. Un aspecto relevante que manifiestan los participantes corresponde a la estabilidad laboral que les brinda trabajar en el establecimiento, puesto que no existe la relación contractual a “honorarios”.

“...en general tenemos harta sobrecarga en el servicio, pero en urgencia no tenemos contrato a honorarios, somos de planta o plazo fijo, por lo que en ese sentido tenemos más respaldo y estabilidad” (Grupo focal, p1).

Además, un aspecto clave del contexto organizacional del establecimiento, el cual, si bien no surgió en el grupo focal, pero sí en las distintas instancias de reunión con la Dirección del establecimiento hospitalario, corresponde al proceso de construcción de un nuevo recinto, el cual estaría operativo para el año 2021, lo que implicaría que el establecimiento pase de ser de baja a mediana complejidad.

Principales temáticas del grupo focal en la unidad de “Urgencias”.

Al analizar las variables que componen la batería de instrumentos del proyecto de investigación FONDECYT N°11160583 con los participantes del grupo focal, se observa que dichas temáticas dieron cuenta de cuatro grandes problemáticas que se encuentran presentes en la unidad de “Urgencias”, siendo éstas: la relación con el usuario, la carga laboral, las relaciones internas entre pares y jefaturas y aspectos formales del trabajo.

La forma en la cual se asocian cada una de las problemáticas señaladas por los participantes, con los resultados de la batería FONDECYT N°11160583 se presenta en la siguiente figura:

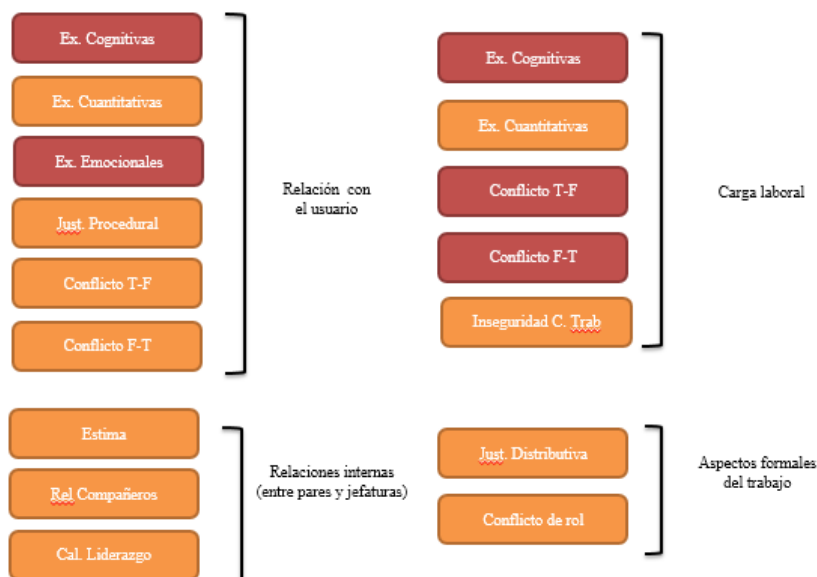


Figura 7: Relación entre batería de instrumentos FONDECYT N°11160583 y hallazgos del grupo focal.

En color rojo se aprecian aquellas variables de la batería FONDECYT N°11160583 que obtuvieron resultado “Riesgo alto” y en amarillo, las que se categorizaron en “Riesgo medio”.

Temática 1: Relación con el usuario.

Acorde al relato de los participantes, una problemática central en la unidad de “Urgencias” del establecimiento hospitalario, tiene relación con el tipo de labores que les corresponde realizar. En este sentido, según lo identificado en el grupo focal, los resultados obtenidos en las subdimensiones “Exigencias cuantitativas”, “Exigencias cognitivas” y “Exigencias emocionales y de esconder emociones” tienen su origen en el desgaste y complejidad que implica la atención de usuarios externos. Esto último, se encuentra asociado al número de atenciones que les corresponde realizar de forma diaria, la escasez de recursos para brindar el servicio, la gravedad de los eventos a los cuales deben asistir y los estándares del usuario respecto a la atención que recibe.

“Cuando no contamos con recursos se genera el maltrato hacia el trabajador y en nuestro caso es diferente a otros servicios porque los eventos que vemos son la mayoría en ruta, por lo que nos toca ver pacientes politraumatizados o llegar cuando no hay nadie con vida” (Grupo focal, p2).

Respecto a la forma en que los usuarios se relacionan con los trabajadores de la unidad de “Urgencias”, los participantes vinculan los resultados obtenidos en la dimensión “Justicia procedural”, con que las situaciones de maltrato se focalizan con los estamentos “paramédicos” y “conductores”, ya que su labor consiste en entregar la primera atención al usuario mientras éste espera a recibir la atención médica.

“La persona está más tranquila con el médico, los choques se los llevan los enfermeros y paramédicos, no somos la única urgencia que le pasa eso...” (Grupo focal, p5).

Finalmente, se observa que al no existir instancias institucionales en las cuales los trabajadores puedan manifestar los efectos que le ocasionan situaciones de alta complejidad, deben recurrir a sus redes de apoyo individuales. Esto, permite comprender los resultados obtenidos por la unidad de “Urgencias” en la escala “Conflicto trabajo -familia / familia – trabajo”.

“Nos ha tocado ver tragedias grandes y de aquí afuera hay otra vida, no se puede avanzar, mi mamá es mi contención y hasta ahí llega la cosa, y ahí muere el tema para estar más tranquila” (Grupo focal, p6).

Temática 2: Carga de trabajo.

Una segunda problemática identificada en el grupo focal realizado en la unidad de “Urgencias”, permite complementar los resultados obtenidos en las subdimensiones “Exigencias cuantitativas”, “Exigencias cognitivas y “Exigencias emocionales y de esconder emociones”. Esto último, dado que los participantes manifestaron que la forma en que se desarrollan las labores implica tomar decisiones de alta complejidad, lo que genera un desgaste emocional por el tipo de respuesta que deben entregar y debiendo realizar sus labores bajo un ritmo de trabajo que les dificulta realizar pausas.

“Cuando terminamos de atender a un paciente nos metemos al tiro a otra atención, no bajamos las revoluciones” (Grupo focal, p5).

“Hay accidentes trágicos, por ejemplo, una vez colisionó un bus y la gente nos pedía que atendiéramos a una bebé, la gente no entiende como priorizamos las atenciones en estos casos y tenemos que saber usar el profesionalismo para no solo sacar a la gente del bus, si no que para calmar a los que estaban al lado. Fue fuerte...” (Grupo focal, p6).

Al mismo tiempo, dado que las labores que se realizan en la unidad de “Urgencias” se encuentra sujetas a un contexto de alta incertidumbre, producto de las contingencias a las que deben entregar respuesta, ocasiona que en eventos de alta complejidad deban abandonar sus labores domésticas, complementando de esta forma los resultados obtenidos en la escala “Conflicto trabajo - familia / familia – trabajo”, y en la subdimensión “Inseguridad respecto a las características de la tarea”.

“... acá hay paramédicos casados, por ejemplo, no podemos pasar las fiestas”

(Grupo focal, p6).

Temática 3: Relaciones internas entre pares y con la jefatura.

Se logra identificar que las temáticas señaladas por los participantes del grupo focal no sólo tienen implicancias a nivel individual, sino que también respecto a las relaciones entre los integrantes que componen a la unidad de “Urgencias”, conllevando que la jefatura tenga que

destinar constantemente tiempo a la resolución de estos y dejando de realizar labores que pudiesen permitir la optimización de la unidad. Esto, por lo tanto, pudiese explicar los resultados obtenidos en las subdimensiones “Calidad de la relación entre compañeros”, “Calidad de la relación con los superiores” y “Calidad del liderazgo”.

“En general hay hartos conflictos interpersonales, es un grupo bien grande, hay formas de ser distintas, hay roces y diferencias entre mismos funcionarios de urgencia” (Grupo focal, p8).

“A las jefaturas les ha tocado hacer intervenciones entre compañeros que van asociadas a interpretaciones de lo que el otro hace o no hace, relacionadas con el trato, son solucionables, no ha tenido que llegar a instancias mayores” (Grupo focal, p8).

Temática 4: Aspectos formales del trabajo

Finalmente, al indagar en los resultados obtenidos respecto a la subdimensión “Conflicto de rol” del cuestionario SUSESO/ISTAS 21 versión completa y la dimensión “Justicia distributiva” de la escala de percepciones de justicia organizacional, los participantes indicaron que los resultados reportados se relacionan con pertenecer a un establecimiento hospitalario que no tiene el reconocimiento correspondiente a un Servicio de Atención Médica de Urgencias (SAMU). Esto conlleva que la relación contractual de los trabajadores de la unidad se encuentre sujeta al “Estatuto Administrativo” y no al “Estatuto de Atención Primaria”, implicando que

perciban un desequilibrio entre la recompensa y beneficios que reciben, en comparación con servicios de urgencias de otros establecimientos hospitalarios:

“Hemos venido peleando de hace años que se respete la modalidad por la que trabajamos, pero no hay contratos de urgencias, no tenemos el mismo privilegio, si tuviéramos ese contrato tenemos 10 días más de vacaciones, tendríamos el mismo bono que los que trabajan en otras urgencias...” (Grupo focal, p8).

III.3. Evaluación de conocimientos

Finalizado el programa de formación de monitores de cuidado organizacional, se evaluaron los conocimientos adquiridos por los participantes. Al respecto, se observa que el grupo de asistentes tuvo una tasa de respuestas correctas del 98,7%. Los aciertos que obtuvieron los asistentes se presentan en el siguiente gráfico:

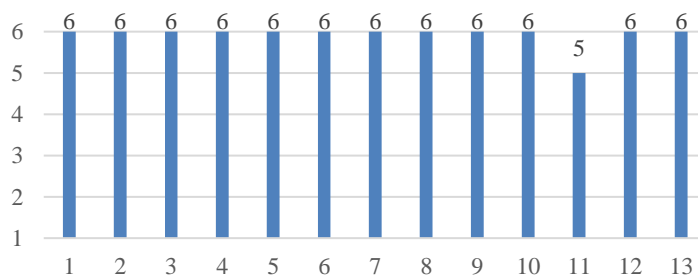


Figura 8: Distribución de respuestas correctas por participante en evaluación de conocimientos.

En la aplicación de la sección de autoevaluación respecto al desempeño, en total los participantes obtuvieron una calificación promedio de 6,65. El detalle de los resultados obtenidos por cada asistente se presenta en el siguiente gráfico:

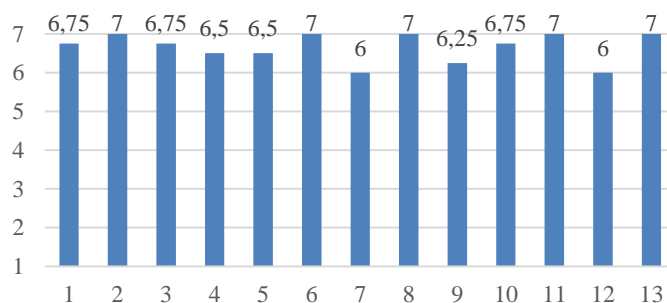


Figura 9: Distribución de promedios de puntuación de autoevaluación por participante.

III.4. Encuesta de satisfacción

Los participantes indicaron su satisfacción respecto al programa de formación de monitores de cuidado organizacional a través de una encuesta de 5 preguntas cerradas y una pregunta abierta. Respecto de los resultados de las 5 primeras preguntas, los asistentes califican su satisfacción al programa de formación de monitores de cuidado organizacional con una puntuación de 6,68. A continuación, se presenta el detalle de puntuaciones por pregunta:

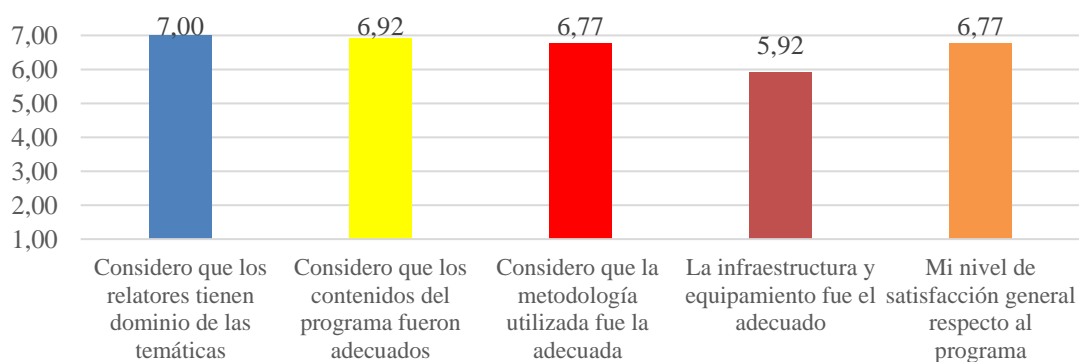


Figura 10: Distribución de promedios en encuesta de satisfacción

Complementario a las puntuaciones de las preguntas cerradas, a través de la pregunta abierta un 46,2% (6) manifestó encontrarse “muy satisfecho” con el programa de formación, debido a que les permite transferir los conocimientos adquiridos a las labores que desempeñan y/o a su ámbito personal, en tanto que un 38,5% (5) de los participantes no indicaron observaciones en esta pregunta. Finalmente, el 15,3% (2) de los participantes indicaron como aspecto de mejora la necesidad de modificar el equipamiento para la visualización de las diapositivas.

III.5. Escala de Capital psicológico

Los resultados obtenidos en la escala de “Capital psicológico”, muestran que entre la evaluación pre y post intervención, los participantes presentaron un aumento en los promedios de los puntajes de las 4 dimensiones que la componen. Esto se desglosa en la Tabla 4:

Tabla 4:

Puntuaciones de escala de “Capital psicológico” entre evaluaciones

Nombre de dimensión	Número de evaluación	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Autoeficacia	Evaluación 1	13	5,27	0,76	0,21
	Evaluación 2	13	5,37	0,74	0,21
Esperanza	Evaluación 1	13	5,26	0,74	0,20
	Evaluación 2	13	5,55	0,48	0,13
Resiliencia	Evaluación 1	13	4,59	0,71	0,20
	Evaluación 2	13	5,01	0,65	0,18
Optimismo	Evaluación 1	13	4,80	0,54	0,15
	Evaluación 2	13	4,94	0,48	0,13

Sin embargo, al analizar las diferencias de promedios obtenidas entre evaluaciones por medio de la prueba t de student para muestras dependientes, se evidencia que en ninguna de las 4 dimensiones el aumento fue significativo. En la Tabla 5, se presentan los valores para cada una de las pruebas t y sus niveles de significancia.

Tabla 5:

Resultados de la escala de “Capital psicológico” en la prueba t de student.

Nombre de la dimensión	t	Gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	Inferior	Superior
Autoeficacia	-1,19	24	0,246	-0,29	0,24	-0,79	0,21
Esperanza	-1,57	24	0,129	-0,42	0,27	-0,97	0,13
Resiliencia	-0,70	24	0,490	-0,14	0,20	-0,56	0,27
Optimismo	-0,35	24	0,731	-0,10	0,29	-0,71	0,51

IV. Discusión

En el presente estudio se observa que la gestión de riesgos psicosociales en el trabajo en el sector “Salud” es un proceso de alta complejidad, en el cual, y respondiendo la pregunta de investigación planteada inicialmente, su correcto abordaje implica en primera instancia caracterizar las demandas y recursos laborales, así como identificar los actores y el contexto organizacional. Luego, es preciso articular las distintas acciones que componen a un programa de

intervención que responda a las necesidades específicas del lugar de trabajo, monitoreando la forma en la cual se implementó y finalmente evaluando la efectividad de las distintas acciones desarrolladas.

En este sentido, se observa que la hipótesis del presente estudio no se cumple, puesto que, si bien los participantes al programa de formación de monitores de cuidado organizacionales presentaron un aumento en sus recursos laborales, éste no fue significativo.

Esto pudiese tener relación con que la evaluación realizada por medio de la escala de “Capital psicológico” (Luthans et al., 2007) corresponde solamente al proceso formación de monitores de cuidado organizacional, siendo éste el inicio de la implementación del “Protocolo de cuidado organizacional” en la unidad de “Urgencias”, por lo que la efectividad de la implementación de este protocolo será evaluada de forma exhaustiva en la segunda implementación de la batería FONDECYT N°11160583. Esto, ya que según el modelo “Contexto, mecanismos y resultados” de Nielsen y Randall (2013), la intervención organizacional tiene que ser comprendida como un proceso dinámico, en el cual es necesario monitorear las distintas acciones que contempla un programa de intervención y la forma en que éste se adecúa a las rutinas y practicas organizacionales.

A través de la batería de instrumentos del proyecto de investigación FONDECYT N°11160583 y el grupo focal se profundizó en las condiciones organizacionales presentes en la unidad de “Urgencias”, permitiendo comprender en terreno la complejidad de las labores que desempeñan las ocupaciones asociadas al rubro de la “Salud pública”.

Al respecto, se identifica que las principales problemáticas que se encuentran presentes en esta unidad de “Urgencias” tienen relación con las demandas laborales asociadas a las exigencias emocionales y cognitivas que implica asistir a un evento de alta complejidad, así como a las

exigencias que manifiestan los usuarios externos respecto a la atención médica, lo que se encuentra acompañado por exigencias psicológicas cuantitativas, producto de la alta carga laboral presente en la unidad.

En tanto, según los resultados cuantitativos y cualitativos, los recursos laborales presentes como una problemática para la unidad de “Urgencias”, correspondieron a las relaciones interpersonales de los trabajadores de la unidad. Esto, tanto entre compañeros, como con la jefatura.

Acorde al modelo “Demandas – Recursos Laborales” de Bakker y Demerouti (2002), dichas situaciones requieren de un constante esfuerzo cognitivo y/o emocional, por lo que tienen asociado cierto costo psicológico. Esto, se vería reflejado en que las dimensiones “Vitalidad”, “Estrés cognitivo”, “Problemas del dormir” y “Salud mental” se clasificaron en la categoría de “Riesgo medio”.

Se observa como una fortaleza presente en la unidad de “Urgencias”, que ninguno de los trabajadores que compone la muestra posee una relación contractual de tipo “a honorarios”, lo que evidencia que la demanda laboral de “Inseguridad respecto a las características del contrato de trabajo” se encuentre en “Riesgo bajo”.

Los resultados obtenidos en las subdimensiones “Claridad de rol” y “Control sobre los tiempos de trabajo” fueron categorizados en “Riesgo bajo”, lo que puede dar cuenta que las labores que se desarrollan en la unidad se encuentran protocolizadas, tanto en forma como en tiempos de ejecución, por normas nacionales e internacionales.

Acorde al modelo “Demanda – Recursos Laborales” de Bakker y Demerouti (2002), dichos aspectos, en conjunto con los resultados obtenidos por la unidad en la variable “Integración con la

empresa”, permitiría comprender los motivos por los cuales la muestra evidencia poseer una “Satisfacción laboral” en “Riesgo bajo”.

El presente estudio es algo inédito en lo que refiere al diagnóstico e intervención en riesgos psicosociales en el trabajo en Chile, puesto que la ejecución de un diagnóstico exhaustivo que consideró todas las variables que componen al cuestionario SUSESO/ISTAS 21 versión completa, y no solamente la sección de “Riesgos psicosociales”, la aplicación de las escalas que del proyecto de investigación FONDECYT N°11160583 y acompañado del análisis cualitativo de los resultados por medio del grupo focal, permitió diseñar e implementar un programa de intervención que abordó las problemáticas propias de la unidad de “Urgencias” acorde a las inquietudes planteadas por los distintos actores que la componen. Esto, se observa en el elevado porcentaje de asistencia de los participantes en los 4 módulos del programa de formación de monitores de cuidado organizacional, así como en los resultados de ambas secciones de la evaluación de contenidos y en la encuesta de satisfacción.

Dado que la formación de monitores de cuidado organizacional corresponde a un aspecto inicial del programa de intervención y acorde al modelo “Contexto, mecanismos y resultados” de Nielsen y Randall (2013), para que el “Protocolo de cuidado organizacional” pueda generar un aumento significativo del bienestar laboral de los participantes y del resto de los trabajadores de la unidad de “Urgencias” del establecimiento hospitalario, luego de esta intervención es necesario elaborar un plan de trabajo que defina la realización de las instancias de descompresión emocional en la unidad, así como el monitoreo de su efectividad.

V. Conclusiones

Las acciones ejecutadas en el presente estudio, así como todas aquellas que contempla el proyecto de investigación FONDECYT N°11160583, dan cuenta de un compromiso sostenido por parte de la Dirección del establecimiento hospitalario y de los participantes de la unidad de “Urgencias” en el programa de formación de monitores de cuidado organizacional, para promover el bienestar laboral de los trabajadores, siendo este aspecto un elemento fundamental para cualquier institución que desarrolle un programa de intervención de riesgos psicosociales en el trabajo.

La complejidad del contexto laboral propio de un establecimiento hospitalario requiere de un diagnóstico más exhaustivo al definido por la normativa legal vigente, por lo que evaluaciones de riesgos psicosociales en el trabajo en “Salud” necesitan ser acompañadas de instrumentos que permitan explorar de forma integral este tipo de instituciones. En este sentido, la batería de instrumentos del proyecto de investigación FONDECYT N°11160583 y el grupo focal facilitaron identificar aquellos aspectos que tienen incidencia en la salud de los trabajadores de una unidad de “Urgencias”.

Al respecto, la principal demanda laboral presente en la unidad de “Urgencias” tiene relación con las labores asociadas a la atención de usuarios. Esto, en función de la forma exigente en que se relacionan los usuarios con los trabajadores de la unidad, así como por la complejidad de las situaciones que les corresponde abordar.

Lo anterior incide en los recursos laborales de la unidad de “Urgencias”, puesto que, la exposición constante a situaciones que generan desgaste emocional, acompañado de un elevado

ritmo de trabajo, conlleva a que existan conflictos interpersonales entre los distintos estamentos que componen a la unidad.

Al identificar que la satisfacción de los trabajadores de la unidad de “Urgencias” se encuentra en “Riesgo bajo” y que las escalas de “Salud” estén en “Riesgo medio”, se da cuenta de un fenómeno que la literatura señala como “Altamente comprometido pero quemado” (Moeller et al., 2018), en el que los trabajadores poseen una alta motivación intrínseca respecto a las labores que desarrollan, sin embargo y paralelamente, la forma en que se encuentran presentes las demandas laborales en el lugar de trabajo genera efectos negativos en la salud física y mental del trabajador.

Por medio de la no confirmación de la hipótesis de investigación, se sustenta uno de los principios que constituye al modelo de Nielsen y Randall (2013), en el cual la gestión efectiva de los riesgos psicosociales en el trabajo implica un proceso de mejoramiento continuo, requiriendo que se desplieguen un conjunto de acciones para promover el bienestar de los trabajadores de manera integral, por lo que instancias puntuales no son suficientes para abordar esta problemática.

Finalmente, por medio del presente estudio se identifica que la efectividad de un programa de intervención en riesgos psicosociales en el trabajo para promover el bienestar laboral requiere que su diseño e implementación contemple variables propias del contexto organizacional, grupal e individual. En base a esto, no es suficiente ejecutar solamente medidas de intervención de carácter estándar, sino que también es necesario considerar las especificidades propias de organización en la que se desplieguen dichas medidas.

VI. Sugerencias

La formación en monitores de cuidado organizacional implica una de las primeras acciones para implementar un “Protocolo de cuidado organizacional” en la unidad de “Urgencias”, por lo que una vez que éste se ejecute plenamente, resulta necesario monitorear y retroalimentar a la institución sobre la frecuencia del uso de este protocolo en la unidad, así como el desempeño de los monitores de cuidado organizacional en las instancias de descompresión emocional.

Al respecto, resulta relevante que una vez que se desarrollen las instancias de descompresión emocional, se realicen mesas de trabajo entre la Dirección del establecimiento hospitalario y los monitores de cuidado organizacional, con el objetivo de identificar aspectos de mejora respecto a la forma en que dichas instancias se ejecutan en la unidad de “Urgencias”, así como evaluar la necesidad de implementar este protocolo en el resto de las unidades del establecimiento hospitalario.

Para facilitar la implementación del “Protocolo de cuidado organizacional”, y acorde a las inquietudes planteadas por los participantes en el programa de formación de monitores de cuidado organizacional, es menester que el establecimiento hospitalario elabore un documento interno que regularice la forma en que el protocolo es ejecutado, indicando plazos de acción y responsables.

Para determinar efectivamente el impacto que genera el “Protocolo de cuidado organizacional” en los trabajadores de la unidad de “Urgencias”, es necesario realizar evaluaciones constantes. Dado esto, es que resulta fundamental la ejecución de las siguientes evaluaciones que contempla el proyecto de investigación FONDECYT N°11160583 en el establecimiento hospitalario.

Si bien el “Protocolo de cuidado organizacional” contempla los lineamientos que entrega la autoridad gubernamental para abordar eventos de alta complejidad emocional, no se evidencia que éstas se encuentren implementadas en otros establecimientos hospitalarios pertenecientes a la red de Servicios de Salud del país, por lo que se sugiere compartir la presente experiencia, a fin de promover esta práctica e identificar aspectos de mejora acorde al contexto del rubro “Salud pública”.

VII. Referencias

- Abildgaard, J.S., Saksvik, P.Ø. & Nielsen K. (2016) “How to Measure the Intervention Process? An Assessment of Qualitative and Quantitative Approaches to Data Collection in the Process Evaluation of Organizational Interventions.” *Frontiers in Psychology* 7:1380.
- Alvarado, R., Pérez-Franco, J., Saavedra, N., Fuentealba, C., Alarcón, A., Marchetti, N., & Aranda, W. (2012). “Validación de un cuestionario para evaluar riesgos psicosociales en el ambiente laboral en Chile”, *Revista Médica de Chile*, 140(9), 1154-1163.
- Argyris, C. (2003). “Un enfoque clave para el aprendizaje de directivos”, *Harvard Business Review* 48:91-121.
- Armirkhan, J. (1990). “A Factor Analytically Derived Measure of Coping: The Coping Strategy Indicator” *Journal of Personality and Social Psychology* 59(5):1066-1074.
- Barley, S. R. & Kunda, G., (1992). “Estructura y diseño vs. lealtad y sentimiento: oleadas de ideologías racionales y normativas de control en el discurso gerencial”, *Tecnología Administrativa*, 9(20):135-192.
- Cámara de Comercio de Santiago & Inmune (2018). “Primer estudio nacional de ausentismo producido por licencias médicas”. *Inmune*.
- Cea, M. A., (1996). “Metodología Cuantitativa: Estrategias y Técnicas de Investigación Social”. Editorial Síntesis.
- Colquitt, J. A. (2001). “On the dimensionality of organizational justice: A construct validation of a measure”. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 386–400.
- Cortés, P. y Figueroa, R. (2016). “Manual ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos”. Pontificia Universidad Católica de Chile.

- Calabrese, G. (2004). "Riesgos Profesionales relacionados a la Organización Laboral". *Anestesia en México*, 1, 55- 59.
- Creswell, J. W. & Plano Clark, V. L. (2011). "Designing and Conducting Mixed Methods Research", Second Edition, SAGE Publications.
- Cousins, R., Mackay, C. J., Clarke, S. D., Kelly, C., Kelly, P. J. & Mccaig, R. H. (2004). "Management Standards and work-related stress in the UK: Practical development.", *Work & Stress*, 18(2), 113- 136.
- Cox, T., Griffiths, A., y Rial-Gonzalez, E. (2000a). "Research on Work Related Stress. European Agency for Safety and Health at Work". Luxemburgo: Oficina Oficial para las publicaciones de las Comunidades Europeas.
- Cox, T., Griffiths, A., Barlowe, C., Randall, R. & Rial-Gonzalez, E. (2000b). "Organisational Interventions for Work Stress: A Risk Management Approach" Sudbury: HSE Books.
- Demerouti, E., Bakker, A. B. (2011). "The Job Demands–Resources model: Challenges for future research", *SA Journal of Industrial Psychology*, 37(2): 21-30.
- Dirección del Trabajo de Chile (2011). "Primera Encuesta Nacional de Empleo, Trabajo, Salud y Calidad de Vida de los Trabajadores y Trabajadoras en Chile (ENETS 2009-2010). Informe Interinstitucional, Chile.
- Dirección del Trabajo de Chile (2014). "Encuesta Laboral", Chile.
- European Agency for Safety and Health at Work, EU-OSHA (2010). "European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks: managing safety and health at work", European Risk Observatory report.
- European Agency for Safety and Health at Work, EU-OSHA (2012). "Management of psychosocial risks at work", European Risk Observatory report.

- Gil-Monte (2015). “El síndrome de quemarse por el trabajo. Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar”, Editorial Pirámide.
- Gutek, B. A., Searle, S. & Klepa, L. (1991). “Rational versus gender role explanations for work family conflict”, *Journal of Applied Psychology*, 76 (1), 560-568.
- Hart, P. M., Griffin, M. A., Wearing, A. J., & Cooper, C. L. (1996). “QPASS: Manual for the Queensland Public Agency Staff Survey. Brisbane”, Queensland, Australia: Public Sector Management Commission.
- Hassard, J., Teoh, K. R. H., Visockaite, G., Dewe, P. & Cox, T. (2018). “The cost of work-related stress to society: A systematic review”. *Journal of Occupational Health Psychology*, 23(1): 1-17.
- Jenkins, C.D., Stanton, B.A., Niemcryk, S.J., Rose, R.M. (1988). “A scale for the estimation of sleep problems in clinical research”, *Journal of Clinical Epidemiology* 141:313-21.
- Jimmieson, N., Tucker, M. & Bordia, P. (2016). “An Assessment of Psychosocial Hazards at the Workplace”. People at Work Project, Gobierno Australiano.
- Kivimaki, M., Leino-Arjas, P., Luukkonen, R., Riihimaki, H., Vahtera, J. & Kirjonen, J. (2002). “Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees”, *British Medical Journal*, 325, 857–863.
- Johnson, J. & Hall, E. (1988). “Job Strain, Work Place Social Support and Cardiovascular Disease: A cross- sectional study of a random sample of the swedish working population”. *American Journal of Public Health*, 78, 1336- 1342.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). “Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life” Basic books, New York.

- Leka, S. & Cox, T. (2010). "The European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF", Institute of Work, Health and Organizations.
- Leka, S., Jain, A. (2010). "Health impact of psychosocial hazards at work: an overview" Organización Mundial de la Salud.
- LePine, J., Podsakoff, N. & LePine, M. (2005). "A meta-analytic test of the challenge stressor-hindrance stressor framework: An explanation for inconsistent relationships among stressors and performance". *Academy of Management Journal*, 48, 764–775.
- Linton, S. J. (2000). "A review of psychological risk factors in back and neck pain", *Spine*, 25, 1148–1156.
- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B. & Norman, S. M. (2007). "Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction", *Personnel Psychology*, 60, 541–572.
- Ministerio de Salud de Chile (2017a). "Protocolo de Vigilancia de Riesgos Psicosociales en el Trabajo", Chile.
- Ministerio de Salud de Chile (2017b). "Remite Informe de sobre ausentismo laboral y uso de licencias médicas año 2016 e Informe sobre Ejecución de Asignación de Turno y Gasto en Horas Extraordinarias", Oficio Ordinario N° 1082, Chile.
- Mitchell, J. T., (2014). "Critical Incident Stress Debriefing (CISD)", University of Maryland.
- Moeller, J., Ivcevic, Z., White, A., Menges, J. & Brackett, M. (2018). "Highly engaged but burned out: intra-individual profiles in the US workforce", *Career Development International*, 23(1): 86-105.

- Netemeyer, R. G., Boles, J. S. and McMurrian, R. (1996). "Development and validation of work-family conflict and family-work conflict scales". *Journal of Applied Psychology*, 81 (4), 400-410.
- Nicolini, C., (2015). "El análisis de contenido como técnica de investigación". Universidad de Playa Ancha.
- Nielsen, K., Jørgensen, M. & Munch-Hansen, M. (2008). "Team management with a twist- inspiration to work with team, team leadership and change processes". Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. Copenhagen, Dinamarca: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.
- Nielsen, K., Randall, R., & Christensen, K. B. (2010). "Developing new ways of evaluating organizational-level interventions". En J. Houdmont & S. Leka (Eds.), *Contemporary occupational health psychology: Global perspectives on research and practice* (pp. 21:44). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Nielsen, K. & Abildgaard, J. H. (2013). "Organizational interventions: A research-based framework for the evaluation of both process and effects", *Work y Stress: An International Journal at Work, Health and Organizations*, 27: 278-297.
- Nielsen, K. (2013). "Review article: how can we make organizational interventions work? Employees and line managers as actively crafting interventions", *Human Relations*, 66 (8): 1029-1050.
- Nielsen, K. & Miraglia, M. (2016). "Critical essay: What works for whom in which circumstances? On the need to move beyond the "what works?" question in organizational intervention". *Human Relations*, 70 (1): 40-62.

Organización Internacional del Trabajo, OIT (2012). “Factores psicosociales y de organización” en Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo.

Organización Internacional del Trabajo, OIT (2016). “Estrés en el trabajo, un reto colectivo”. Editorial SafeDay.

Organización Mundial de la Salud, OMS (2006). “Constitución de la Organización Mundial De La Salud”, 51ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra.

Organización Mundial de la Salud, OMS (2017). “Salud mental en el lugar de trabajo”, Extraído de: https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/

Quiñones, M., Tapia, T. & Díaz, C. (2012). “El Rol de las Demandas y los Recursos Laborales en la Salud Mental de Trabajadores Chilenos del Sector de Servicios”. Ciencia y Trabajo, 45(14): 201-210.

Schaufeli, W. B. & Bakker, A. B. (2010). “Defining and measuring work engagement: Bringing clarity to the concept.” En A. B. Bakker & M. P. Leiter, Work engagement: A handbook of essential theory and research (pp. 10-24). New York.

Setterlind, S. & Larsson, G. (1995). “The stress profile: A psychosocial approach to measuring stress”, Stress Medicine, 11: 85-92.

Siegrist, J. (1996). “Adverse Health Effects of High- Effort/ Low- Reward Conditions”. Journal of Occupational Health Psychology, 1, 24- 41.

Subsecretaría Ministerial de Redes Asistenciales (2018a). “Orientaciones en salud mental para funcionarios SAMU en incidentes críticos”, Oficio Ordinario N° 713, Ministerio de Salud de Chile.

Subsecretaría Ministerial de Redes Asistenciales (2018b). “Sobre agresiones al personal de establecimientos de salud y aprueba norma administrativa general”, Resolución Exenta N° 408, Ministerio de Salud de Chile.

Superintendencia de Seguridad Social (2018a). “Estadísticas de Licencias Médicas de Origen Común por Enfermedades Mentales - Año 2017”, Chile.

Superintendencia de Seguridad Social (2018b). “Manual del Método del Cuestionario SUSESO/ISTAS21, Versiones completa y breve”, Chile.

Superintendencia de Seguridad Social (2018c). “Panorama Mensual de Seguridad y Salud en el Trabajo, Diciembre 2018”, Chile.

Superintendencia de Seguridad Social (2019). “Informe Anual: Estadísticas 2018 en Seguridad Social”, Chile.

Tims, M., & Bakker, A.B. (2010). “Job crafting: Towards a new model of individual job redesign”. *SA Journal of Industrial Psychology*, 36(2): 851-850.

Tims, M., Bakker, A. B., & Derks, D. (2012). “The development and validation of the job crafting scale”. *Journal of Vocational Behavior*, 80(2), 173-186.

Ware, J.E. (2000). “SF-36 health survey update”. *Spine*. 2000(25):3130-3139.

Anexo 2: Transcripción de grupo focal de resultados batería FONDECYT en unidad “Urgencias”.

Nombre de área: Urgencias

Número de participantes: 7 trabajadores.

Fecha de realización: 09/01/2019

Duración: 65 minutos (09:25 a 10:30 horas)

Moderador 1: Esta actividad tiene por objetivo profundizar en los resultados obtenidos en los cuestionarios que respondieron durante el mes de noviembre y así articular un programa de trabajo que se encuentre dirigido hacia ustedes y que sería ejecutado durante los meses de enero y febrero. En este sentido, todo lo que conversemos acá es de carácter anónimo y confidencial, por lo que los invitamos plantear sus inquietudes de manera abierta.

Moderador 2: También les queremos contar que, si bien la investigación que estamos realizando solo consiste en validar la batería FONDECYT en la población chilena, dadas las características del servicio en general y las condiciones que están presentes en un área de urgencias, es que vimos la necesidad de apoyarlos más allá y acompañarlos en la gestión de los resultados que obtuvieron.

Participante 1: Bueno, a mí me hacen hartos sentido estos resultados, porque en general tenemos mucha sobrecarga en el servicio, pero en urgencia no tenemos contrato a honorario, somos de planta o plazo fijo, por lo que en ese sentido tenemos más respaldo y estabilidad.

Nosotros vamos al choque, estamos mentalizados para estar siempre alerta y responder a los eventos que van ocurriendo.

Moderador 1: ¿Hay algún acompañamiento que reciban después de vivenciar este tipo de eventos?

Participante 1: En ocasiones se hace terapia de grupo.

Participante 2: Es súper importante que tengamos espacios para botar lo que nos pasa, por el hecho de estar en Urgencias es un estrés diario. Acá en Casablanca, somos únicos porque no hay SAPU. Eso hace que todos los de acá se atiendan con nosotros, se atiende en su centro hospitalario más cercano y en los turnos de noche tenemos que atender todo y ellos esperan lo mejor de nosotros.

Participante 1: Cuando no contamos con recursos se genera el maltrato hacia el trabajador y en nuestro caso es diferente a otros servicios porque los eventos que vemos son la mayoría en ruta, por lo que nos toca ver pacientes politraumatizados o llegar cuando no hay nadie con vida.

Participante 3: Lo importante para nosotros cuando vamos a un accidente es que volvamos todos juntos y que no nos pase nada.

Participante 1: Nosotros vivimos bajo estrés, nos toca salir a la calle bastante y estamos lejos de nuestros hospitales base, por lo que tenemos que estar resolviendo la gran mayoría de cosas por nosotros solos, sé que se demoran en llegar desde las bases, por lo que tenemos que llegar a dar la primera atención que es recibir y estabilizar a los pacientes.

Participante 4: Hay pocas instancias para hablar de lo que nos pasa, estamos enfocados en el traslado, por lo que nos cuesta juntarnos para ver como quedamos después.

Participante 1: Llegamos del traslado y seguimos trabajando, los consultorios trabajan siempre así, pero nos enfrentamos todo el día con la muerte.

Hay que ser de todo, paramédico, médico, enfermero, psicólogo. Cuando vamos a un accidente nos preguntan qué paso, porque se da en la comuna de acá que ante una llamada puede que uno se encuentre con un conocido.

Moderador 1: ¿Nos podrían indicar cómo se estructura el área de Urgencias?

Participante 1: Por ejemplo, el día viernes pasó un accidente en la carretera, ahí había un enfermero por turno, hay paramédicos y conductores que están en primera salida. Hay un solo médico, que está de 2 a 5. El médico se queda en el hospital y salen los paramédicos, es regular que intervengamos, porque ya en la llamada que recibimos determinamos la gravedad, uno regula, y determinamos quienes vamos en el móvil.

Tenemos hartas responsabilidades, vivimos constantes bajo presión y a veces hacemos como terapia de grupo. Una vez al año salimos para relajarnos.

Moderador 1: ¿Quién organiza esta actividad?

Participante 2: Entre nosotros nos organizamos para hacer el paseo, hacemos una cuota para comprar las cosas y nos programamos para ir con nuestras familias, todos esperamos el paseo de fin de año.

Participante 1: Volviendo a como funcionamos, nosotros tenemos que ir al sitio de la emergencia, y desde allí nos llaman de todos lados, el IST y los bomberos. Lo que hacemos cuando llegamos al sitio es comunicarnos con nuestro hospital base, se estabiliza al paciente y se envía al Van Buren. Todos los días estamos frente a distintas situaciones.

Participante 5: La gente suele confundir las cosas, dado que somos una urgencia no podemos negar la atención, pero la gente quiere que lo atendamos de inmediato por cosas chicas, porque se rompieron la uña.

Participante 1: Estamos enfrentados a cosas de alta complejidad y si no nos cooperamos no salen las cosas. Tenemos harta responsabilidad, nos toca ver mucho suicidio, hay veces en que hemos sido agredidos por la población porque nos toca ir a lugares bien complicados, ahí le preguntamos a nuestra jefatura que hacer y nos dijo que saliéramos de allí ahora.

Participante 3: Tuvimos que ir por un juicio por homicidio, nos llamó a declarar el fiscal porque fuimos los últimos que vimos con vida a las personas por lo que tuvimos que ir a declarar.

Moderador 1: ¿Los prepararon para ir a declarar?

Participante 3: No

Participante 1: Hicimos una reunión con carabineros para coordinarnos cuando hay situaciones complejas, igual me desmotivo porque hay lugares en los cuales ellos no entran, entonces nosotros vamos solos. Igual normalizamos las cosas, es parte del trabajo, porque a veces hablo con alguien sobre nuestro día, le cuento que me tocó ver a una persona muerta y me dicen como lo cuento, así como tan normal.

Participante 2: Yo veo que acá hay compromiso de los paramédicos, todos son bomberos y cuando hay algún evento grave, todos vienen de sus casas a ayudar. Hay compromiso, a pesar de los recursos, hay motivación.

Participante 4: Yo veo que es necesario instancias de autocuidado, si participamos en actividades del establecimiento es tiempo extra, depende de los tiempos personales de cada uno y ya después del turno lo único que quiere la gente es irse a sus casas. Creo que sería muy bueno que a nivel institucional pudiésemos programar sesiones de autocuidado en las que podamos distendernos y botar todo el desgaste emocional que nos genera el trabajo. Algo muy parecido a que cuando haya un evento grave podamos juntarnos para hacer algún tipo de contención.

Participante 3: Acá se atiende de todo tipo de urgencia y nos genera desgaste emocional físico y mental, como no hay SAPU, todo llega a urgencias.

Participante 4: La gente viene porque no le podemos negar la atención, todos los pacientes tienen que ser atendidos, no entienden que no pueden ser atendidos,

La persona está más tranquila con el médico, los choques se los llevan los enfermeros y paramédicos, no somos la única urgencia que le pasa eso, se podría mejorar, con instancias de autocuidado o con botar la tensión.

Participante 3: Cuando terminamos de atender a un paciente nos metemos al tiro a otra atención, no bajamos las revoluciones.

Cuando vamos a almorzar o al baño y se demora la atención el usuario, lo primero que hacen es reclamar.

P6: Fue muy traumático atender a alguien, porque reclamaba por todo, no nos dejaba atenderla tranquila.

Se planteó por protocolo que se hiciera una instancia para revisar cómo se hicieron las cosas, no muchas veces se hace.

Participante 5: Es importante que revisemos que se hizo bien, darnos una pausa. A veces se hace, pero depende del médico o enfermera. Tampoco se puede hacer a cada rato por los usuarios y sus familiares, son tiempos muy breves, porque se está en constante movimiento, no vemos en que estamos, durante una semana la podemos hacer, pero a la siguiente no y se pierde continuidad.

Participante 2: Y si es que, las reuniones no tienen horario, sale no más.

Moderador 2: Hay un tema que nos llama la atención, que tiene que ver con el conflicto familia trabajo, es algo que nos llama la atención ¿Qué nos pueden comentar de eso?

Participante 1: Hay veces que queremos puro salir.

Participante 3: Compartir con un amigo, a uno lo pueden escuchar, pero no saben cómo acompañarnos, estamos preparados para salir, pero cuando nos ha tocado atender a un compañero es bien fuerte, es como atender a un familiar.

No está la instancia, pero cada uno busca sus instancias, no está protocolizado,

Participante 2: Hay accidentes trágicos, por ejemplo, una vez colisiono un bus y la gente nos pedían que atendiéramos la bebé, la gente no entiende en estos casos de como priorizamos las atenciones y tenemos que saber usar el profesionalismo para no solo sacar a la gente del bus, si no que para calmar a los que estaban al lado. Fue fuerte, pero profesionalmente hay que saber sacar adelante este tipo de situaciones.

Moderador 2: Un aspecto que se evaluó en los cuestionarios que respondieron tiene que ver con las estrategias de afrontamiento, con la forma en que abordamos los problemas.

Participante 6: Aquí tenemos que separar las cosas, lo que nos pasa en el trabajo y lo que nos pasa en el trabajo

Participante 1: Acá hay paramédicos casados, por ejemplo, no podemos pasar las fiestas. Nos ha tocado ver tragedias grandes y de aquí afuera hay otra vida, no se puede avanzar, mi mamá es mi contención y hasta ahí llega la cosa, y ahí muere el tema para estar más tranquila, el sábado me toco ir a un accidente a las 4 am y conocía al joven y había que darles la noticia a carabineros, uno queda bien tocado y le dice eso la familia.

Participante 4: Uno busca la seguridad, trata de ver si le paso a un familiar. A la vez quedamos bien saltones con nuestra familia, por ejemplo, si pasa algún accidente de tránsito, andamos preocupados de nuestros familiares, que no les pase nada en la calle, les decimos que se pongan el cinturón y que manejen con cuidado.

Participante 5: Acá todos nos conocemos, tenemos hartos amigos en Casablanca, son todos conocidos. Si bien yo no soy de Casablanca, yo he ido conociendo a la gente de acá y uno va creando un vínculo con ellos.

Participante 3: Hay que funcionar igual después que pasan las cosas, y uno esconde emociones para funcionar.

Participante 2: Cuando fue el accidente masivo en la 68, el bombero se encontró con su cuñado. Hay que saberse controlar en esos momentos, pero cuando llego a mi casa lloro por lo que vemos, hay que ser profesional en esos momentos y no quebrarse.

Participante 1: En la emergencia es funcionar, todas las urgencias viven algo parecido, pero acá son más trágicas porque estamos al lado de la carretera. No es lo mismo ver un accidente de tránsito de un auto que va a 120 km en la Ruta 68 a uno que ocurre en Avenida España y eso nos genera un quiebre emocional.

Moderador 1: En ese sentido, ¿Cómo se definen quien va a una emergencia?

Participante 2: Acá en urgencias hay que contenerse. Hay veces cuando los doctores se reúnen con nosotros y se hace un protocolo para asignar funciones, por turno somos 5 paramédicos, pero a veces hay tantos eventos que queda un solo paramédico en el hospital

Participante 1: Tratamos dejar acá a quien sepa más, si andamos afuera, tiene que haber alguien que apoye, tenga la experticia, es complejo, llaman por cualquier cosa.

P6: Es nada y uno tiene atender a esa persona cuando podríamos estar atendiendo a alguien más crítico.

Moderador 1: Hemos revisado los grandes temas que aparecen en riesgo alto en la batería, pero también hay algunos aspectos que no hemos revisado hasta el momento y que tiene que ver con el conflicto de rol y la pregunta “¿Tiene que hacer tareas que usted cree que deberían hacerse de otra manera?”, ¿qué cosas creen que hizo que esta pregunta apareciera en riesgo alto?

P1: Acá hay una desconformidad, es una urgencia que no es vista como urgencia, Hemos venido peleando de hace años que se respete la modalidad por la que trabajamos, pero no hay contratos de urgencias, no tenemos el mismo privilegio, si tuviéramos ese contrato tenemos 10 días más de

vacaciones, tendríamos el mismo bono que los que trabajan en otras urgencias y eso genera una desmotivación en los trabajadores.

Moderador 1: Respecto a esto y un tema que también apareció en el cuestionario tiene que ver con la calidad en que los superiores resuelven los problemas.

Participante 5: En general hay hartos conflictos interpersonales, es un grupo bien grande, hay formas de ser distintas, hay roces y diferencias entre mismos funcionarios de urgencia.

Si el conflicto si se puede resolver conversando, incentivamos que conversen. Muchas veces pasaban por nosotros, éramos como mediadores, nos vimos saturados. Ahora que incentivamos que entre ellos conversen ha andado bien. Nos llegan casos más puntuales, es más grato

Participante 3: Nos ha tocado hacer intervenciones, van asociadas a interpretaciones de lo que el otro hace o no hace, relacionadas con el trato, son solucionables, no ha tenido que llegar instancias mayores. En la situación es de alto estrés y en el momento la respuesta no va suele ser la más asertiva.

Participante 1: Yo creo que la gente que trabajamos en urgencia tenemos poca tolerancia a la autocrítica, cree sabérsela a todos, es que no lo hice mal. Es propio del servicio que seamos así.

Participantes 3: De todas formas hacemos reuniones bimensuales y se reúne la gran mayoría, donde está la gran mayoría y la hacemos focalizada a los temas que tenemos más críticos, se conversa en el mismo turno, se pueden resolver.

Participante 5: Hay muchos funcionarios que son familia, por el trabajo uno deja eso de lado, y nos seguimos viendo después de trabajo.

Participante 6: A veces estamos más de 12 horas, si algo se da, sabe que se tiene que quedar un par de horas. Es desgastante, hacemos 2 días y 2 noches, se da alguna situación familiar y no podemos salir y por eso influye en el trabajo y sobre todo los que tiene hijos chicos.

Moderador 1: Bueno nosotros hemos podido recopilar información muy importante para diseñar el programa de trabajo que se implementará en el área, queremos agradecer a todos por su participación y su apertura en contarnos respecto a cómo funciona el departamento y si hay algo que aún no hemos abordado, quisiéramos darle ese espacio.

Participantes: Creo que ya hemos abordado todos los temas.

Moderador 2: Queremos agradecerles a todos por su participación, por haberse quedado luego del turno y que la información que nos han brindado es súper relevante para las siguientes fases que contempla el proyecto.