

Mejora de la calidad de vida laboral y del servicio en el ámbito del transporte sanitario

Programa de evaluación e intervención

Jordi Tous Pallarès (*)

M^a del Pilar Bonasa Jiménez (*) (**)

Carolina Mayor Sánchez (*)

Judit López Novella (**)

(*) RESEARCH CENTER FOR BEHAVIOR ASSESSMENT. Departamento de Psicología. Universitat Rovira i Virgili, Tarragona
jordi.tous@urv.cat

(**) CENTRE DE DIAGNÒSTIC TARRAGONA, Tarragona

En este artículo se resume la metodología empleada para desarrollar el programa de evaluación e intervención llevado a cabo con los trabajadores del transporte sanitario, con el objetivo general de disminuir los niveles de estrés profesional provocado por sus tareas diarias y el trato con los usuarios. Entre las conclusiones, cabe destacar que, finalizado el programa, los trabajadores relacionan la formación con la mejora de su rendimiento y de la calidad de los servicios que prestan.

1.- INTRODUCCIÓN

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

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

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

El éxito en el desarrollo y aprovechamiento de las capacidades, habilidades, conocimientos y experiencias del individuo se convierte en un elemento prioritario (Spender, 1996; Grant, 1996). Es la psicología de las organizaciones y de los recursos

humanos la que se ocupa de su estudio y aplicación dentro del marco del trabajo en una organización e influye en el éxito de la empresa.

Si el trabajo incide en los empleados y los empleados influyen en el trabajo, es decir, si el bienestar del trabajador y la eficacia organizativa se superponen (Barrett, 1970; Lawler, 1982), las **organizaciones deben fomentar el bienestar físico y psicológico de sus empleados mediante la potenciación de aspectos positivos y la reducción de aquellos que ejercen impacto negativo.**

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

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

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

Nosotros creemos que no es así, que **los trabajadores tienen recursos** que emplean en forma de estrategia personal o grupal para afrontar las situaciones imprevistas y complejas que les puedan aparecer en su quehacer diario. Como psicólogos especializados en el comportamiento hu-



mano en la organización debemos valorar y aprovechar la **experiencia personal** así como las **redes de apoyo social** que ya existen, reforzar su empleo y su utilidad para implementar estrategias de intervención en la organización.

Las organizaciones deben **garantizar** a sus trabajadores unos **niveles de salud y calidad de vida** para poder obtener una óptima calidad en su servicio. Jahoda (1982) habla de una **"pseudo eficacia de la organización"** asociada al desarrollo de conductas poco saludables en el quehacer diario que permiten cubrir las lagunas del funcionamiento de la organización. Estas conductas psicossocialmente poco saludables no resuelven las dificultades con las que se enfrenta el empleado, y repercuten a medio o largo plazo sobre el clima, la calidad de vida laboral y la calidad del servicio que ofrece la organización.

En organizaciones asistenciales la mejora en la calidad de vida laboral se centra en tratar de eliminar los niveles de "pseudoeficacia" derivados del estrés que genera la tarea diaria sobre las personas. Pero, aunque quisiéramos, no podríamos eliminar completamente todos los elementos que elevan el estrés patológico en los trabajadores, por lo que solo nos queda **mejorar**

sus estrategias de afrontamiento personal y grupal de las situaciones de estrés.

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

2.- OBJETIVOS

El **objetivo general** del Programa OSS es disminuir los niveles de estrés profesional provocado por el trabajo diario y el trato con usuarios.

Para materializar los **objetivos específicos** consideramos que al finalizar el programa el empleado que participe en él debe ser competente y capaz de:

- Reconocer los síntomas del Síndrome de Burnout (o "Quemado en el Trabajo") y de otros fenómenos disfunciona-

les que tienen su origen en el trabajo diario con personas.

- Identificar los factores causantes de estrés tanto en el medio laboral como en la vida diaria.
- Utilizar de forma eficaz las técnicas reductoras de la ansiedad y presión psicológica en diferentes situaciones.
- Ser capaz de comportarse de forma habilidosa socialmente con los usuarios.
- Auto-conocer los propios límites.
- Delimitar las funciones profesionales con relación a las personales.
- Idear y gestionar un plan de reducción de estrés profesional adecuado a su puesto de trabajo.

Para la obtención de nuestra muestra de estudio contamos con la colaboración de STS-Grup, una empresa que desde hace 25 años gestiona una buena parte del servicio de Transporte Sanitario Urgente (SEM) y no urgente (programado) en el Camp de Tarragona.

3.- INSTRUMENTOS

Escala WPS-16 (*Work Psychosocial Scale -16*) (Tous-Pallarès, & Lorezo-Seva, 2009).

Se trata de un test de 16 ítems que evalúa tres factores psicosociales relacionados con la calidad de vida en el trabajo. Estos factores son:

- (CT) Contenido y autonomía del puesto de trabajo.
- (RP) Satisfacción con las relaciones interpersonales en el trabajo.
- (DR) Definición y localización del rol.

Escala MBI. (*Maslach Burnout Inventory*). Se trata de la adaptación española realizada para el INSHT por Salanova, M. (2003). Registra:

- (AE) Agotamiento emocional.
- (DP) Despersonalización o cinismo.
- (RT) Auto-eficacia en el trabajo.

Escala IFD (*Impulsividad Funcional-Disfuncional*) Se trata de una adaptación de la escala original de Dickman (1990) de impulsividad funcional y disfuncional realizada por Vigil-Colet (2004). Consta de 23 ítems para medir dos factores:

- (IF) Impulsividad funcional.
- (ID) Impulsividad disfuncional.

Escala FFPI (*Five Factor Personality Inventory*) Se basa en la adaptación al español publicada en Rodríguez-Fornells, Lorenzo-Seva, & Andrés-Pueyo (2001) para medir los rasgos de personalidad. Consta de 100 preguntas y cinco opciones de respuesta que miden cinco factores de personalidad.

Estos cinco factores son:

- (E) Extraversión.
- (AF) Afabilidad.
- (N) Escrupulosidad.
- (ES) Estabilidad emocional.
- (AU) Autonomía.

Entrevista en grupo

Con posterioridad a la realización de una primera evaluación con el WPS-16 y sesiones grupales donde se detectaron las necesidades formativas, se contactó con

los empleados ofreciéndoles la posibilidad de reunirse por un período máximo de 35-40 minutos en grupos formativos de 20 a 26 participantes.

Las cinco reuniones realizadas estaban dirigidas por tres psicólogos profesionales que orientaban la discusión en "focus group" hacia aspectos relacionados con la organización, el contenido del puesto de trabajo, las demandas psicosociales, los valores, la motivación y los objetivos personales y grupales, etc..., buscando conocer los aspectos psicosociales positivos que eran trabajados informalmente de forma individual o en grupo y que evitaban la génesis de problemas derivados del estrés.

4.- PROCEDIMIENTO

El trabajo se desarrolló en tres fases:

a.- Fase previa

Se realiza un estudio exploratorio sobre las características individuales y del rol de los profesionales de la empresa que se dedican al transporte sanitario mediante una evaluación previa con el test WPS-16 y las entrevistas focales.

La aplicación de las pruebas se realiza con posterioridad a la evaluación psicosocial que realizó a la empresa el Servicio de Prevención ajeno de mutua.

b.- Aplicación de acciones formativas

Se realizaron dos acciones formativas:

I. SESIONES DE PREPARACIÓN PSICOLÓGICA

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

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

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

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

II. SESIONES DE FORMACIÓN PARA LA ATENCIÓN DEL USUARIO

Partiendo de las necesidades detectadas, se planteó en esta fase proporcionar herramientas para la atención psicológica tanto a víctimas primarias (usuarios), como secundarias (testigos, familiares) y terciarias (técnicos intervinientes), de cara a detectar y dar respuesta adecuada a las necesidades de los diferentes tipos de víctimas que pueden encontrarse en los servicios que realizan.

Se proporcionaron herramientas para el autoconocimiento del técnico sobre sus capacidades, necesidades y limitaciones ante situaciones límite y otras situaciones que son valoradas como poco importantes y generan malestar emocional en los sanitarios. Se potencia la detección y el uso de estrategias propias y del grupo de trabajo preexistentes para la gestión de posibles dificultades generadas en situaciones pre, durante y post emergencia.

Se potenció que los participantes plantearan sus dudas o aspectos de interés, elemento muy útil para modular las acciones



■ **Tabla 1** ■ Estadísticos descriptivos WPS-16 en la aplicación previa (Fase a)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Varianza
CT	49	4,34	14,70	9,9131	2,55289	6,517
RP	49	7,07	21,56	16,2451	2,99601	8,976
DR	49	10,58	20,30	17,1263	2,31177	5,344

formativas y dar respuesta a las necesidades, mediante el desarrollo de puntos específicos del programa si así era requerido.

c.- Evaluación post-intervención

Una vez finalizadas las acciones formativas se evaluaron:

- Clima laboral con el **test WPS-16** y del impacto psicosocial del trabajo que realiza el técnico sanitario con la **escala MBI**.
- Personalidad y Diferencias Individuales que podrían complementar el perfil profesional y diferencial del profesional que realiza el servicio sanitario. Se emplea la **escala IF** para evaluar impulsividad funcional y disfuncional; y el **test**

FFPI para los cinco grandes rasgos de personalidad: Extraversión, Afabilidad, Escrupulosidad, Estabilidad Emocional y Autonomía.

La administración de las pruebas psicológicas se realiza una vez finalizadas las dos acciones formativas por parte de psicólogos expertos.

5.- RESULTADOS

5.1. Evaluación cuantitativa previa a la aplicación de las acciones formativas

5.1.1. La **escala WPS-16 (Work Psychosocial Scale -16):**

- **Contenido y autonomía del puesto de trabajo (CT).**

■ **Tabla 2** ■ Estadísticos descriptivos WPS-16 primer día

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
CT	49	4,34	14,70	9,9131	2,55289
RP	49	7,07	21,56	16,2451	2,99601
DR	49	10,58	20,30	17,1263	2,31177

■ **Tabla 3** ■ Estadísticos descriptivos WPS-16 para toda la muestra TTS (urgente y no urgente)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
CT	95	4	15	10,03	2,891
RP	95	12	20	17,30	1,924
DR	95	9	22	16,13	3,149

Los empleados valoran **positivamente la forma de organizar y realizar el trabajo, la diversidad de tareas y la no repetitividad de su trabajo** que se produce en su organización.

La puntuación media divide la distribución en dos grupos idénticos.

Las puntuaciones medias obtenidas son de hasta 3 puntos por encima de las de la población normativa.

- Satisfacción con las relaciones interpersonales en el trabajo (con superiores y compañeros) (RP).

Valoran **positivamente las relaciones interpersonales que se derivan de su trabajo**; se sienten integrados en el grupo de trabajo, con buenas relaciones con los compañeros y se preocupan por sus problemas. Paralelamente relacionan la formación con la mejora de su rendimiento y de la calidad de los servicios que ofrecen.

Las puntuaciones medias obtenidas están hasta 8 puntos por encima de las de la población normativa, lo que significa una alta satisfacción en este aspecto.

Solo un 30 % obtienen una puntuación inferior a la media en este factor.

- Definición y localización del rol (DR).

Las puntuaciones medias significan un conocimiento y compromiso con la organización. Consideran que su trabajo tiene sentido para la sociedad, es reconocido y poseen expectativas de mantenimiento y promoción; tienen **identificado y definido su rol profesional**.

Solo un 39 % obtiene puntuaciones superiores a la media, dejando por debajo de ella un 75%.

5.1.2. Comparación de los resultados con los obtenidos por la Mutua.

Los análisis realizados sobre factores psicosociales y clima laboral por el Servicio de Prevención Ajeno a la empresa difieren de los evaluados con el test WPS-16, prueba que nos permite una detección más individualizada para el análisis y posterior intervención.

5.1.3. Datos cualitativos de la entrevista en grupo con los participantes en grupo.

- Los participantes que han estado previamente en otras empresas de ambulancias son los que mayoritariamente valoran

la actual empresa; entre los que han entrado a trabajar directamente hay más diferencias en este sentido, al igual que las hay en función de las variables **edad cronológica y tiempo experiencia**.

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

- No parecen **tener claro o conocer el papel de los diferentes intervinientes** en las diferentes actuaciones, dependiendo más de su experiencia previa en situaciones anteriores que de su conocimiento técnico. A modo de ejemplo: en transporte no urgente, qué hacer si, al llegar al hospital, no recogen desde allí al enfermo, hasta dónde llegar; o en transporte urgente, si pueden o no inmovilizar a un paciente agresivo o agitado, si la policía tiene que acompañarles dentro o fuera de la ambulancia.

- Hablan **de falta de consideración**, entienden que, a pesar de ser ellos quienes más conocen la zona de intervención, se les imponen rutas o direcciones concretas aunque dichas direcciones ya no existan o las rutas que ellos conocen sean más efectivas.

- **Presión temporal**, necesidad de autogestión del tiempo. Entienden que desde que se recibe el aviso en coordinación hasta que llega a ellos pasa demasiado tiempo, exigiéndoles después que cumplan con un tiempo que no pueden controlar.

- Sentimientos de **impotencia ante la gestión de las quejas**. Tienen la idea de que pueden ser sancionados en cualquier

momento y ante cualquier discrepancia, sin que tengan una persona de referencia o sin que esta persona tenga capacidad de respuesta satisfactoria para sus intereses.

- Algunos poseen **“Espíritu de Ángel Salvador”** por lo que les cuesta entender y mantener una actitud positiva ante servicios que entienden no responden a su “misión”.

Básicamente hay dos grupos: los que entienden el **trabajo como algo meramente objetivo**, con la aplicación de protocolos y técnicas determinadas, y los que entienden que **el trabajo conlleva además el trato con personas**. Los primeros se presentan como más “infranqueables” ante cualquier indicación que implique capacidades como la comunicación, la empatía, etc., los segundos por el contrario aceptan y participan de manera muy activa.

5.2. Evaluación cuantitativa una vez finalizadas las acciones formativas

5.2.1. La escala WPS-16 (*Work Psychosocial Scale -16*):

- **Contenido y autonomía del puesto de trabajo (CT).**

Los empleados valoran más **positivamente la forma de organizar y realizar el trabajo, la diversidad de tareas y la no repetitividad de su trabajo** que se produce en su organización.

Las puntuaciones medias reflejan un aumento sobre la puntuación media obtenida en la evaluación previa.

- **Satisfacción con las relaciones interpersonales en el trabajo (con superiores y compañeros) (RP).**

Valoran un poco más **positivamente las relaciones interpersonales que**



■ **Tabla 4** ■ Estadísticos descriptivos MBI para toda la muestra TTS (urgente y no urgente)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Dev. típ.
AE	95	0	4	,99	,838
DP	95	0	4	,77	,809
RT	95	1	6	4,75	1,028

se derivan de su trabajo que en la evaluación inicial.

Las puntuaciones medias obtenidas están hasta 10 puntos por encima de las de la población normativa, lo que significa una alta satisfacción en este aspecto.

- **Definición y localización del rol (DR).**

Se produce un ligero descenso en las puntuaciones medias con respecto a la evaluación inicial. Parece ser que las acciones formativas les han hecho tomar conciencia del sentido que tiene su trabajo para la sociedad y tienen **identificado y definido su rol profesional**.

5.2.2. El test MBI (*Maslach Burnout Inventory*):

El análisis del test muestra lo siguiente:

- **Agotamiento emocional (A).**

Sus puntuaciones medias son inferiores a la media normativa presentando **niveles bajos de agotamiento emocional**, aunque en algún caso se supera la puntuación media normativa.

- **Auto-eficacia en el trabajo (E).**

Sus puntuaciones medias superan las de la población normativa, con lo que puede estar indicando que **su trabajo no está valorado por la organiza-**



Tabla 5 ■ Estadísticos descriptivos IFD para toda la muestra TTS (urgente y no urgente)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
IF	85	0	10	5,32	2,411
ID	85	0	10	2,52	2,369

Tabla 6 ■ Estadísticos descriptivos FFPI para toda la muestra TTS (urgente y no urgente)

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
E	94	34	63	48,45	6,756
AF	94	27	69	49,04	9,344
N	94	37	74	55,85	8,029
ES	94	44	70	58,79	6,103
AU	94	35	78	49,95	8,782

ción, lo que les dificulta la integración personal y el compromiso con la organización. Hay que destacar que esta evaluación condiciona el sentimiento de utilidad para la empresa que les puede llevar al cinismo.

- **Despersonalización o cinismo (DP).**

A partir de las puntuaciones obtenidas aparecen los **primeros indicios de poner en duda el sentido de su trabajo**

vocacional. Este dato coincide con el obtenido en el Factor DR del WPS-16.

5.3. Evaluación cuantitativa del perfil individual del TTS

5.3.1 La escala IFD (Impulsividad de Dickman):

La comparación de los resultados con los datos normativos nos muestra para los TTS puntuaciones medias más elevadas en Impulsividad funcional (IF) que la muestra normativa de 1,6 puntos, y más bajas en Impulsividad disfuncional (ID), hasta 2 puntos.

5.3.2. La escala FFPI (Five Factor Personality Inventory) de Hendriks et al (1999) adaptación de Rodríguez et al. (2001).

La comparación de los resultados con los datos normativos no refleja:

- Puntuaciones medias similares a la media normativa en los factores: (E) Extraversión, (AF) Afabilidad y (AU) Autonomía.

- Puntuaciones **medias ligeramente más altas** en los factores: (N) Escrupulosidad y (ES) Estabilidad emocional.

El análisis de las diferencias entre los grupos de TTS urgente y no urgente no resulta significativo a nivel de perfiles individuales.

6.- CONCLUSIONES

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

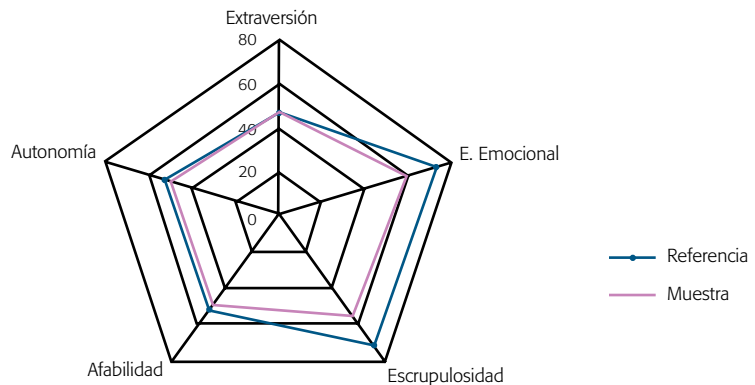
Paralelamente, **relacionan la formación con la mejora de su rendimiento y de la calidad de los servicios** que ofrecen.

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

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

De la totalidad de los participantes, hasta el momento, se detectan **más díadas que grupos**, lo que puede traducir-

■ **Figura 1** ■ **FFPI comparación de las puntuaciones entre la media de la muestra y la media de referencia.**



se en problemas si hubiera algún cambio en el funcionamiento de la misma. No perciben la existencia de un soporte grupal estructurado, y valoran positivamente la posibilidad de intercambio que supone la participación en el programa a nivel de poder conocer personas y realidades de otras bases, compartiendo la experiencia a modo de aprendizaje y crecimiento de

manera complementaria al entrenamiento en habilidades psicológicas.

Agradecimientos:

Para la realización del presente trabajo se ha contado con la colaboración de la Empresa STS- Grup <http://www.stsgrup.org/> ●

■ Bibliografía ■

- Barrett, J. (1970). *Individual goals and organizational objectives: A study of integration mechanisms*. Ann Arbor, Michigan: Center for Research on Utilization of Scientific Knowledge.
- Dickman, S. (1990). "Functional and dysfunctional impulsivity. Personality and cognitive correlates". *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1):95-102.
- Gil-Monte, P., Carretero, N. and Roldán, M.D. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con Discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. 21(1-2):107-123
- Grant, R. M. (1996). 'Prospering in dynamically-competitive environments: organizational capability as knowledge integration'. *Organisation Science*, 7, 4, 375-87.
- Jahoda, M. (1982). *Employment and unemployment. A social-psychological analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lawler, E.E. (1982). Increasing worker involvement to enhance organizational effectiveness. En P. Goodman and Associates (eds.), *Change in Organizations* (pp. 280-315). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Murphy, L. R. (1999). Organizaciones laborales saludables: agenda de investigación. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 15 (2), 223-235.
- Pfeiffer, G. J. (1987). "Corporate health can improve if firms take organizational approach". *Occupational Health & Safety*, October, 96-99.
- Rodríguez-Fornells, A., Lorenzo-Seva, U., & Andrés-Pueyo, A. (2001). "Psychometric properties of the Spanish adaptation of the Five-Factor Personality Inventory". *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 145-153.
- Salanova, M., Llorens, S., Cifre, E., Martínez, I.M. y Schaufeli, W.B. (2003). "Perceived collective efficacy, subjective well-being and task performance among electronic work groups: an experimental study". *Small Groups Research*, 34(1), 43-73
- Spender, J.-C. (1996). 'Competitive advantage from *Relative Absorptive Capacity* 477 tacit knowledge? Unpacking the concept and its strategic implications'. In B. Moingeon and A. Edmondson (eds.), *Organizational Learning and Competitive Advantage*. Sage, Newbury Park, CA.
- Tous, J., Bonasa, M., Mayor, C. & Espinoza, I. (2011). Escala de clima psicosocial en el trabajo: desarrollo y validación. *Anuario de Psicología. Barcelona*. ISSN: 066-5126 <http://psico.fcep.urv.es/questionaris/wps/>