

## Artículo

---

### Intervenciones de retro-alimentación de información de encuesta (Survey-Feedback) para mejorar los factores psicológicos y sociales del trabajo en una organización de salud

KARI LINDSTRÖM<sup>1</sup>  
MIKA KIVIMÄKI

Instituto Finlandés de Salud Ocupacional.  
Helsinki, Finlandia

---

#### RESUMEN

Las intervenciones de retro-alimentación de información de encuesta (RAIE) para mejorar los factores psicológicos y sociales en el trabajo se utilizan ampliamente en los países nórdicos cuando los expertos en salud ocupacional asesoran a las empresas. Las fases de una intervención de RAIE incluyen: una de preparación con obtención de información y elaboración del contrato, el proceso de RAIE en sí mismo, la implantación de la intervención y finalmente la evaluación. Este artículo describe un caso de intervención de RAIE, sus factores de éxito y los obstáculos encontrados en una organización municipal de salud. Los elementos cruciales de una implantación con éxito fueron una aproximación realmente participativa que tuvo en cuenta a todos los grupos implicados y la disponibilidad continua de apoyo de consultoría externa.

#### ABSTRACT

Survey-feedback interventions for improving psychological and social factors at work are used widely in Nordic countries when occupational health experts consult workplaces. The phases of a survey-feedback intervention include a preparation phase with contracting and informing, the survey-feedback itself, implementation of the intervention, and finally the evaluation. This article describes a case of a survey-feedback intervention, its success factors and the obstacles encountered, in a municipal health care organization. A real participatory approach, taking into account all interest groups and the continuous availability

---

<sup>1</sup> Instituto Finlandés de Salud Ocupacional  
Helsinki, Finlandia

### **PALABRAS CLAVE**

Estresores laborales, factores organizacionales, retro-alimentación de información de encuesta y servicios de salud.

### **KEY WORDS**

Job stressor, organizational factors, survey feedback, health care.

### **INTRODUCCIÓN**

Las demandas psicológicas y sociales en el trabajo están cobrando cada vez más importancia para la salud y el bienestar de las personas. Esto es debido a la tecnología de la información que ha hecho que el contenido del trabajo sea más exigente en términos cognitivos y sociales, y al crecimiento del sector servicios tanto en el ámbito privado como en el público. Las primeras medidas de seguridad ocupacional se centraban en el ambiente físico de trabajo y en la sobrecarga física. Su medida y regulación son más concretas y sus efectos sobre la salud más específicos. Las demandas psicológicas y sociales tienen un carácter más general y difuso. Su medida es por tanto más compleja y basada habitualmente sobre informes subjetivos, tales como las encuestas y cuestionarios o las entrevistas. Se han desarrollado diversos modelos sobre los mecanismos de estrés para comprender las relaciones de las demandas sociales y psicológicas con el bienestar y la salud. El más conocido de estos modelos es el modelo demandas-control en el trabajo, que sugiere que los empleados con elevadas demandas y bajo control tienen un riesgo mayor de síntomas de tensión e incluso de enfermedades cardiovasculares (Karasek y Theorell, 1990).

Otros modelos que explican estas relaciones son p.e., el modelo vitamínico (Warr, 1994) y el modelo esfuerzo-recompensa (Sigris, 1996).

Es importante comprender las relaciones entre factores psicosociales y la salud de los empleados así como centrar la atención en la organización como un todo o en el equipo y en su bienestar o en sus disfunciones. En la práctica, esto implica un seguimiento continuo de aquellos factores de riesgo y de la disponibilidad para actuar cuando sea necesario. Los factores psicológicos y sociales difieren de los riesgos ambientales porque muchos de ellos tienen un nivel óptimo, esto es, que niveles demasiado elevados o demasiado bajos pueden tener un efecto adverso, como la carga de trabajo cuantitativa o cualitativa. En los países nórdicos, la legislación sobre seguridad y salud ocupacionales, cubre aspectos psicológicos y sociales del trabajo desde los años ochenta, y ello ha promovido la investigación y las actividades de desarrollo en los lugares de trabajo.

El esfuerzo humano, es al mismo tiempo un requisito para la productividad y el bienestar tanto de las personas como de las organizaciones en su conjunto (Cooper y Cartwright, 1994; Lindström, 1995). Una

estrategia de una organización laboral saludable es la de buscar un equilibrio entre el bienestar del personal y el éxito de la compañía.

El método de RAIE, desarrollado por la Psicología Organizacional, es una parte de esta estrategia, ampliamente utilizado para evaluar los riesgos psicológicos y sociales y para aplicar directamente los resultados a la mejora de la organización del trabajo. Normalmente este va seguido de una intervención planificada y su evaluación se realiza con el mismo método (Elo y Skogstad, 1997).

El método de RAIE ha sido clasificado en Psicología Organizacional como uno de los métodos de proceso humano (Nadler, 1977). Tanto en Finlandia como en Noruega, se ha utilizado a menudo en el contexto de los servicios de salud ocupacional (OHS). Típicamente, la RAIE incluye las siguientes fases (p.e., Harrison, 1994):

#### *Exploración de expectativas*

- Los clientes y los consultores exploran las expectativas sobre la intervención. Se formula una definición conjunta del problema real.

#### *Compromiso y contrato*

- Las partes más interesadas en la empresa (línea jerárquica, empleados, OHS, representantes de los sindicatos) se comprometen a evaluar las condiciones de trabajo y a desarrollar un programa potencial de intervención a través del análisis de la información y de discusiones en grupo.
- Se formulan los objetivos mutuos y el contrato (p.e., lo que cada parte está dispuesta a contribuir en relación con

lo que cada una espera recibir de las otras).

#### *Diagnóstico*

- Se diagnostica la situación actual utilizando un cuestionario, discusiones individuales y grupales, o aplicando el método de reunión basado en una participación democrática. A menudo se utilizan también datos sobre absentismo por enfermedad, rotación y jubilaciones anticipadas. También están disponibles con frecuencia indicadores de eficacia económica de una determinada organización de salud o de algunas partes de ella aunque estos indicadores son difíciles de comparar entre organizaciones.
- El foco del cuestionario de encuesta («survey») puede variar. Puede ser la organización en su conjunto, varios departamentos de la organización, un único departamento o un grupo de trabajo. El procedimiento parece más eficaz, en su aproximación participativa, cuando se centra en grupos reales de trabajo, es decir, grupos de gente con objetivos compartidos y algún nivel de interdependencia y con cierta diferenciación de roles entre ellos. Sin embargo, el nivel de la organización en su conjunto no debería pasarse por alto.

#### *Retroalimentación de la información*

- Los resultados de la fase de diagnóstico se proporcionan a la organización en su conjunto y a los grupos de trabajo en reuniones de retroalimentación de información. Cada grupo o unidad de trabajo interpreta sus propios resultados y se identifican los principales aspectos de la intervención con ayuda, en su caso, del consultor.

### *Planificación de la intervención*

- Se definen los objetivos específicos de mejora y se planifican los procesos de intervención y los pasos a seguir en la acción tanto para la organización en su conjunto como para las diferentes unidades de trabajo. También se planifica la integración entre diferentes proyectos pequeños de intervención en un grupo que está constituido por el consultor y representantes de todos los grupos de interés en la organización.

### *Implantación y apoyo del consultor*

- Se implantan las intervenciones de proceso planificadas. Los consultores externos dan apoyo a las acciones a través de procesos de consultoría.

### *Evaluación*

- El proceso y los resultados se evalúan conjuntamente utilizando métodos cuantitativos y cualitativos.

## **CASO: MEJORA DE LOS FACTORES ORGANIZACIONALES Y DEL TRABAJO EN UNA ORGANIZACIÓN DE SALUD LOCAL.**

Para ilustrar las acciones y contenidos concretos de el método RAIE describiremos a continuación cómo se aplicó dicho método en una intervención a nivel organizacional y del puesto de trabajo en una organización finlandesa de salud. La intervención comenzó intentando encontrar las áreas que necesitaban mejora y posteriormente se implantó la intervención. La aproximación adoptada fue participativa y los procesos de intervención obtuvieron el

apoyo del OHS y de consultores organizacionales externos. El proceso en su conjunto comprendió el método de RAIE, la implantación de intervenciones y la evaluación de los efectos conseguidos.

### **Organización objeto de estudio y material.**

La organización objeto de estudio fue una organización de salud municipal que empleaba a unas 900 personas. La necesidad compartida de regular el estrés psicosocial y la carga de trabajo y de mejorar el clima organizacional surgió en una situación en donde la organización tenía que reducir los gastos de personal y los trabajadores veían su carga de trabajo ya como demasiado elevada. El punto de partida se caracterizó por objetivos que contraponían la calidad de vida en el trabajo de las personas, por un lado, y la eficacia de la organización de salud, por otro.

Esta organización estaba formada por cinco departamentos: atención primaria, atención hospitalaria general, atención dental, departamento de aprovisionamiento y mantenimiento y departamento de higiene. La Tabla 1 describe el personal y sus datos de contexto cuando se realizó la primera encuesta.

### **Proceso de intervención.**

El proceso de intervención en el que se aplica el RAIE se ilustra en la figura 1 (Kivimiaki et al., 1998). El proceso se inició cuando la organización de salud contactó con el grupo de psicología organizacional del Instituto Finlandés de Salud Ocupacional. La primera fase del proceso de intervención fue la preparación del contrato, creando la organización básica para el proyecto, e informando a todo el perso-

Tabla 1

Datos demográficos y laborales del personal de la organización de salud local (n=901)

<b>Departamentos</b>		<b>Edad, años</b>	
▪ Atención Primaria	31 %	19 - 30	11 %
▪ Atención Hospitalaria	46 %	31 - 49	71 %
▪ Atención Dental	7 %	50+	18 %
▪ Departamento de Aprovisionamiento y Material	13 %	<b>Tipo de contrato</b>	
▪ Departamento de Higiene	3 %	▪ permanente	75 %
<b>Género</b>		▪ substitutoria	20 %
▪ mujer	91 %	▪ otros	5 %
▪ hombre	9 %	<b>Turnos</b>	
			35 %

nal sobre este proyecto, sus objetivos y su propio papel en el mismo. Esta fase tuvo una duración de dos meses.

La segunda parte consistió en la aplicación del cuestionario para evaluar los factores psicológicos y sociales en el trabajo de la totalidad del personal. El cuestionario fue adaptado específicamente para esta organización, una vez recogidos los datos se proporcionó información sobre los resultados a la dirección de cada unidad de trabajo mediante procesos de feedback. Esta parte se llevó a cabo durante los doce meses que siguieron al inicio del proyecto.

La tercera fase, duró otros doce meses y consistió en la planificación e implantación de medidas de intervención y de apoyo del grupo consultor. Finalmente, se llevó a cabo la evaluación del proceso y de sus efectos y se elaboraron los informes.

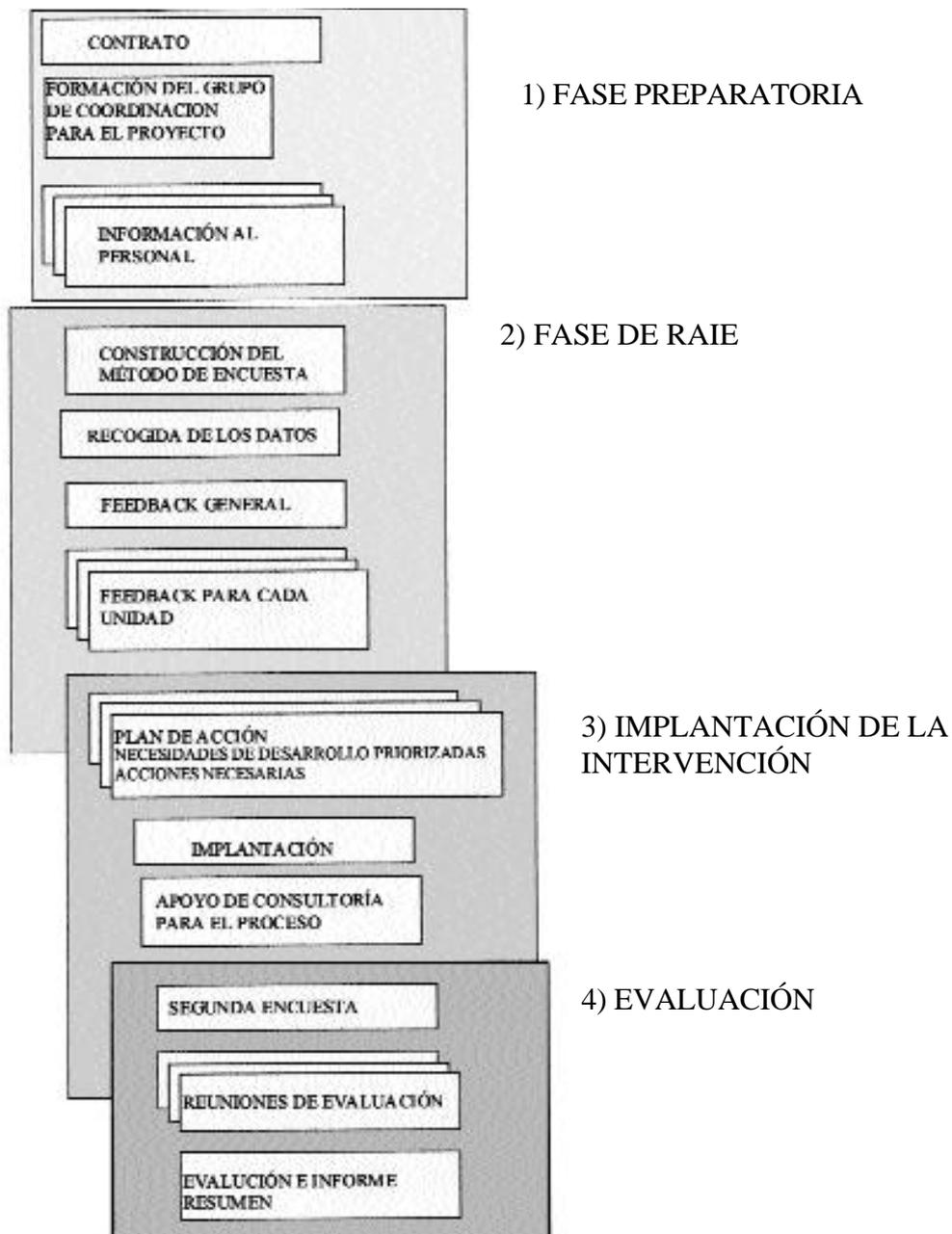
#### *Fase preparatoria*

Dado que los problemas relativos a los factores psicológicos y sociales eran difíciles de definir con claridad, fue necesario desarrollar grupos de discusión entre las distintas partes implicadas con el fin de obtener un consenso. El papel de los consultores fue ayudar en este proceso. Si los problemas y los objetivos no estaban claramente definidos al principio, el proceso en su totalidad resultaba vulnerable debido a un buen número de obstáculos que irían apareciendo.

Era necesario un grupo de coordinación para el proyecto de intervención con el fin de comprometer a los varios grupos implicados en la consecución de los objetivos del proyecto. La constitución de este grupo incluía a la representación de la dirección y de los principales grupos ocu-

Figura 1

Proceso de intervención (Kivimäki et al., 1998)



pacionales. También formaban parte del grupo un representante del OHS así como los consultores externos. La totalidad del personal recibió información de los objetivos y de las fases del proyecto. Varias reuniones informativas se organizaron y en torno a la mitad del personal participó en ellas.

#### *Fase de aplicación del método de RAIE*

El cuestionario a utilizar para recoger la información en este tipo de survey-feedback debería estandarizarse en este tipo de intervención con el fin de determinar sus características de medida y permitir comparaciones con otras organizaciones. Sin embargo, cada departamento y cada organización laboral tiene características específicas. Por esta razón, es necesario algún tipo de ajuste del cuestionario. En este caso, se añadieron algunas cuestiones específicas sobre relaciones con los pacientes y sobre presiones del trabajo.

El cuestionario estaba compuesto por 98 items y cubría, p.e., las siguientes características organizacionales y laborales y las medidas de bienestar psicológico.

- Ambiente físico de trabajo
- Carga física de trabajo y problemas ergonómicos
- Factores del puesto y de la organización
  - Presión temporal
  - Control del trabajo
  - Claridad de rol
  - Relaciones con los pacientes
  - Colaboración
  - Violencia en el trabajo
  - Prácticas de supervisión
  - Prácticas de mejora continua

- Salud y bienestar

- Satisfacción laboral
- Síntomas de tensión
- Síntomas musculoesqueléticos

La retroalimentación de los resultados generales para la organización en su conjunto se proporcionaron a la totalidad del personal en diversas reuniones de retro-alimentación de información. En esas reuniones, los resultados se compararon con los de otras organizaciones hospitalarias y de salud estudiadas por el FIOH en los últimos dos años.

La retro-alimentación de información a las unidades de trabajo sobre sus propios resultados se proporcionó en 27 reuniones. Los resultados de cada unidad se compararon con los de la organización en su conjunto. Se estimuló el debate con el fin de obtener interpretaciones de los resultados en cada contexto específico. Durante esta reunión también se realizó un debate preliminar sobre las acciones que habría que realizar y las ideas obtenidas fueron anotadas. Las unidades continuaron estas discusiones de planificación posteriormente, intentando encontrar objetivos específicos de mejora. Las características generales de la retro-alimentación de información se presentan en la Tabla 2.

#### *Plan de intervención y su implantación*

Se planificaron las medidas de intervención para cada unidad de trabajo. Las unidades de trabajo pasaron sus planes al grupo coordinador del proyecto que elaboró una visión global del proceso de implantación. Los consultores externos dieron apoyo al proceso y ayudaron a algunas unidades a analizar sus situaciones de problema específicas de forma más completa. Por ejemplo, se hicieron análisis de los procesos de trabajo y también se aplicó

Tabla 2

Características de la retro-alimentación de información (p.e. Harrison, 1994)

<ol style="list-style-type: none"><li>1. Relevante y comprensible para los miembros.</li><li>2. Descriptiva más que evaluativa.</li><li>3. Clara y específica.</li><li>4. Comparativa-ofreciendo comparaciones con unidades u organizaciones similares.</li><li>5. Proporcionada en el tiempo adecuado. Dado lo más pronto posible después de la obtención de los datos.</li><li>6. Creíble-información sobre la validez</li><li>7. Sensible a los sentimientos y motivaciones de los miembros.</li><li>8. Limitada, más que excesiva.</li><li>9. Práctica y factible. Abordará cuestiones sobre las cuales las personas pueden hacer algo.</li><li>10. Inconclusa-dejar márgenes para que las personas puedan hacer sus propias interpretaciones.</li></ol>
--

un método de registro diario en algunos departamentos con el fin de hacer un seguimiento del dolor musculoesquelético asociado con el manejo de pacientes. El tipo de intervenciones implantadas se presenta en la Tabla 3. En total se planificaron

50 actuaciones diferentes a nivel de departamento de unidad de trabajo.

Durante los procesos de implantación los miembros del grupo de proyecto facilitaron la implantación especialmente en algunas

Tabla 3

Medidas de intervención para reducir los estresores laborales y las respuestas al estrés

<p><b>Psicología y sociales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducir la sobrecarga de trabajo y relajar los pases de trabajo mejorando la distribución temporal de los turnos en los hospitales. (Encontrar un mejor equilibrio entre la carga del trabajo y el personal).</li> <li>- Reducir el trabajo "transaccional de papeleo" que tiene que hacer el personal de salud con el fin de que disponga de más tiempo para los pacientes.</li> <li>- Establecer grupos de asesoramiento en el trabajo para mejorar las competencias profesionales del personal de salud.</li> <li>- Proyectos para potenciar la cooperación entre médicos y enfermeras en centros de atención primaria.</li> <li>- Desarrollar un sistema de órdenes basado en AIDP para los servicios de mantenimiento (hacer el sistema actual más fiable).</li> </ul> <p><b>Ergonomía</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grupos de ejercicio interdepartamental para reducir los sufrimientos por los problemas de cuello y espalda (OHS).</li> <li>- Proporcionar ayudas manuales para el manejo de los pacientes.</li> <li>- Dar formación en el manejo de los pacientes y en el uso de las ayudas mecánicas (OHS).</li> </ul>
---

unidades y departamentos. También el fisioterapeuta del OHS contribuyó activamente a la intervención observando las situaciones relacionadas con el manejo de pacientes y organizando sesiones de formación para manejar esos pacientes previniendo desórdenes musculoesqueléticos.

*Encuesta de seguimiento y evaluación del proceso*

Antes de la segunda encuesta las unidades de trabajo evaluaron específicamente

el grado de éxito que obtuvieron en el logro de los objetivos de la intervención que habían establecido al comienzo.

El segundo cuestionario encontró cierta resistencia en algunas secciones del hospital porque las enfermeras jefes informaron a su personal de que no deberían responder al cuestionario dado que las promesas realizadas por la dirección relativas al incremento del número de personal durante la intervención no se habían cumplido. Esta fue probablemente la razón principal de la

caída de la tasa de respuesta de un 90% a un 70% en la segunda encuesta.

En esta fase el grupo de proyecto y la dirección de la organización de salud intervinieron activamente en el proceso y organizaron discusiones conjuntas con las responsables de enfermería. El conflicto se resolvió, pero la reducción en tasa de respuesta ya se había producido. Las razones para esta resistencia se basaron probablemente en la falta de representación de la dirección de enfermería del hospital en el grupo de coordinación aunque su sindicato estaba representado.

La segunda encuesta se llevó a cabo en la organización dos años después de la primera. Se cubrieron los mismos temas que en el primer cuestionario pero se incluyeron también cuestiones directas acerca de los cambios en las características del trabajo y de la organización así como una evaluación de la utilidad de varias partes del proceso y de los obstáculos encontrados. La retroalimentación sobre los resultados de la segunda encuesta se proporcionó a la organización en su conjunto por separado, a los supervisores y a cada unidad de trabajo por separado, como en la primera encuesta. En estas reuniones de retro-alimentación de información para la evaluación las unidades de trabajo discutieron los beneficios y problemas que se produjeron durante el proceso de intervención y en qué medida se habían logrado los objetivos planteados.

Los resultados de la segunda encuesta, las reuniones de evaluación y las evaluaciones de los temas de intervención específicos se resumieron por parte del grupo de coordinación que también evaluó el proceso en su conjunto. Todos estos resultados se incluyeron en un informe final que se distribuyó a toda la organización.

Las características de la organización y de los puestos de trabajo se evaluaron antes y después de la intervención. En la mayor parte de los departamentos la situación o bien era similar en ambas ocasiones o se habían producido mejoras tras la intervención. Especialmente el departamento de aprovisionamiento y mantenimiento mejoró de forma importante tras las intervenciones que habían sido más intensas en ese departamento (Tabla 4). También se constató que habían mejorado la salud y el bienestar en general, especialmente en el departamento de atención dental (Tabla 5). Además, se incluyó una evaluación directa de los cambios por los empleados en la segunda encuesta. Aunque se percibía que el clima general de la organización se había deteriorado, todos los cambios fueron evaluados de forma más positiva (Tabla 6).

La falta de tiempo y recursos fueron los principales obstáculos en la intervención según se informaba por parte de los empleados. En algunos casos los obstáculos se atribuyeron a objetivos poco claros y falta de personal que asumiera la responsabilidad del proceso y de motivar a los trabajadores durante la intervención (Tabla 7).

## DISCUSIÓN

En el caso que acabamos de describir, sobre un 40% del personal informó que la intervención había sido útil. Una proporción similar no había constatado ningún efecto y había sólo unos pocos que indicaron que habían sido efectos negativos. Esto es más bien un resultado común en este tipo de intervenciones. Las evaluaciones de la intervención en el departamento de aprovisionamiento y administración, en el de atención primaria de salud y en el de higiene fueron más positivas.

Tabla 4

Fuentes de estrés del trabajo y de la organización antes (n=901) y después (n=643) de la intervención en diferentes departamentos (a menudo y muy a menudo en %)

Factor	Departamentos									
	Atención primaria		Atención Hospitalaria		Atención Dental		Apoyo diagnóstico y rehabilitación		Higiene	
	Antes %	Después %	Antes %	Después %	Antes %	Después %	Antes %	Después %	Antes %	Después %
▪ Presión temporal	40	31	41	32	30	29	30	27	30	26
▪ Toma de decisiones compleja	25	17	17	10	20	17	21	15	29	12
▪ Falta de confianza y apoyo	15	11	20	18	23	16	38	16	5	16
▪ Presión para la conformidad	9	9	19	15	24	11	28	15	0	8
▪ Relaciones inter-personales pobres	8	7	13	10	24	20	25	11	4	4
▪ Competencia profesional del grupo de trabajo	4	5	9	5	17	4	13	1	0	0

Tabla 5

Síntomas percibido antes (n=901) y después (n=643) de la intervención (a menudo y muy a menudo, %)

Síntomas	Departamentos									
	Atención primaria		Atención Hospitalaria		Atención Dental		Apoyo diagnóstico y rehabilitación		Higiene	
	Antes %	Después %	Antes %	Después %	Antes %	Después %	Antes %	Después %	Antes %	Después %
▪ Síntomas de tensión	12	12	12	8	20	7	15	8	23	16
▪ Fatiga poco habitual	21	21	28	26	38	24	26	19	24	16
▪ Depresión	8	12	8	5	16	11	10	3	16	4
▪ Dolores en el cuello y en la espalda	30	33	47	43	59	37	50	37	44	34
▪ Dolores en la parte dental	18	18	30	24	30	21	27	25	24	25

*Tabla 6*  
Evaluación directa de los cambios durante el seguimiento,  
percibidos por los empleados (n=643)

	Mejora %	No cambios %	Deterioración %
▪ Colaboración dentro del equipo de trabajo	18	26	6
▪ Colaboración entre supervisor y empleado	18	71	10
▪ Competencia	19	80	1
▪ Clima laboral en el equipo de trabajo	16	71	12
▪ Clima laboral en la organización	16	74	20
▪ Servicios de salud ocupacional	14	89	3

*Tabla 7*  
Principales obstáculos en las intervenciones

Obstáculo	%
▪ Falta de tiempo y energía para dedicar al desarrollo de la actuación además de las obligaciones diarias	54
▪ Falta de recursos financieros	52
▪ Falta de un objetivo de intervención común	20
▪ Falta de una persona que se encargue de la coordinación del proceso	18
▪ Falta de entusiasmo compartido	16
▪ Falta de apoyo desde la dirección	16
▪ Falta de confianza en una mejora real	8
▪ Dificultades para cambiar la forma tradicional de hacer las cosas	6
▪ Falta de ideas nuevas y creativas	4
▪ Necesidad de más apoyo externo	4

La competencia y habilidades de consultoría son fundamentales para obtener resultados positivos cuando alguien se involucra como consultor externo en un proceso de estas características. El consultor tiene que conseguir la confianza de todos los grupos involucrados en la organización. Él/ella tiene que ser percibido como una persona digna de confianza y competente por parte de los empleados y de los supervisores. Especialmente cuando el superior se señala como parte del problema, el consultor juega un papel importante en la iniciación de procesos de desarrollo.

Las principales lecciones para nosotros, como consultores externos, fueron que las expectativas de varios grupos de interés eran muy difíciles de alcanzar y que era difícil de mantener el consenso. En concreto, el papel del grupo de coordinación del proyecto fue decisivo y su amplia representatividad pudo haber ayudado a evitar los conflictos al final del proyecto. Pero en cierta medida esto era un indicador del problema de dirección que preveía en general. En conclusión, los responsables de la municipalidad y la organización de salud estaban más bien satisfechos con el proyecto y querían continuar con el desarrollo de los temas relativos a la dirección, que habían sido el punto más débil de la organización en su conjunto.

Los siguientes puntos resumen los principales hallazgos de esta y otras intervenciones llevadas a cabo por investigadores y consultores del FIOH en organizaciones de salud:

- El personal de salud es muy cooperador y consciente cuando participa en encuestas e intervenciones.
- Los grupos y equipos de trabajo en salud son flexibles e innovadores para organizar su propio trabajo.

- La organización de proyectos de intervención es relativamente fácil en hospitales pero más difícil es en equipos de atención primaria.

Los problemas encontrados en las intervenciones, en este caso y en general en organizaciones de salud, han sido:

- La toma de decisiones políticas en una organización pública de salud es responsabilidad de pequeños municipios y ello suele llevar a la adopción de decisiones basadas principalmente en la disponibilidad de recursos financieros.
- Resulta a menudo difícil motivar a los médicos a participar en proyectos de intervención. Por lo tanto, las enfermeras acaban siendo el principal grupo de actuación.
- Las barreras profesionales deterioran o ralentizan los cambios en las prácticas de trabajo cuando el objetivo es crear equipos multidisciplinares que funcionen adecuadamente.
- Atender a las necesidades de pacientes complicados y aspirar a un cuidado de calidad excelente requiere rutinas para regular las propias inseguridades y para reducir los fallos.
- Las presiones de tiempo han aumentado en los últimos años, haciendo difícil encontrar tiempo para intervenciones organizacionales participativas y para el rediseño del trabajo. Tiempo y recursos financieros son percibidos por los empleados como los elementos que deterioran el desarrollo del trabajo.
- Estos tipos de intervenciones requieren apoyo de consultoría externa que puede resultar difícil de conseguir.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cooper, C.L. & Gartwright, S. (1994). Healthy organization. A proactive approach to occupational stress. *Human Relations* 47, 455-471.
- Elo, A. L. & Skogstad, A. (1994). Organizational interventions emphasizing the survey-feedback method. Elo, A. L. & Skogstad, A. (1994). Organizational interventions emphasizing the survey-feedback method. Review of psychological and social factors of work and suggestions for the General Nordic Questionnaire (QPS Nordic). En K. Lindström, M. Dallmer, A. L. Elo, F. Gamberale, S. Knardahl, A. Skogstad & E. Oyede (Eds.) Nord 15. Nordic Council of ministers: Copenhagen (pp. 18-24).
- Harrison, M.I. (1994). *Diagnosing organizations. Methods, models, and processes*. Sage Publications: Thousand Oaks.
- Karasek, R. & Theorell, T. (1990). *Healthy work*. Basic Books: New York.
- Kivimäki, M., Lämsäsalmi, H., Kerko, J., Kalliomäki-Levanto, T. & Lindström, K. (en prensa) Personnel-oriented organizational development, *Psykologia*, 3, 164-172.
- Lindström, K. (1995). Finnish Research in organizational development and job redesign. En L. R. Murphy, J. J. Horeell, Jr., S. L. Sauter & C. P. Keite (Eds.). Job stress interventions American Psychological Association: Washington (pp. 283-293).
- Nadler, D.A. (1997). *Feedback and organization development: Using data-based methods in organization development*. Addison-Wesley: Reading MA.
- Siegrist, J. (1998). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Warr, P. (1994). A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work and Stress*, 8, 2, 84-97.