



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA



FACULTAD DE PSICOLOGIA

TRABAJO FINAL DE GRADO

TÍTULO: La toma participativa de decisiones
en los equipos de cuidados intensivos y su incidencia
en la salud de los enfermeros.

ESTUDIANTE: Cynthia Acosta.
C.I. 4.155.829-8

TUTOR: Lic. Ana Luz Protesoni

Montevideo, Octubre 2017

Índice.

- ◆ INTRODUCCIÓN página 1

- ◆ ANTECEDENTESpágina 2

- ◆ DESARROLLO página 3

- ◆ SALUD OCUPACIONAL página 4
 - Condiciones y medio ambiente de trabajo página 7
 - Factores psico sociales página 7
 - Burn out y estrés página 9

- ◆ ROL DE ENFERMERÍA página 11
 - Enfermería en UCI página 13

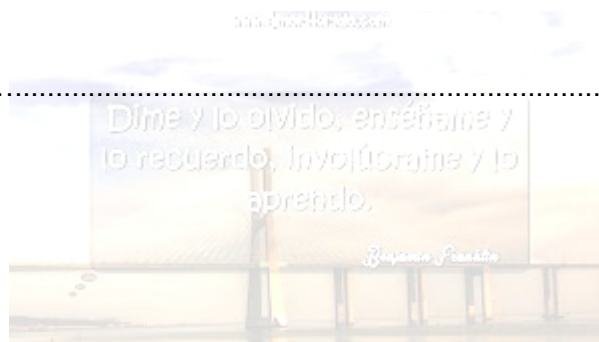
- ◆ SALUD EN ENFERMERÍA. CUIDAR AL CUIDADOR página 15

- ◆ TRABAJO EN EQUIPO página 16

- ◆ TOMA PARTICIPATIVA DE DECISIONES página 19

- ◆ CONCLUSIONES página 22

- ◆ BIBLIOGRAFÍA página 25



Introducción.

*“Conozca todas las teorías, domine todas las técnicas.
Pero al tocar un alma Humana, sea apenas otra alma Humana”*
Carl Gustav Jung

El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión bibliográfica, a partir de la cual obtener un conocimiento sistematizado y actual sobre la problemática de la salud de los enfermeros de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y su relación con la toma de decisiones participativas dentro del equipo de trabajo.

La Salud Ocupacional, como lo plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), consiste en una articulación compleja de diferentes componentes que incluye lo material, personal, social, relacional y organizacional, entre otros. Las tareas de enfermería consisten en: la realización de técnicas y procedimientos con finalidades diagnósticas, terapéuticas y/o preventivas, la ejecución correcta de la técnica y selección de materiales, causando las mínimas molestias posibles al paciente, los conocimientos de los controles necesarios a efectuar en relación al procedimiento, la prevención y detección precoz de complicaciones potenciales y a su vez equilibrar las órdenes de los médicos con las demandas del paciente (Pucci, 2004). También tienen como tarea guiar y dirigir los procesos y ejecución de las tareas, una toma de decisiones que atraviesa el ámbito técnico profesional y humano y requiere de una reflexión crítica continua sobre su conducta, acciones, emociones y cuidados (Sánchez, 2002). La tarea en cuidados intensivos le agrega particularidades a esta complejidad. El cuidado del paciente en estado crítico de salud conlleva una constante vigilancia ante la fragilidad y labilidad de sus condiciones físicas y/o psíquicas con técnicas y procedimientos invasivos. El rol del enfermero en UCI incluye una preparación técnica especializada y actualización constante, un grupo relativamente estable de personas que se unen con un fin común, un área cerrada de trabajo, con reglas estrictas de asepsia y cuidados, entre otros. La funcionalidad de la técnica en equipo, a partir del manejo adecuado de los procesos de toma de decisiones, aumenta la productividad del grupo (Pichón Riviere, 1975).

Las Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo (CYMAT) plantean que el personal de la Salud es el más proclive a sufrir estrés laboral debido al rol, las condiciones y medio ambiente de trabajo (OMS, 2000). Los factores físicos, químicos y biológicos son los más estudiados como causas de accidentes laborales pero de acuerdo a las repercusiones que tiene el estrés laboral en el quehacer de enfermería es pertinente pensar en los factores psico sociales. De acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1984) éstos incluyen las percepciones y experiencias del trabajador y la cultura en la cual esté inmerso en una articulación compleja. La organización es considerada un factor psico social en sí mismo, el tipo de gestión que establezca va a permitir o restringir el grado de autonomía en la toma de decisiones de enfermería. Las formas de gestión que se dan en los equipos y los modos en que se articulan los componentes de éste, parecerían ser determinantes de la eficacia y del nivel de salud de los integrantes.

Muchas veces se establece una relación desfavorable entre trabajo y salud que genera desgaste profesional. Desde hace unas décadas se viene estudiando el tema del desgaste profesional, del burn out, del estrés laboral. En la actualidad existen múltiples constructos sobre el burn out. Maslach y

Jackson (1986) definen el burn out como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y bajos sentimientos de realización personal. El burn out es la consecuencia de la exposición prolongada a estresores crónicos personales y relacionales en el trabajo cuando fallan las estrategias de afrontamiento de la persona (Lorente, Salanova y Martínez, 2017). El concepto de estrés ha variado a lo largo de la historia según el autor y la variable que se tome en cuenta (Flores, M. 1996). En general éste refiere a un desequilibrio fisiológico y/o psicológico. Estudios actuales toman al estrés laboral como la principal causa que explica el desarrollo del burn out. El estrés percibido es el concepto más utilizado en la actualidad y hace referencia a una reacción personal frente a los estímulos recibidos (Lazarus y Folkman, 1984). La percepción de estrés se asocia a la capacidad de afrontamiento de las personas frente a determinados estímulos (Lorente, Salanova y Martínez, 2017).

El desgaste profesional es una problemática actual y de creciente relevancia social por la incidencia, los costos que ocasiona al sistema, los efectos en la calidad de los servicios y en los trabajadores. El aporte desde la psicología está dado por la observación crítica de los factores psicosociales que ofician como estresores presentes en el ejercicio de la profesión con repercusiones variables de acuerdo a las percepciones individuales que de ellos se tiene. Desde la psicología laboral se intenta dar cuenta de la toma participativa de decisiones como un posible amortiguador del estrés laboral y en consecuencia un promotor en salud del equipo de enfermería en UCI.

“La vida social es, en esencia, práctica. Todos los misterios que descarrían la teoría hacia el misticismo, encuentran su solución racional en la práctica humana y en la comprensión de ésta práctica” Marx, C (1845)

Antecedentes.

Referente al trabajo, salud y rol del equipo de enfermería:

El Plan de Salud Laboral del Ministerio de Salud Pública (2009) establece la Ordenanza número 145 de acuerdo a las Recomendaciones de la American Conference of Industrial Hygienists (ACGIH). En ella se busca el control y cuidado de los factores de riesgos físicos y químicos y el mecanismo de intervención regente. No se encuentran registros sobre riesgos psico sociales hasta la fecha relacionados con las interrelaciones en los aspectos individuales y colectivos. Tampoco se encuentra en la página del MSP directrices ni notificaciones referente a los cuidados y riesgos psicosociales en el equipo de salud propiamente dicho.

Estudios realizados con equipos de enfermería en Uruguay plantean que el rol de enfermería ocupa una posición bisagra articuladora de las relaciones médico-paciente, paciente-familiares, médico-otros integrantes del equipo (Silveira y Barrios, 1995) y que la autonomía en la gestión de la tarea, desempeña un papel importante en los procedimientos de enfermería (Grupo de Estudio y Reflexión sobre los Cuidados Enfermeros en Uruguay, 2005/2009). Etcheverry (2014) concluye que en materia de salud ocupacional no existen estrategias de resolución de enfermedades (burn out específicamente) aplicadas a los enfermeros que lo padecen o presentan riesgos, sino que el abordaje es sobre gestión institucional. La autora describe que el rol de enfermería, la organización y las condiciones de trabajo son los hilos principales en la relación asistencial.

Referente al estrés en el ámbito laboral:

Estudios sobre estrés en el equipo de enfermería plantean una correlación con la calidad de vida no pudiendo distinguir factores específicos de estrés percibido (Lazarus y Folkman, 1986; Estrada, A. 2008) o protección (Novoa, M. et al 2004 ; Cozzo y Reich, 2015), y establecen una relación inversa con la personalidad resistente (Jimenez et al, 2000). A su vez Ríos y col (2010) plantean el carácter predictivo de la personalidad resistente sobre el malestar psíquico, y la importancia sobre la salud de participar activamente en el curso de los acontecimientos. Lorente, Salanova y Martínez (2007) elaboran una ficha técnica que aborda las estrategias de prevención del Burn out desde los recursos humanos. Las autoras plantean el burn out como una consecuencia de la exposición a estresores prolongada en el tiempo. Las estrategias van desde la prevención del síndrome hasta disminuir sus consecuencias según sea el objetivo elaborado para la intervención. Plantean al respecto que, aún en la actualidad, no existe una única forma que trate específicamente la enfermedad o su prevención. Desde un modelo de relación secuencial Iglesias y Bonilla, (1996) estudian la correlación entre actitudes laborales y estrés asistencial encontrando como mediadores la satisfacción y la implicación laboral. Gonzalez y Pérez (2011) investigaron la relación riesgo laboral y salud mental de equipos de enfermería en México y establecieron correlaciones significativas entre los resultados en cuatro grupos de factores: clima organizacional, motivación, motivación y satisfacción laboral, desgaste profesional y trastorno por consumo de alcohol.

Pérez Nieto y su equipo (2002) estudiaron las reacciones emocionales ante el estrés en el personal hospitalario ,y desarrollando un programa de intervención que incluye técnicas cognitivas, de relajación y conductuales. Concluyen que los programas cognitivos conductuales de control de estrés, centrados en un adecuado manejo de ansiedad e ira (consideradas respuestas típicas en la adaptación ante el estrés), constituyen una intervención adecuada y eficaz para las respuestas emocionales ante el estrés en el personal sanitario.

Referente a la toma participativa de decisiones:

En la última década diversos autores estudian la importancia de la toma de decisiones en los equipos sanitarios, como factor psicosocial y condición de trabajo (Danet, Romera y Prieto, 2002; Grau, Vallejo y Tomás, 2004; Chiang, Salazar y Nuñez, 2007; Tomasina, 2010). Esto ha llevado a la necesidad de generar políticas en salud ocupacional asociadas a modelos de gestión organizacional que tengan presente los factores promotores de salud. La escasa posibilidad de participación, la percepción de un trabajo poco valorado y las dificultades para controlar su propio trabajo es la principal causa de insatisfacción y estrés laboral (Trucco, et. al, 1999; Añon, et. al, 2014), particularmente en la UCI (Benítez y Rodríguez, 2014). Los Dres. Barbato, M. et al (2014) en la revista médica del Uruguay plantean que el personal de salud presenta una disminución en la percepción de los riesgos y naturaliza las condiciones de trabajo, no reconociendo la inseguridad laboral. Castagnet (2014) abre un campo de problemáticas para reflexionar sobre las organizaciones participativas y su contribución a la construcción de la salud mental y promoción de derechos Humanos.

Desarrollo

A partir de una mirada desde la salud y la psicología ocupacional se realizó una revisión bibliográfica, intentando establecer la importancia del trabajo en equipo en un equipo de salud de la unidad de cuidados intensivos (UCI). En particular se indagó sobre el papel de la toma participativa de decisiones y su repercusión en la salud del trabajador. Como plantean Etcheverry y Protesoni (2009) se ubicó al hombre en situación para delimitar el campo y comenzar desde ahí a hacer una serie de interrogantes que intentaron dar un sentido a la visibilidad de los acontecimientos en torno a una problemática actual. Se buscó establecer un recorte de la realidad que intente explicar las formas actuales de ser y hacer en determinado momento, lugar y espacio.

Se toman las organizaciones como contexto de acción del equipo de enfermería ya que, a través de su sistema de gestión, producen repercusiones en el quehacer de los individuos dentro y fuera del ámbito laboral. Para entender la forma de gestión de las organizaciones, se explicaron ciertas características que la hacen posible y moldean, y poder dar cuenta de la forma particular que toma el trabajo en equipo dentro del ámbito organizacional de la Salud.

Dentro de un soporte social como es la organización y la actual revalorización de los recursos humanos se tomaron los factores psico sociales como principales influyentes en la salud ocupacional del equipo de enfermería asociado al rol que desempeña dentro del área asistencial de la UCI. La prevalencia del burn out como enfermedad ocupacional en el equipo de salud llevaron a pensar en acciones de prevención que tengan en cuenta las causas de desgaste profesional. El estrés es considerado en la actualidad como la principal causa del desarrollo del burn out en el personal de enfermería en acciones inherentes a su rol.

Como principales amortiguadores de estrés laboral se tomaron el clima organizacional y la satisfacción laboral y sus repercusiones en el desempeño de enfermería para darles un valor como factor de protección en salud ocupacional.

Se intentó articular los conceptos mencionados de forma que permitan disminuir la brecha entre trabajo y salud.

*“La experiencia de mirar, escuchar y encontrarme con otro
irradia la posibilidad de mirarnos, escuchar y encontrarnos con otros
al zambullirnos en el universo conectivo de las diferencias”
Etcheverry, G y Protesoni, A (2009)*

Salud Ocupacional

En este apartado se intentará dar cuenta de los factores que conforman y constituyen la salud ocupacional con especial atención a los factores psico sociales considerados influyentes en la salud del equipo sanitario en general y al equipo de enfermería en particular. Se toma como campo de acción a las organizaciones y su estructura de gestión a través de la que se hace posible pensar en condiciones de salud de los trabajadores sanitarios.

La salud ocupacional ha sido objeto de estudio de múltiples profesionales de la ciencia, sociología y política, ante los acontecimientos sociales que ponen de relieve la fragilidad y amenaza que suscita en determinado momento histórico. A fines del siglo pasado surge la psicología ocupacional que

una la psicología clínica y la salud pública en busca de respuestas y un nuevo enfoque de estudio. Esta rama de la psicología busca entender los procesos psicológicos subyacentes y mejorar la salud ocupacional, la seguridad y el bienestar, a través del estudio de la compleja interacción entre el empleado y el medio ambiente de trabajo. En la actualidad, a la hora de reconocer una enfermedad profesional, entran en juego factores económicos y hasta ideológicos que complejizan la situación. Existe una lista de enfermedades profesionales reconocidas oficialmente que asciende a 79 y no incluye a la mayor parte de las enfermedades relacionadas con lo psicológico y lo mental. Algunos problemas y enfermedades no son accidentes, sino problemas que se repiten en el tiempo y se van agravando lentamente, sin que muchas veces los reconozcamos como tales (Sponton, 2012. Departamento de Salud Ocupacional, párr. 3).

El trabajo y el empleo son determinantes sociales de la salud. Una visión holística al respecto, permite un abordaje integral y específico sobre la situación que se establece en cada contexto, cultura y grupo humano. No sólo el estudio de los trabajadores, sino también, y en sentido más amplio, de la relación del hombre con el trabajo y la articulación de la vida laboral con la vida privada. El servicio de salud ocupacional evalúa los factores de riesgo que se presenten de acuerdo al tipo de desempeño, la posición laboral y las condiciones de trabajo.

En el Marco Global de Lugares de Trabajo Saludables (OMS, 2010) se establece que un lugar de trabajo saludable es aquel en que, trabajadores y directivos realizan trabajo conjunto en un proceso de mejora continua en promoción y protección de la salud, la seguridad y el bienestar de todos los trabajadores, contribuyendo a la sostenibilidad del lugar de trabajo. Destaca cuatro aspectos de trabajo saludable: salud y seguridad respecto al entorno físico; salud, seguridad y bienestar en relación al entorno psicosocial (incluye organización laboral y cultura organizacional); recursos personales de salud en el lugar de trabajo (con promoción de vida saludable); sistemas de participación comunitaria para la mejora de la salud de los trabajadores, sus familias y la comunidad. La salud en el trabajo y los ambientes de trabajo saludables se cuentan entre los bienes más preciados de personas, comunidades y países. Un ambiente de trabajo saludable es esencial, no sólo para lograr la salud de los trabajadores, sino también para hacer un aporte positivo a la productividad, la motivación laboral, el espíritu de trabajo, la satisfacción en el trabajo y la calidad de vida general (Organización Panamericana de la Salud, 2010). Salanova (2009) define “organización saludable” en oposición a “organización enferma” concepto previamente establecido. Las organizaciones saludables son aquellas capaces de satisfacer las distintas necesidades de los empleados como las de afecto, reconocimiento, estima, pertenencia, entre otros. Son las responsables de poner a disposición de los trabajadores los recursos y herramientas necesarias para alcanzar sus metas y objetivos. Un trabajador sano es aquel que no está enfermo, no presenta síntomas, pero a su vez está motivado en su trabajo, satisfecho, comprometido con la organización, y adaptado a su entorno laboral y extra laboral. Pichón Riviere (2002) por su parte, afirma que el Hombre, mediante el trabajo cumple funciones esenciales de equilibrio para su personalidad, a través de un tipo de realización que le asegura una firme articulación a la realidad y al grupo humano al que pertenece, siendo promotor de salud individual y colectiva. La pertenencia e

identidad en nuestro contexto socio político actual se construye en base a la integración de determinada organización empresarial. Genera una identidad con mayor labilidad debido a la continua posibilidad de un cambio de organización. Las relaciones laborales se instauran también bajo esta lógica en dónde se tornan superficiales debido al constante cambio y competencia existentes. A fines de los años 90 se crearon tres redes para apoyar el establecimiento de entornos laborales saludables, la Red Europea para la Promoción de la Salud en el Lugar de trabajo, la Red Regional del Pacífico Occidental para la Creación de lugares de trabajos saludables y la Red Regional Panamericana para la Promoción de la Salud de los Trabajadores. Estas redes ponen en marcha estrategias sistemáticas, planificadas y proactivas para mejorar la salud de los trabajadores y la salud financiera de la organización a través de prácticas. Las mejoras en las tareas (diseño y re diseño de puestos), ambiente social de la organización a través de una comunicación abierta y estrategias de conciliación entre trabajo y vida privada, generan resultados con la excelencia, el entorno organizacional y la comunidad. Cada organización, en cada contexto y cultura va a poseer sus características particulares que hacen a las CYMAT. La valoración de los factores psico sociales que la conforman, en los tres niveles individual, grupal y organizacional, es lo que permite identificar su estado saludable. Salanova (2009) plantea al respecto la dialéctica existente entre salud ocupacional y calidad organizacional, dónde el estudio de los factores de riesgo (que desde la psicología de la salud ocupacional se denominan factores psico sociales), que convergen en ese sistema producen cambios positivos hacia ambos lados. La forma en que se gestionan los contextos influyentes es clave para el desarrollo de las organizaciones.

La complejidad del sistema laboral que requiere de nuevos enfoques adaptados a una realidad social, contextual e individual, junto a la estrecha relación de seguridad y condiciones de trabajo, dejan al descubierto la necesidad de un abordaje global, integrado y multidisciplinario. El Plan de Acción Global en Salud de los Trabajadores (OMS, 2000) establece un enfoque inter sectorial e inter disciplinario entre los estados miembros, con el fin de colaborar en la elaboración de políticas que protejan y promuevan la salud de los trabajadores. Desde 1976 comienza a funcionar en algunos países el Programa Internacional para el Mejoramiento de las Condiciones de Trabajo, promulgado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT). La alternativa de la concepción tradicional propone cambiar el sistema “reparador” por un sistema de prevención en materia de salud y condiciones de trabajo. Neffa (2002) al respecto, pone de relieve la importancia del recurso humano, de la vida antes que la “reparación”. Como recurso establece generar estrategias de prevención que tengan presente unas CYMAT adecuadas para la posibilidad de realización personal, satisfacción y equilibrio. Establece una concepción de un “colectivo de trabajo”, como algo más que la suma de trabajadores. Un equipo que como tal, va a generar la posibilidad de reflexión, medidas y cuidados en materia de prevención de riesgo, entre otros. El trabajo es un derecho y una necesidad personal y social que, aunque con connotaciones diferentes en cada uno, constituye una forma de vida y relacionamiento. Esta compleja red que constituye la carga global, tanto en aspectos positivos como los negativos (enfermedades profesionales, disminución de esperanza de vida, entre otros) lleva a la dificultad de definiciones totalizadoras, que abarquen a toda la población activa, incluso dentro de un área específica.

CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO

La reparación y mantenimiento del trabajo son las condiciones previas para la obtención de ingresos familiares, productividad y desarrollo económico. En la reestructuración de los sistemas de gestión organizacionales se toman en cuenta las CYMAT como los principales factores contribuyentes a la salud de los trabajadores.

La OMS considera la salud de los trabajadores como un requisito esencial que debe estar valorado por las empresas a las que forman parte. Plantea una definición que no sólo abarca lo relacionado al desgaste profesional sino también al trabajo e incluye las condiciones y medio ambiente de trabajo. Destaca que las CYMAT influyen considerablemente en la salud de los trabajadores.

Una visión integradora sobre las organizaciones toma en cuenta la existencia de efectos sinérgicos producidos por los diversos riesgos a los que se afrontan cotidianamente los trabajadores, generando diferentes estados y/o situaciones de salud. El contenido de trabajo se relaciona con las dimensiones afectivas y relacionales del trabajador que ocupa el puesto de trabajo, dando lugar al grado de satisfacción y cierta carga psíquica que deberá soportar, recibir o asumir. Los procesos de trabajo (Neffa, 2002) están establecidos por las relaciones sociales y las interacciones de los factores del contexto macro socio económico y las características específicas de las empresas u organizaciones, en un momento histórico determinado. Los efectos de una articulación dinámica que produce la carga global de trabajo están relacionados con características individuales de resistencia y adaptación frente a los riesgos y factores.

Se ha demostrado que la cogestión es la mejor forma para que los servicios se ajusten a las necesidades de los trabajadores, con influencias en las CYMAT y condiciones de vida en general (Salanova, 2009). Un enfoque de este tipo, que tenga presente la dimensión subjetiva y salud de los trabajadores desde el lado de las organizaciones, se traducirá en una mejora en la eficacia de la empresa y la efectividad del logro de sus objetivos. La posibilidad de participación de los trabajadores contribuye a mejorar su implicancia y en última instancia reduce los costos de recuperación de la salud, disminuye el ausentismo y las enfermedades profesionales en general. Juárez y Camacho (2011) plantean la implementación de una experiencia concreta, a través de la práctica que busque la identificación del área de problemáticas y problemas específicos para la posterior elaboración de hipótesis que orienten la acción hacia el cambio.

FACTORES PSICO SOCIALES

La psicología ocupacional definida por Schvarstein (2002) tiene como objetivo optimizar la relación del empleado con la empresa en la mejora de su desempeño y su satisfacción. Toma como relevantes los factores psico sociales en el cuidado de la salud de los trabajadores. A partir de los conceptos de clima y cultura organizacional se intenta dar cuenta del desarrollo y funcionamiento de las interrelaciones del trabajador y la organización y los beneficios para su salud.

El clima de trabajo es una noción multidimensional que hace referencia al ambiente interno laboral como el total de fuerzas que actúan dentro de la organización, dirigen su desempeño y desarrollo. Es el resultado de la interrelación de las características de las personas y las organizaciones, y la percepción que de esto tienen sus miembros. El nivel personal incluye las relaciones laborales, instrucción, adiestramiento, programas de capacitación, satisfacción laboral, exámenes médicos preventivos realizados, ausentismo, aptitud y actitud ante el trabajador. La cultura organizacional es el sistema de significados compartidos que diferencian una organización de otra y está influenciada directamente por el clima de la organización.

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 1984) el abordaje de los factores psicosociales implica una multidisciplinariedad que debe tener presente varias perspectivas, un corte transversal a un complejo proceso que se construye y modifica cotidianamente. Las repercusiones de los factores psicosociales son de carácter individual, condicionadas, en parte, por la conformación de un equipo que genera procesos nuevos y colectivos. A su vez los procesos ergonómicos que se producen en determinado contexto van a influir como disparador o detonante sociales/organizacionales y psicológicos/individuales.

Salanova (2009) define los factores psicosociales como los “obstáculos” y/o “facilitadores” de cada situación, que se pueden producir en cualquiera de sus áreas, individual, de tarea, social, organizacional y extra organizacional. Moreno (2000) plantea que *“la atención de los factores psicosociales en la prevención de riesgos laborales no es un lujo de última instancia, sino una necesidad de primer grado, aunque su urgencia no parezca inmediata, no por ello su relevancia resulta menor”* (s/p).

Los factores psicosociales son un complejo sistema de interacción entre el individuo y el ambiente, que incluye además la percepción y cognición individual, así como las variables de tiempo, espacio y cultura. Estas características son las que se toman en cuenta a la hora de valorar si una situación es considerada como estresante para su receptor (Lazarus y Folkman, 1986). Salanova (2009) plantea al respecto que, si bien la percepción del ambiente de trabajo, de sus demandas y recursos, es inicialmente subjetivo, existe un punto en donde, en la mayoría de los casos, se establece un consenso perceptivo sobre salud o enfermedad. A través de estudios científicos realizados, describe una serie de factores psicosociales que claramente influyen en la salud de los trabajadores y la salud organizacional. Los recursos que posean los trabajadores son considerados los ingredientes básicos para la salud ocupacional al igual que las demandas y se establecen en tres niveles, el de la tarea, el social y el nivel organizacional. Los recursos organizacionales fomentan la conexión del trabajador con la organización, y construyen sentimientos de pertenencia, lealtad y compromiso.

El concepto de riesgo laboral es una construcción social y tiene dos variantes, la primera versa sobre la presencia objetiva de un peligro dentro del lugar de trabajo, la segunda refiere a la probabilidad de que el peligro detectado pueda causar algún daño en la salud del trabajador. El concepto, a su vez, abarca el contexto en donde se desarrolla la actividad (Juárez y Camacho, 2011). Históricamente se ha atribuido al factor humano la ocurrencia de accidentes, lo que tampoco es del todo correcto ya que

existe una gran incidencia en los mismos a raíz, por ejemplo, de los procesos de trabajo (Neffa, 2002). Desde una perspectiva multi causal y multi desencadenante, se analizan los hechos y acontecimientos que contribuyen a la producción del accidente. De ahí la importancia de una visión global, integrada y multi disciplinaria. Pucci (2004) plantea la importancia del desarrollo de modelos de gestión de riesgo que acompañen los cambios en el mundo laboral y que den cuenta de la complejidad de los contextos productivos actuales y la incertidumbre inherente a los mismos. Para el autor la reducción del riesgo no sólo implica el cumplimiento estricto de las normas sino también un desarrollo de las relaciones comunicativas entre los actores involucrados, entre otras.

Los riesgos psicosociales son de carácter psicológico y producen diferentes tipos de respuestas. Los riesgos surgen de la interacción entre la actividad y el entorno laboral, en un proceso de internalización consciente o inconsciente, generando mecanismos para enfrentar la demanda en el intento de equilibrar los factores físicos y psicológicos que las producen. Los factores psico sociales constituyen un “riesgo” cuando se tornan negativos para el individuo, cuando la demanda es excesivamente elevada o baja respecto a los recursos disponibles, generando “daños” psico sociales en los trabajadores o daños organizacionales si su efecto es en la organización, el grupo de trabajo u organización del trabajo. La enajenación del trabajo en la actualidad ha sufrido una considerable exacerbación debido a las nuevas formas de organización del trabajo y sus formas prevalentes de competitividad y competencia. Son ideaciones y actitudes disruptivas de indiferencia, rechazo o alejamiento a personas, hechos, instituciones y/o sistemas de ideas e inclusive hacia sí mismo. Características a tener en cuenta en materia de prevención en la salud de los trabajadores.

BURN OUT Y ESTRÉS

El concepto de “burn out” es aquí utilizado como disparador por ser considerado la enfermedad prevalente en el equipo sanitario. El estrés, como factor psico social, oficia como facilitador u obstaculizador de la salud. En la actualidad, y según estudios indagados, el estrés constituye la primer causa desencadenante del burn out. A través de estos conceptos se buscó reflexionar sobre una alternativa que permita pensar en la salud del equipo sanitario.

Los conceptos elegidos se apoyan en el modelo social que toma las variables cognitivas que explican el síndrome como actitud, creencia, autoconcepto y autoeficacia, entre otros. A su vez, la teoría organizacional que destaca la importancia de los estresores como estructura organizacional, clima, disfunciones de rol o apoyo social, entre otros.

Existe una amplia gama de definiciones sobre el burn out que toma diferentes variables en la construcción del síndrome. Se eligieron para el desarrollo de éste trabajo los estudios contemporáneos, que tienen en cuenta la perspectiva idiosincrática en la construcción de la definición. Se incluye, por ejemplo, conceptos como las estrategias de afrontamiento que están condicionadas por las demandas organizacionales y los recursos exigidos, acuñado por primera vez por Leiter (1991) en la descripción del síndrome. La personalidad resistente (Jimenez et al, 2000), que puede ser aprendida (Ríos, M. et al, 2010), es un constructo de carácter protector a la salud física y/o psicológica y del bienestar personal

con la que el sujeto elabora estrategias de afrontamiento adaptativas. La relación con el estrés laboral la describe Daley (1979), pero existen autores que matizan el concepto e incluso quienes plantean que afecta el completo bienestar del sujeto (García, Llor y Sáez, 1994 en Rubio Jiménez, J.C., 2003).

Se le atribuye a Freudenberger (1974) como el precursor de los estudios sobre "burn out". El concepto más utilizado por diversos autores para los estudios posteriores es el de Maslach y Jackson (1981) que definen el burn out como un síndrome tridimensional consecuencia del desgaste profesional emergente de una relación desfavorable entre trabajo y salud. La definición elegida está relacionada con el grupo objeto al que va dirigido el trabajo y plantea que: El síndrome de Burnout es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y bajos sentimientos de realización personal, que se observa básicamente entre trabajadores cuyo objetivo de trabajo son las personas (Maslach y Jackson, 1986 en Carrasco et al 2001, p. 23).

La definición de estrés es el concepto principal para entender el desarrollo del burn out según un acuerdo actual en el intento de sistematizar el concepto (Rubio, Jimenez, J.C., 2003; Martínez Pérez, A. 2010). El concepto de estrés fue utilizado en el ámbito de la salud por primera vez por Selye (1926 en Andueza, I., 2014) como una respuesta corporal inespecífica, es decir, una noción fisiológica y universal tomada de las ciencias físicas. En los años ochenta hasta la actualidad se valora una perspectiva más psicológica e idiosincrática (Valdés y Flores, 1985; Lazarus y Folkman, 1986; Sandín, 1989; Labrador y Crespo, 1993). "*Un estrés natural es necesario para la supervivencia*" (Selye, 1984). El estrés es una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y/o por procesos psicológicos, la cual es a la vez consecuencia de alguna acción, de una situación o un evento externo que plantean a la persona especiales demandas físicas o psicológicas (Ivancevich y Matteson 1996 citado en Flores, M., pag 290). El estrés es la apreciación subjetiva de que una situación sobrepasa los recursos de que dispone la persona para hacerle frente, considerándose momentáneamente rebasada en sus esfuerzos para afrontarla, puede variar en el tiempo y de situación a situación (Lazarus y Folkman, 1986). Incluso la percepción y respuesta ante la exposición de ciertos factores es una variable individual, dándole mayor ambigüedad al término. Los autores plantean que un suceso es estresante en la medida en que un sujeto lo perciba como tal, independiente de las características físicas u objetivas del suceso. El estrés en sí mismo posee características positivas, que permiten la adaptación, y negativas, cuando las demandas superan las capacidades del individuo prolongadas en el tiempo. Es a partir de múltiples y variados estudios clínicos sobre estrés, de donde se puede concluir que determinados estímulos del entorno laboral pueden constituir una importante fuente de estrés (Luceño, L., 2005).

El estrés laboral se define de múltiples formas según la variable que se busque resaltar, causas, categorías, clasificaciones, entre otros (Flores, 1996). Salanova (2009) plantea los estresores como aquellos factores de riesgo que implican una respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda. Requieren de una valoración emocional, motivacional y sentimental además de la cognitiva y engloba todo aquello que se perciba y/o considere como amenazante, produciendo repercusiones físicas y/o mentales. "*La estructura psicológica y los procesos personales otorgan resistencia o*

vulnerabilidad al enfrentar las fuentes de estrés” (Payne, 1988 en Jimenez et al, 2000).

En casi todos los sectores de los servicios de salud se evidencia la carga psico social con una alta demanda de recursos personales. El contenido de trabajo de enfermería constituye en sí mismo un factor de riesgo. *“El cuidado a los pacientes y el interés mostrado en ellos es el estresor más importante de los profesionales del cuidado de la salud seguido por el conflicto entre los miembros del equipo, la carencia de confianza y autonomía, el exceso de trabajo por conflictos de autoridad”* (Heim, 1992 citado por Santamaría y Bueno, 2007).

Rol de Enfermería.

*“La observación indica cómo está el paciente,
la reflexión indica qué hay que hacer,
la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo.”*
Nightingale, F.

Luego de ubicar el contexto en el que se enmarca el trabajo: la salud ocupacional, se van a describir las particularidades de la enfermería en el desempeño de su rol en UCI.

La práctica asistencial incluye la realización de técnicas y procedimientos con finalidades diagnósticas, terapéuticas y/o preventivas. Las técnicas de enfermería se basan en la ejecución correcta de la técnica y selección de materiales, causando las mínimas molestias posibles al paciente. El conocimiento de los controles necesarios a efectuar en relación al procedimiento y al paciente. En la prevención y detección precoz de complicaciones potenciales. El personal de enfermería debe equilibrar las órdenes de los médicos con las demandas del paciente, entre otros (Pucci, 2004). No existe un estado de arte que permita encuadrar el quehacer enfermero. La práctica y el material elaborado por los propios profesionales son los que ayudan a comprender su formación y función. Para definir el rol de enfermería es necesario buscar y entender el sentido y los significados que los autores le dan al cuidado humano, como centro de la formación y ejercicio de la profesión (Carrasco 2011). El contexto socio cultural actual definido como sistema nacional integrado de salud es el que da marco al quehacer cotidiano de enfermería. La estructura vincular pichoniana es compleja, bidireccional, cambiante y conflictiva y explica el rol de enfermería. La triangularidad del vínculo la hace ser sana en la forma en que estos componentes se ordenan de forma tal que superen su ruptura a través de la comunicación y aprendizaje. En una misma persona confluyen el vínculo interno que establece patrones de conducta (de acuerdo a ideas y pensamientos internos) y va a condicionar al vínculo externo, que es el que se establece con un otro. Para Pichón Riviere el vínculo externo se introyecta formando parte del vínculo interno, y éste se proyecta en los vínculos externos formando una “espiral dialéctica” (Pichón Riviere, 1975). Las instituciones educativas y sanitarias son quienes dan forma a su quehacer y delimitan su campo de acción. Un vínculo con características de sostén que se establece de forma única entre un yo y un otro.

Luego de un largo proceso histórico con cambios a nivel institucional y organizacional, en la

actualidad la enfermería posee las siguientes características: desarrollo metodológico del proceso de cuidado en el que comparten conocimientos el campo de la salud y el de las ciencias humanas, la inclusión de lo histórico social a quienes van dirigidos los servicios, aplicación y desarrollo de herramientas propias, un código de ética compartido, investigación como campo de conocimiento, responsabilidad en la formación de sus pares. Desde la alteridad es que se entiende e interpreta el cuidado de un otro (Carrasco, 2011). El cuidado de enfermería es un proceso de intercambio afectivo, de saberes y de prácticas, que transita a partir del vínculo entre la/el enfermera/o y la persona, familia y/o comunidad, a lo largo del ciclo vital, orientado a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación en el continuo salud enfermedad; así como ayudar a un bien morir y contribuir al desarrollo de una vida digna y plena (Grupo de Estudio y Reflexión sobre los cuidados enfermeros en Carrasco 2011, pág 37). En la práctica se observan variaciones en estos cuidados lo que en ocasiones lleva al sufrimiento moral y psíquico expresado en padecimientos físicos, a través de la percepción de la pérdida del valor social del cuidar la salud y la vida.

La conceptualización de cuidado recurre a la interacción de conceptos que describe Carrasco (2011). Estos conceptos incluyen:

- La teoría del déficit de autocuidado (Orem 1945), que dice:

“El autocuidado es el conjunto de actividades que realizan los individuos a favor de la mantención de la propia vida, la salud y el bienestar. Normalmente los adultos se cuidan voluntariamente, mientras que los niños, los enfermos y los incapacitados necesitan completa asistencia en actividades de autocuidado... autocuidado de carácter universal; autocuidado referido al desarrollo y maduración de la persona y para compensar defectos.” (p. 43).

- El modelo de necesidades (Henderson 1962), donde se plantea:

“para diseñar planes de cuidado de enfermería se fundamentaba que todo ser humano busca su seguridad (comida, vestido y habitación) y espera recibir amor y aprobación; también aspira a gozar de la aventura, del conocimiento y en grado variable busca para su bienestar último la fuerza que el hombre encuentra en su Dios o en otro principio ético universal... para brindar cuidados en enfermería propone evaluar las necesidades humanas básicas del paciente para ayudar a satisfacerlas” (p. 43).

- La enfermería psico dinámica (Peplau 1959), que implica que *“la salud conlleva condiciones interpersonales y psicológicas que interactúan”* (pág. 43). Aplica principios de relaciones humanas desde el encuentro de enfermería con el paciente hasta que el trabajo entre ambos finaliza.

Existe un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que refiere a la metodología de abordaje del cuidado de Enfermería. Incluye valoración, diagnóstico, planificación del cuidado, ejecución, evaluación, lo que habla de una amplitud variable y compleja en el quehacer enfermero con cierta autonomía pero que requiere de conciencia crítica y reflexión continua al respecto. Para Delgado, P. et al (2001) el proceso de reflexión promueve la elaboración de estrategias de cambio a partir de una acción

participativa por parte del equipo de enfermería. Una reflexión que tenga presente el conocimiento científico técnico pero a su vez el desarrollo dinámico del ejercicio de su rol. Es en la práctica dónde se genera y prueba la validez y calidad de las propuestas teóricas (Durán, M. 2014). El rol incluye una carga psíquica importante que se suma al conocimiento y realización técnico-práctico. La falta de personal capacitado y/o de conocimiento de las reales potencialidades del mismo, no han podido lograr una optimización de los recursos (Pucci, 2004). La tecnología no sustituye el capital humano, requiere una adaptación e interdisciplinariedad del mismo. Se modifican las condiciones de trabajo y las identidades colectivas relacionadas al mismo. Los recursos humanos y las estructuras organizacionales no acompañan el constante cambio tecnológico y se traducen en una inadecuación de la realidad laboral. La cultura normativa del grupo, respetando sus reglas internas de cooperación, decisión común y autoridad buscan la adaptación informal en compensación. Se produce una racionalidad estratégica en la toma de decisiones. Los diferentes grupos jerárquicos intentan imponer su estrategia teniendo en cuenta la de los otros. La información es construida y negociada y requiere cada vez de mayor conocimiento de los actores, en función de la forma de razonamiento que da su formación en el ejercicio de su profesión.

ENFERMERÍA EN UCI

El propósito de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es dar cuidado intensivo a pacientes con afecciones agudas y crónicas de atención inmediata y permanente. Asegura la observación constante de enfermeros capacitados para actuar en situaciones de emergencia y con técnicas especializadas. Permite mayor aprovechamiento de recursos materiales y humanos y propicia las consultas interdisciplinarias. Es una unidad centralizada que facilita el trabajo en equipo constituyendo un modelo de organización estable (Pucci, 2004). El paciente crítico es por definición un tipo de paciente dinámico y cambiante, que presenta inestabilidad real o potencial en uno o más de los sistemas fisiológicos mayores con posibilidad de recuperación. La planta física requiere una distribución particular que centre los recursos materiales y humanos en el sector y sea accesible a todo el personal sanitario (Ministerio de Salud Pública, 2008). En Uruguay se detectan las mayores implementaciones de tecnologías en este sector, que requiere de mayor complejidad en el desarrollo de las tareas, nuevas especializaciones y la necesidad de contar con personal polifuncional, con la suficiente flexibilidad para desempeñar tareas de diverso tipo.

Según el MSP (2008) el enfermero de la UCI tendrá las siguientes responsabilidades: Brindar atención de Enfermería en el proceso de ejecución de atención al paciente bajo supervisión y responsabilidad del Licenciado en Enfermería. Desempeñar actividad con sentido de responsabilidad, cooperación y cortesía. Mantener buenas relaciones interpersonales y discreto manejo de la información. El enfermero/a debe poseer estabilidad emocional. Al Licenciado en Enfermería se le otorga la función de liderazgo siendo el encargado de la cohesión e interrelación del equipo, generar y mantener un buen ambiente de trabajo, entre otros.

En la Unidad de Cuidados Intensivos se combina una gran responsabilidad y una continua disponibilidad a las necesidades de los enfermos (Lospitao, S. 2014). La autora plantea que el trabajo oscila en el límite constante entre la vida y la muerte, el estado grave de los pacientes, la mayor de las veces sedados o inconscientes o que no pueden valerse por sí mismos. El trabajo en estos servicios es altamente estresante y agotador por el contenido de trabajo, exposición a radiaciones, agentes biológicos y físicos, manipulación y movilización de los pacientes, condiciones de urgencias, entre otros. El entorno es potencialmente productor de riesgos por poseer aparatos eléctricos, mobiliario, tecnología, ruidos, entre otros. Los procesos invasivos realizados con frecuencia a los pacientes requieren de un cuidado personal que proteja la exposición a fuídos o el riesgo de desencadenar un accidente, así como constituye una fuente de estrés y ansiedad debida al propio procedimiento efectuado. De acuerdo a las vivencias y percepciones que enfermería tiene sobre su rol Gutierrez, B. (2008) plantea que en las situaciones de urgencia se priman las técnicas y procedimientos por sobre los sentimientos del paciente y encontrar un equilibrio es una necesidad del equipo de enfermería de la UCI. Una participación activa promueve el relacionamiento de enfermería con los pacientes y familiares disminuyendo la tensión que existe en el cumplimiento de su labor. Los pacientes consideran características importantes a la profesionalidad, el acudir de forma inmediata y la vigilancia continua y priorizan el factor humano por sobre el tecnológico.

Chaves et al (2007) realizan un estudio orientado a la revalorización del rol de enfermería y los aspectos en los que se debería prestar más atención en la actualidad. Las intervenciones de enfermería están orientadas a una atención integral del paciente. Los lineamientos actuales de educación de los profesionales de la Salud están encaminados al desarrollo de competencias que favorecen una formación en aptitudes para la toma de decisiones, liderazgo, comunicación y formación permanente. El perfil del enfermero intensivista incluye las categorías: función gestión (de recursos asistenciales materiales, humanos y financieros), función asistencial (cuidado oportuno, integral e individualizado), función docencia (al paciente como educación sanitaria y al equipo en diseño, planificación y participación en programas), función investigación (que será aplicada en la práctica de enfermería, y desde la práctica se generan los problemas de investigación), tecnologías (actualización en conocimientos y aplicación), relaciones interpersonales (hacia el paciente, familia y el equipo). Se considera un distintivo del perfil profesional de enfermería, asesoramiento en políticas de salud (orientar y participar en el marco del sistema de salud en los diferentes niveles de toma de decisiones), actitud (humanista, crítica y reflexiva), formación continua (motivación en el desarrollo profesional), aspectos éticos (en la resolución de problemas), identidad profesional. *“El sistema de terapia intensiva es complejo y como tal requiere de un abordaje que integre los diferentes perfiles para optimizar el desempeño del rol, cumplimiento de funciones y gestión en salud, ya que, sin Enfermería será imposible lograr una atención adecuada en cantidad y calidad”* (Grace, 2000 en Chaves et al, 2007, p. 7).

La salud en Enfermería. Cuidar al cuidador.

En este apartado se busca dar cuenta como los conceptos descritos anteriormente convergen en la construcción de la salud de los enfermeros de UCI y cómo pueden ser modificados disminuyendo el estrés laboral. El propio cumplimiento de las tareas es un factor estresante de por sí, por eso se busca el apoyo en los factores psico sociales que puedan ser utilizados como estrategias de prevención en la labor cotidiana.

Las tareas inherentes al rol de enfermería son recibir información, identificarla y reconocerla, toma de decisiones, entre otras. Estas características poseen una carga mental relacionada al trabajo cognitivo realizado, necesario en una actividad en donde dos situaciones no son iguales. A nivel macro estructural se podría pensar en un trabajo rutinario, pero el trabajo básicamente manual y con el requerimiento constante del uso técnico y actualizaciones hace referencia a la importancia de esta carga en cada situación particular. El insuficiente conocimiento del proceso de trabajo dentro de las instalaciones, la falta de entrenamiento y de destrezas, la fragilidad jurídica frente a la empresa, entre otros, contribuyen a la vulnerabilidad frente a las enfermedades profesionales, un mayor agotamiento, fatiga y discriminación frente al resto de los trabajadores. Los niveles de autoridad jerárquica constituyen también condiciones de trabajo, así como su forma y posibilidad de relacionamiento y comunicación. El estilo de gestión influirá en el estado afectivo del trabajador, su rendimiento y relacionamiento. La calidad de los servicios sociales y asistenciales disminuyen el ausentismo, la fatiga, y mejoran el clima social, calidad y productividad. En relación a la razón y al contenido del trabajo, el cuidar de otro, constituye la función principal del equipo sanitario en general y de enfermería en particular. Al vincularse con otros existe una construcción subjetiva, individual y colectiva en relación a las exigencias de las demandas y al medio ambiente de trabajo. El Hospital es una organización social compleja, en donde se generan y producen zonas de riesgo constante. El personal de enfermería es un trabajador sometido a un alto nivel de estrés (OMS, 2000).

La especialidad de enfermería en terapia intensiva requiere de la integración de práctica asistencial, docencia e investigación. Como gestor de cuidados, a través del proceso de enfermería, posee autonomía y liderazgo para asesorar y promover cambios en políticas de salud, incluida la suya como profesional en el ejercicio y aplicación de técnicas y conocimiento especializados (Chaves et al, 2007). La complejidad en la forma de organización del trabajo en UCI, produce desequilibrios en torno al sentimiento de valorización-desvalorización. Procesos de trabajo con alto nivel de demanda vinculado al contenido del trabajo que produce una carga psico social. El sobre trabajo aumenta la incidencia de accidentes laborales cuya prevalencia se presenta en lesiones e infecciones con material corto punzante. De las molestias más frecuentes percibidas por los trabajadores se traducen en sobre carga afectiva, agotamiento emocional, ansiedad y trastornos del sueño (Tomasina, 2010). El modelo de gestión está centrado en formar profesionales y/o técnicos. Al respecto los autores plantean el desafío de pensar desde lo comunitario una nueva forma de abordaje de este sub sistema colectivo, para tener presente los riesgos inherentes a la profesión y las condiciones y medio ambiente de trabajo, como un

mediador entre los procesos de salud del colectivo y los procesos de trabajo.

Según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE, 2007), las enfermeras necesitan un entorno de la práctica profesional que reconozca el rol social y sanitario de su disciplina y el ámbito de esa práctica profesional, en una revalorización de su accionar. Una mejora en salud requiere pensar en términos de equipo de salud, dónde cada uno tiene un saber, práctica y conocimiento. Se busca el intercambio de saberes a través de un aprendizaje participativo y empoderamiento que permita modificar el trabajo. Como estrategia de afrontamiento del estrés se evidencia la formación de grupos, el trabajo en equipo, la comunicación de sentimientos y el compartir éxitos y fracasos (Santamaría y Bueno, 2007). El primer paso para prevenir en salud es reconocer los factores causantes del estrés y qué tipo de afectación produce.

Trabajo en equipo.

“El trabajo en equipo es la habilidad
de trabajar juntos hacia una visión común.
Es el combustible que le permite a la gente común
obtener resultados poco comunes.”
-Andrew Carnegie

En este apartado se conceptualiza el trabajo en equipo considerado la unidad básica de las organizaciones y del trabajo de enfermería en UCI. Desde la concepción del trabajo con otros como un generador de un ambiente laboral sano, el trabajo en equipo constituye un clima laboral positivo con repercusiones en la salud de enfermería.

La noción de equipo se ha desarrollado con el fin de comprender la forma de organizarse y relacionarse de sus integrantes. En su devenir produce el sistema de creencias y valores que constituyen y forman parte del clima y la cultura organizacional y cristalizan en la forma de funcionar del grupo.

Los equipos de trabajo son grupos participativos formales que comparten objetivos para la organización de la que forman parte, cuya finalidad es la producción y el desarrollo organizacional. Poseen una meta bien definida en común por lo que sus integrantes deben ser interdependientes y mutuamente responsables en la que se establece una identidad de grupo, es decir una consciencia colectiva en la que los individuos se definen y perciben como parte. Están coordinados por un tipo de liderazgo distribuido fomentando la participación de todos los integrantes. La disponibilidad de información y la flexibilidad son otras de las características que hacen a un equipo de trabajo efectivo y eficaz. Una evaluación continua por parte de los integrantes del grupo permite la reflexión sobre las tareas realizadas y la comprensión del proceso del equipo, lo que facilita a su vez que se establezca un consenso mediante una comunicación clara y abierta (Gibb, J., 1964; Viera, E., 2005; Jaramillo, R.M.; 2012).

Carbajal, S y Suárez, C. (2008) definen los equipos de trabajo como el resultado de una compleja interacción entre personas que coexisten en un mismo tiempo y espacio. El funcionamiento

del equipo estará dado por la interrelación de la estructura del mismo y la composición del grupo humano. Un equipo de trabajo es un proceso de construcción que requiere diálogo, participación y el reconocimiento de actitudes y aptitudes para generar un pensamiento compartido. La posibilidad de llegar a un consenso es lo que va a permitir que el equipo funcione en un momento determinado y se desarrolle y consolide como tal. El trabajo de equipo es una práctica conjunta, cogestionada y articulada. Las autoras lo diferencian a trabajar en un contexto de equipo de trabajo, ésta variable permite el trabajo individual sin el aporte del resto de los involucrados.

Un equipo de trabajo posee las siguientes características (Carbajal y Suárez, 2008):

- Habilidades y actitudes complementarias. La complementariedad es una actitud que permite la integración de aportes y capacidades. A través de la cooperación se favorece la productividad y la interrelación e interdependencia entre los integrantes.
- Un propósito en común. Es una construcción conjunta que se genera a través de la cooperación.
- Objetivos de rendimiento. Es un acuerdo explícito entre los miembros que facilita la comunicación, la comprensión y el compromiso.
- Enfoque común. Es un acuerdo sobre cómo, cuándo y de qué forma se realizará la tarea. Establece un compromiso respecto a los propósitos establecidos. El enfoque permite una responsabilidad que construye otros valores de equipo como la fidelidad y la confianza mutua.

Para las autoras la estructura de los equipos incluye:

- El número de personas, que aunque no sea exacto está comprobado que con una gran cantidad de personas se hace difícil la participación en la toma de decisiones en conjunto.
- Las normas internas que surgen como resultado de la interacción y generan un sentimiento de pertenencia.
- La tarea. En consonancia con Pichón Riviere (1975) está relacionada al qué y para qué del grupo.
- Roles. La asunción y adjudicación de roles son los que definen a la estructura. El tipo de rol estará dado según la estructura del equipo, por lo tanto los roles son intercambiables y dinámicos.
- Interacción y consciencia de interacción. Es un tipo de vínculo que permite el intercambio a través de la comunicación verbal y no verbal. La consciencia de interacción se refiere a tenerse en cuenta los unos a los otros.
- Participación. Se logra a través del sentimiento de pertenencia que genera compromiso e interdependencia en un grupo.

Respecto a la composición las autoras hacen referencia a las actitudes individuales que permiten el trabajo en equipo: Modalidad del encuentro con el otro, actitud flexible y claridad en los límites, evaluar y permitir ser evaluado desde el diálogo y el aprendizaje, comunicación clara, reconocer las propias actitudes. Establecen una clasificación que implica el grado de desarrollo en el funcionamiento de un

equipo. Los equipos multidisciplinarios es la interacción de individuos de distintas disciplinas que actúan sobre un mismo problema o situación. Cada uno resuelve el aspecto relacionado a su disciplina y es el coordinador quien busca centralizar la solución. Los equipos interdisciplinarios se reúnen estableciendo criterios previos de abordaje en la producción de un entramado de saberes y prácticas. A través de la interrelación y el intercambio se establecen discusiones y reflexiones entre los miembros del equipo con el fin de la resolución de la tarea y la posibilidad de evitar problemas. Los equipos transdisciplinarios son aquellos que trascienden las fronteras de las disciplinas abarcando un mayor espectro de la compleja realidad que se está estudiando.

Jaramillo, R.M. (2012) plantea que el trabajo en equipo se refiere al conjunto de estrategias, procedimientos y metodologías que utiliza un grupo humano para lograr las metas propuestas. Un equipo es un conjunto de personas con capacidades complementarias que se reúnen para lograr un objetivo en común. El trabajo en equipo se establece a través de la cooperación y responsabilidad compartida en dónde cada integrante aporta sus habilidades, conocimientos y recursos para lograr el objetivo. Las características de los equipos según la autora son: integrantes interdependientes, los miembros funcionan por sí mismos, está situado en un sistema social, tiene una tarea a desarrollar y sus miembros comparten una meta en común. La autora plantea, de acuerdo a la distribución de roles, que se van conformando según características de personalidad, comportamientos aprendidos y capacidades técnicas. Cada integrante puede presentar más de un rol en el equipo y variar según la dinámica que se presente. Compartir los roles produce un mayor entendimiento entre los integrantes lo que contribuye a la interrelación. Existen diversas clasificaciones de liderazgo: el fuerte, el negociador, el héroe, el super líder. La autora hace la distinción con otro tipo de líder denominado el opresor, establecido por el poder, con y sin delegación de autoridad. El rol del líder creativo es quién busca fortalecer una serie de actitudes y conductas propicias para la creatividad y establece las condiciones para que todos participen en el aporte de conocimientos y habilidades en la consecución de la tarea. Este tipo de líder promueve metas cooperativas en base a la mutua confianza. Posee la habilidad de influir en otros apoyándose en el conocimiento de los talentos individuales y el compromiso conjunto. No existe una única caracterización del líder. Hersey y Blanchard plantean que *“un grupo productivo y satisfecho se puede encontrar bajo casi cualquier tipo de liderazgo”* (en Jaramillo, R.M., 2012 p. 20).

El trabajo en equipo produce efectos sociales, aditivos y factoriales. En el devenir de la construcción y desarrollo del trabajo en equipo se producen cantidades de ventajas y desventajas a tener en cuenta por el propio equipo. Una de las principales ventajas del trabajo en equipo es el conocimiento de que todos los integrantes están comprometidos de forma similar y el sentirse respetado y apoyado por el equipo. Las desventajas estarían dadas por las dificultades en la resolución de conflictos y el tiempo que conlleva consolidar un equipo. Para formar un equipo de trabajo se consideran no sólo las capacidades intelectuales, sino también las características socio psicológicas y de personalidad de sus posibles integrantes.

Toma participativa de decisiones.

La autonomía que se le otorga al rol de enfermería lleva a pensar en la toma de decisiones continua y constante y su valor como estresor y/o amortiguador. A partir de lo evidenciado en los apartados anteriores se encuentra como punto en común en las diferentes concepciones la importancia de la toma de decisiones que hacen a la salud ocupacional, el trabajo en equipo y el rol de enfermería. Es por eso que se toma como importante factor psico social que contribuye a la salud de los enfermeros y se conceptualiza en el presente apartado.

La toma de decisiones hace referencia a estrategias y métodos cognitivos dirigidos hacia el logro de determinada tarea y es parte de la construcción de un equipo. Myers y Lann (2000) plantean que algunas razones por la que los grupos toman mejores decisiones que los individuos son: facilitan la motivación para el éxito, decisiones más arriesgadas, la implicación en la toma de decisiones aumenta el compromiso de los miembros para su práctica, se facilita los cambios de conducta y actitudes para implementar la decisión tomada. Las organizaciones son el espacio que hace posible a la vez que limita la acción humana, la acción colectiva, la realización de determinados objetivos. Una estructura organizacional que favorezca la participación conlleva a la disminución de estrés del profesional de la salud (Santamaría y Bueno, 2007). La organización es una entidad inacabada, dinámica y por tanto, en permanente construcción. El momento socio histórico actual genera una dificultad estructural simbólica y material para la creación de nuevas modalidades de relación y gestión (Castagnet, 2005). El proceso de toma de decisiones posee un componente emocional por la afectación que en el individuo y el grupo implica. Toda decisión comienza y termina por una emoción. El componente racional, es el que toma y evalúa la información, genera las alternativas y es a través del que se toma la decisión. La cultura potencia el uso casi exclusivo de lo racional como mecanismo de toma de decisiones, lo que conlleva a síntomas como estrés, dolores de cabeza, insomnio, cansancio y depresión. Su alternativa para una optimización en los recursos de la mente y prevención en salud en la toma de decisiones implica articular la perspectiva racional con la emocional (Hinchado, 2008). El clima emocional, el tipo de liderazgo y las características del líder, están directamente relacionadas con la toma de decisiones efectivas y eficaces dentro de un grupo (Danet, Romera y Prieto, 2002). Castagnet (2005) plantea que son tres niveles en los que influye la toma de decisión: societal (determinaciones socio culturales), organizacional (contexto institucional) e individual (factores emocionales). Los grupos están tomando decisiones todo el tiempo, a veces en forma consciente según la tarea más importante que tengan que resolver y a veces sin darse cuenta mucho de ello, según los procedimientos mediante los cuales opera. Una decisión de grupo es difícil de disolver, requiere para ello reconstruir y comprender cómo se ha tomado esa decisión y si el método era el adecuado. Alonso et al (2003) plantean que existen tres perspectivas desde las que pueden ser vista las toma de decisiones: Lo general o abstracta que resulte la decisión, el grado de espacio organizacional que afecte y el período en que tendrá validez. Estas tres formas combinadas van a diferenciar si una decisión será orientada hacia las metas u objetivos, hacia los procedimientos para la realización de dichas metas o hacia una resolución temporal sin grandes

afectaciones organizacionales. Se mencionan también tres niveles de implicación: directa, por consulta o informativa. El nivel de implicancia estará dado por el tipo de grupo que esté operando, así como la distribución de roles. La interacción entre los miembros, el aporte de ideas y estrategias producen mejoras en el proceso. Sánchez (2002) plantea que cuando los miembros de un grupo llevan cierto tiempo trabajando en una tarea que es importante para ellos, el rendimiento grupal a menudo sobrepasa el rendimiento del mejor integrante, aprenden más rápido, cometen menos errores, recuerdan mejor, toman mejores decisiones y son más productivos en cantidad y calidad. Vale tener en cuenta el tipo de tarea a realizar y las soluciones posibles, pero es comprobado que ciertas características emergen en la interacción grupal como son una memoria más precisa de los hechos y la capacidad de reconocer y rechazar los errores. El pensamiento grupal es considerado como una forma extrema de polarización grupal que afecta en la toma de decisiones. Surge de la búsqueda continua de acuerdos con efectos positivos y negativos, generando una ilusión de consenso que permite resolver un problema considerado como amenazante y a los individuos seguir formando parte del grupo. Se destaca que un estilo directivo de líder, estado mayor de estrés de los miembros y una estructura compuesta por miembros homogéneos le otorga al grupo prestigio y hermeticidad frente al exterior pero dificulta la toma de decisiones que posibilita el cambio y progreso como grupo, y la resolución adaptativa de tareas. La polarización del grupo (Myers y Lenn, 2000) es un término que hace referencia a la fuerza y consistencia que toma una decisión grupal. La interacción grupal puede modificar las actitudes iniciales y ejercer un influjo duradero, bajo condiciones que facilitan la interacción, el intercambio de información y la posibilidad de tolerar las diferencias de opinión entre individuos que están implicados (Morales, 1987 en Myers y Lenn, 2000 p. 443). La participación activa dentro de un grupo permite escuchar y exponer argumentos que contribuirán al cambio de actitud en la búsqueda de consenso. Se tiende a dar más relevancia a los elementos de información compartido por todos o la mayoría de los miembros del grupo. La posibilidad de pensar y reflexionar sobre los argumentos que motivan cierta decisión contribuye a una afirmación sobre la misma. Este tipo de influencia se da en mayor medida en la concreción de una tarea o resolución de un problema en conjunto. Los autores mencionan también la influencia de un otro que genera mayor polarización, el conocer la opinión de otros frente a determinado tema contribuye a la toma de una decisión que se polarizará hacia la dirección de mayor consenso. La diferenciación grupal es otro tipo de polarización, relacionada con la identidad grupal, las normas de un grupo serán más arraigadas que las de otro. La cohesión grupal es el principal factor para generar un pensamiento de grupo, que los autores describen como ilusión de consenso y propenso a la toma de decisiones erróneas. La homogeneidad en el pensamiento, con escasa participación grupal y un estilo directivo de liderazgo, disminuyen las alternativas al cambio, y la crítica reflexiva frente a situaciones que requieran decisiones. Establecen la formulación de técnicas que promuevan la decisión grupal a través de reuniones informativas con todos los miembros del grupo, que promueva una discusión abierta de los problemas y alternativas de solución, y un tipo de liderazgo enfocado a la guía y orientación.

Como estrategia de promoción de procesos laborales saludables, Tomasina (2003) plantea la gestión

en autonomía y toma de decisiones del equipo de trabajo sanitario. Una redefinición y reestructuración del rol y el trabajo para que sea más significativo, desafiante e intrínsecamente gratificante y permita la participación de los miembros del equipo de enfermería. La revisión de la organización del equipo en materia de toma de decisiones, comunicación, manejo de conflictos, liderazgo, delegación de responsabilidades y normas del servicio contribuye a mejoras en la satisfacción laboral y por tanto disminución del estrés (Santamaría y Bueno, 2007). Cada uno posee un conocimiento y un saber con el que contribuye al aprendizaje y construcción de ambientes laborales saludables. La organización es la fuente fundamental generadora de factores de riesgo que debería tener en cuenta un cambio que incluya la estrecha relación entre la gestión y el contenido de trabajo como factores psico sociales de riesgo y enfermedad. El compromiso que asume el profesional en enfermería de cuidar, ayudar a mantener la salud, promover calidad de vida, prevenir enfermedades y ayudar a las personas a vivir con limitaciones, soporte y dignidad en el momento de la muerte, exige una capacitación permanente, sensibilidad ética y capacidad y razonamiento moral. La asunción de roles complejos en el campo clínico y social requiere de una adecuada toma de decisiones en su desempeño profesional (Laidés et al, 2004). La toma de decisiones está asociada al rol de autonomía en el ejercicio de la profesión de enfermería apoyada en el mutuo respeto y reconocimiento de todo el equipo de salud (Tapp et al, 2005). La posibilidad del cumplimiento de su rol valorando sus conocimientos y capacidades se traduce en satisfacción laboral y mejor desempeño. Es alta la incidencia de la percepción autónoma en las tareas realizadas, reconocen que se desarrolla con el tiempo y está relacionada a la confianza y el juicio clínico competente. Plantean también el deseo de ser supervisados por superiores calificados y poder consultar con sus pares sobre los problemas que surjan junto a una adecuada formación permanente. El liderazgo de enfermería en el servicio puede guiar las discusiones del equipo sobre la práctica, fortalecer los cambios en las rutinas, y hacer que los enfermeros vayan más allá en su sistema de cuidado (Tapp et al, 2005 párr 21), siendo parte responsable en la toma de decisiones. Es tarea de las organizaciones permitir esta posibilidad y evaluar la efectividad de la toma de decisiones clínicas en conjunto.

La Fundación para el Desarrollo Socioeconómico y Restauración Ambiental (FUNDESYRAM) plantea que *“la toma de decisiones es un proceso de aprendizaje natural o estructurado que comienza con la necesidad de resolver un problema, requiere la identificación de criterios de decisión, y el desarrollo y selección de alternativas posibles”* (FUNDESYRAM, 2011). Las condiciones son reflejo de sucesos o hechos del entorno en las que los individuos no pueden controlar pero sí influir a futuro en los resultados. El autor las clasifica en: certidumbre (información plena sobre el problema, alternativas obvias y claros posibles resultados), riesgo (es posible definir el problema, probabilidad de ciertos hechos, identificar soluciones alternativas y posibilidad de obtener los resultados deseados). El tipo, cantidad y confiabilidad de la información establecen el nivel de riesgo y la posibilidad del uso de probabilidad objetiva o subjetiva, e incertidumbre. Según el tipo de problema a enfrentar se dividen en rutinarias, adaptativas o innovadoras. Y distinguen el proceso racional del creativo.

Conclusiones.

Por las características que presentó el tema abordado y la bibliografía consultada se considera pertinente denominar este apartado como reflexiones finales.

Los temas que pretendieron dar un marco explicativo y organizador a la problemática elegida fueron ampliamente estudiados por diversos autores, lo que por momentos se constituyó en un problema al delimitar el campo de la forma más precisa posible. Fue necesario hacer un recorrido conceptual, descriptivo y cualitativo que no sólo explique la problemática elegida, sino también que posibilite un marco de estudio y análisis general y objetivo. Se realizó un análisis desde los macro a los micro sistemas que explican la sucesión en espiral, las transversalidades de la problemática y sustentan la elección. De ahí la necesidad de desarrollar temas como la salud ocupacional, el papel de las organizaciones y el rol de enfermería. El idioma en que se trabajó es otra limitante a tener en cuenta siendo exclusivamente bibliografía en español.

La salud ocupacional se encarga de promover y/o proteger la salud de los individuos en el entorno laboral. La importancia del trabajo como determinante social de salud y constructor de subjetividad hace que diferentes organismos tengan presente y tomen como relevante las condiciones que hacen posible a la salud de los trabajadores.

En la actualidad el burn out se presenta como la enfermedad prevalente del equipo sanitario. Al indagar sobre las razones del desgaste profesional se promueve la presencia de estrés como característica relevante en su desarrollo. El concepto de estrés en el ámbito de la salud fue introducido como una reacción fisiológica inespecífica con características universales. Años más tarde se hace una distinción del estrés laboral. Desde hace un poco más de veinte años se valora una perspectiva psicológica e idiosincrática. En su aspecto positivo el estrés es considerado como una respuesta adaptativa donde el sujeto tiene que recurrir a las herramientas de las que dispone para afrontarla y se activa para la acción. Como aspecto negativo es una apreciación subjetiva de que una situación sobrepasa los recursos de que dispone la persona para afrontarla. Es una percepción que va a estar condicionada por ciertas características de personalidad, que varía en el tiempo y de situación a situación. Con esta concepción se plantea la interrogante sobre ¿qué factores del entorno laboral puedan ser productores o generadores de la percepción de estrés?

En este punto se torna necesario contextualizar y definir el entorno laboral. Las organizaciones son el marco formal en el que se construyen y moldean las interrelaciones con el trabajo. En la actualidad se considera pertinente pensar en una estructura de gestión de las organizaciones que prevalezcan los factores humanos contribuyendo al mantenimiento y cuidado de su salud. Para lograr una estructura de gestión en recursos humanos es pertinente pensar en los factores psico sociales. Los factores psico sociales con una compleja red de interacciones que constituyen el clima y cultura organizacional. La cultura organizacional es el conjunto de hábitos, normas y creencias, entre otros, que se inscriben en una empresa para dar forma a su funcionamiento y estructura. La cultura guía el comportamiento diario de los integrantes y a su vez está determinada por el clima organizacional. El

clima organizacional es una noción abstracta influenciada por la motivación y las relaciones interpersonales. El abordaje de los factores psico sociales implica una multi disciplinariedad que debe tener presente varias perspectivas, un corte transversal a un complejo proceso que se construye y modifica cotidianamente. Las repercusiones de los factores psico sociales son de carácter individual, condicionadas, en parte, por la conformación de un equipo que genera procesos nuevos y colectivos. A su vez los procesos ergonómicos que se producen en determinado contexto van a influir como disparador o detonante sociales/organizacionales y psicológicos/individuales.

Aquí surge la interrogante de si es posible pensar a los factores psico sociales como generadores de estrés. Y en tal caso ¿sobre qué factor psico social se puede intervenir para obtener mejoras en el bienestar del equipo de salud? ¿y en el de los enfermeros?

El personal de la salud es el más proclive a sufrir estrés debido al rol. En casi todos los sectores de los servicios de salud se evidencia la carga psico social con una alta demanda de recursos personales. El poder generar estrategias de afrontamiento en un ambiente laboral donde los estresores no se pueden suprimir permite la disminución de la percepción de estrés.

Como estrategia de afrontamiento del estrés se toma al trabajo en equipo. Las características que constituyen la construcción del equipo permiten la comunicación de sentimientos y el compartir éxitos y fracasos que repercuten en forma directa sobre el clima organizacional, por tanto en la motivación y la satisfacción de los trabajadores. Se considera interesante, a su vez, pensar en la posibilidad de crear una cultura de trabajo en equipo. Esto sería realizar una intervención a nivel de las organizaciones y que tenga en cuenta los recursos humanos. Desde la psicología ocupacional se podría pensar en brindar herramientas para que el personal de enfermería en UCI pueda reivindicar su rol a través de la toma de decisiones que le posibilite un equipo de trabajo debidamente conformado. El trabajo en la unidad de cuidados intensivos facilita el trabajo en equipo constituyendo un modelo de organización estable. Es una unidad centralizada en donde se combina una gran responsabilidad y una continua disponibilidad a las necesidades de los enfermos. La UCI requiere de una continua especialización técnica pero a su vez un trabajo en equipo cuya finalidad sea la producción y el desarrollo organizacional. Una de las principales ventajas del trabajo en equipo es el conocimiento de que todos los integrantes están comprometidos de forma similar y el sentirse respetado y apoyado por el equipo. Las desventajas estarían dadas por las dificultades en la resolución de conflictos y el tiempo que conlleva consolidar un equipo. Para formar un equipo de trabajo se consideran no sólo las capacidades intelectuales, sino también las características socio psicológicas y de personalidad de sus posibles integrantes. En la unidad convergen diferentes actores cuyo fin común es el cuidado del paciente. La multidisciplinariedad permite un mayor abordaje de la realidad que requiere, en ocasiones, una intervención rápida y precisa. Cada integrante va a aportar sus conocimientos y habilidades contribuyendo al logro del objetivo en común.

El rol de enfermería incluye valoración, diagnóstico, planificación del cuidado, ejecución, evaluación, lo que habla de una amplitud variable y compleja en el quehacer enfermero con cierta autonomía pero que requiere de conciencia crítica y reflexión continua al respecto. Al Licenciado en Enfermería se le otorga

la función de liderazgo siendo el encargado de la cohesión e interrelación del equipo, generar y mantener un buen ambiente de trabajo, entre otros.

Parece interesante pensar aquí otra posible vía de intervención del psicólogo que consistiría en el apoyo y colaboración para una gestión de liderazgo creativa. El rol del líder creativo es quién busca fortalecer una serie de actitudes y conductas propicias para la creatividad y establece las condiciones para que todos participen en el aporte de conocimientos y habilidades en la consecución de la tarea. Este tipo de líder promueve metas cooperativas en base a la mutua confianza.

Desde aquí surge la última interrogante en el tema propuesto, o la primera de otras futuras interrogantes. ¿Cuál es el aporte a la salud de los enfermeros de UCI?

De acuerdo a las vivencias y percepciones que enfermería tiene sobre el desempeño de su rol actual en las situaciones de urgencia el enfermero percibe que se priman las técnicas y procedimientos por sobre los sentimientos del paciente y los suyos propios. Se torna necesario encontrar un equilibrio del equipo de enfermería de la UCI que colabore a disminuir la tensión que existe en el cumplimiento de su labor. Para esto se considera pertinente prestar atención a las luchas sobre la reivindicación de su rol. Una posible vía para ello es la toma participativa de decisiones. A lo largo del recorrido bibliográfico se pudo evidenciar cómo la toma de decisiones constituyó un eje que atravesó los diferentes conceptos. Las estructuras de gestión de las organizaciones, la salud ocupacional, el trabajo en equipo y el rol de enfermería en UCI presentan a la toma de decisiones como una característica relevante en el bienestar de los trabajadores.

Los lineamientos actuales de educación de los profesionales de la Salud están encaminados al desarrollo de competencias que favorecen una formación en aptitudes para la toma de decisiones, liderazgo, comunicación y formación permanente. El ejercicio del rol de enfermería en UCI implica una toma de decisiones continua. La reivindicación del rol estaría dada por una participación activa que tenga en cuenta no sólo sus conocimientos y habilidades, sino también sus percepciones y reflexiones sobre su propio labor.

Bibliografía.

- ✓ Alonso, C., Gallego, D., Ongallo, C. (2003). *Psicología social de las organizaciones. Comportamientos interpersonales*. Ed.: Dickinson.
- ✓ Andueza, I.. (2014). Tesis de grado: estrés laboral y burn out. Recuperado el 28/9/2017 disponible en academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11267/andueza69073.pdf?sequence=1
- ✓ Carbajal, S. Y Suarez, C. (2008). *Equiparse para trabajar en equipo*. UDELAR.
- ✓ Carrasco, y col (2011). *El cuidado Humano*. Montevideo – UR, FCS –DS, CSE MSP
- ✓ Castagnet, N. (2005). *La toma de decisiones en las organizaciones participativas*. Congreso de Salud Mental y Derechos Humanos. Bs.As., Argentina.
- ✓ Chaves, N. y col (2007). *Valorización del rol de Enfermería en terapia intensiva*. Revista uruguaya de Enfermería recuperado 22/3 en <http://rue.fenf.edu.uy/rue/index.php/rue/article/viewFile/126/123>.
- ✓ Danet, Romera y Prieto (2002). *Equipos con Emoción*. Serrano Gisbert MF, Escuela Andaluza de Salud Pública. ED.: Novartis
- ✓ Etcheverry, G. y Protesoni, A. (2009). *Derivas de la Psicología Social Universitaria*. ED.: Levy
- ✓ Flores, M. V. H. G. (1996) *El estrés en el trabajo: Un enfoque psico administrativo*. Recuperado el 9/8/2017 disponible en <http://www.academia.edu/download/38460591/estres1996.pdf>.
- ✓ FUNDESYRAM (2011). *Toma de decisiones*. Recuperado el 25/3/2016 disponible en www.fundesyram.info/document/PDFPUB/TOMA_DECISIONES.pdf
- ✓ Gutierrez, B. (2008) *Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI*. Revista electrónica de enfermería. Disponible en www.um.es/eglobal/
- ✓ Gibb, J. (1964). *Manual de dinámica de grupo*. Recuperado el 30/10/2017, disponible en apostoladocmf.org/download?camino=/upload/cms/25/pagina/.../old/...pdf...pdf
- ✓ Jiménez, B. M., Hernández, E. G. y Gutierrez, J. (2000). Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos de psicología, Málaga*
- ✓ Juarez A. y Camacho, A. (2011). *Reflexiones teórico conceptuales de lo psicosocial en el trabajo*. ED.: Juan Pablos editor SA
- ✓ Jaramillo, R.M. (2012). *Manual de trabajo en equipo*. Disponible en dgrh.salud.gob.mx/Formatos/MANUAL-DE-TRABAJO-EN-EQUIPO-2012.pdf
- ✓ Luceño, L. y col (2005). *Evaluación de factores psicosociales en el entorno laboral*. Revista de Psicología y Psicopedagogía. Madrid
- ✓ Martínez Pérez, A. (2010). *El síndrome de burn out. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. Consultado el 28/9/2017 disponible en <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
- ✓ Ministerio de Salud Pública (MSP) (2008). *Normativa de Unidad de Cuidados Críticos*.

- ✓ Myers y Lann (2000). *Toma de decisiones en grupo*. Recuperado 26/3/2016 en <http://biblio3.url.edu.gt/Publi/Libros/2014/PsicoGrupos/15.pdf>
- ✓ Neffa, J.C. (2002). *Qué son las condiciones y medio del trabajo*. ED.: Humanitas.
- ✓ Organización Mundial de la Salud (OMS).(2016a) *Protección de los trabajadores* (en línea) consultado el 7/3/2016 disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs389/es/>
- ✓ Organización Mundial de la Salud (OMS).(2016b) *Temas de salud* (en línea) consultado el 7/3/2016 disponible en <http://www.who.int/topics/es/> (pagina principal)
- Organización Mundial de la Salud (OMS).(2016c) *Plan de Acción Global en Salud de los Trabajadores* (en línea) Consultado el 07/03/2016 disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1523&Itemid=1504&lang=es
- ✓ Pucci, F. (2004). *Aprendizaje organizacional y formación profesional para la gestión de riesgo*. Montevideo: CINTERFOR
- ✓ Rios, M.et al (2010). *Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de Enfermería de cuidados intensivos y urgencias*. Consultado 10 de agosto de 2017 Disponible en www.psycothema.com/pdf/3773.pdf
- ✓ Riviere, P (1975) *El proceso grupal*. ED.: Nueva visión.
- ✓ Rubio Jiménez, J.C. (2003). *Tesis de doctorado: fuentes de estrés, síndrome de burn out y actitudes disfuncionales*. ED.: Universidad de extremadura servicio de publicaciones. Badajoz
- ✓ Salanova, Marisa (2009). *Psicología de la Salud Ocupacional*. ED.: Síntesis
- ✓ Sánchez, A. y Morales, F. (2002). *Acción psicológica e intervención psicosocial*. ED.: UNED
- ✓ Sánchez, J. (2002). *Psicología de los grupos*. ED.: Mc Graw Hill
- ✓ Santamaría, N. y Bueno, L. (2007). *Acciones para manejar el estrés laboral de las enfermeras*. recuperado 25/3/2016 disponible en <http://www.elportaldelasalud.com/acciones-para-manejar-el-estres-laboral-de-las-enfermeras/>
- ✓ Schvarstein, L (2002). *Psicología social de las Organizaciones*. ED.: Paidós
- ✓ Schvarstein, L. (2003). *La inteligencia social de las organizaciones*. ED.: Paidós
- ✓ Schvarstein, L. (2009). *Nuevos paradigmas para la gestión Humana de las organizaciones*. Disponible en www.contextosrevista.com.co/revista%202/A3_Nuevos_paradigmas.pdf
- ✓ Tapp y col (2005). *La autonomía en la práctica de enfermería*. Recuperado 27/3/2016 disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v5n1/v5n1a12.pdf>
- ✓ Tomasina, F. (2003). *La salud de los trabajadores del sector salud*. Recuperado el 6/9/2017 disponible en <http://www.biname.fmed.edu.uy/>
- ✓ Viera, E. (2005). *Equipo de trabajo – Trabajo de equipo*. Recuperado el 30/10/2017. Disponible en maceiras.org/laasiste/.../Equipo/EQUIPO-DE-TRABAJO-TRABAJO-DE-EQUIPO.pdf