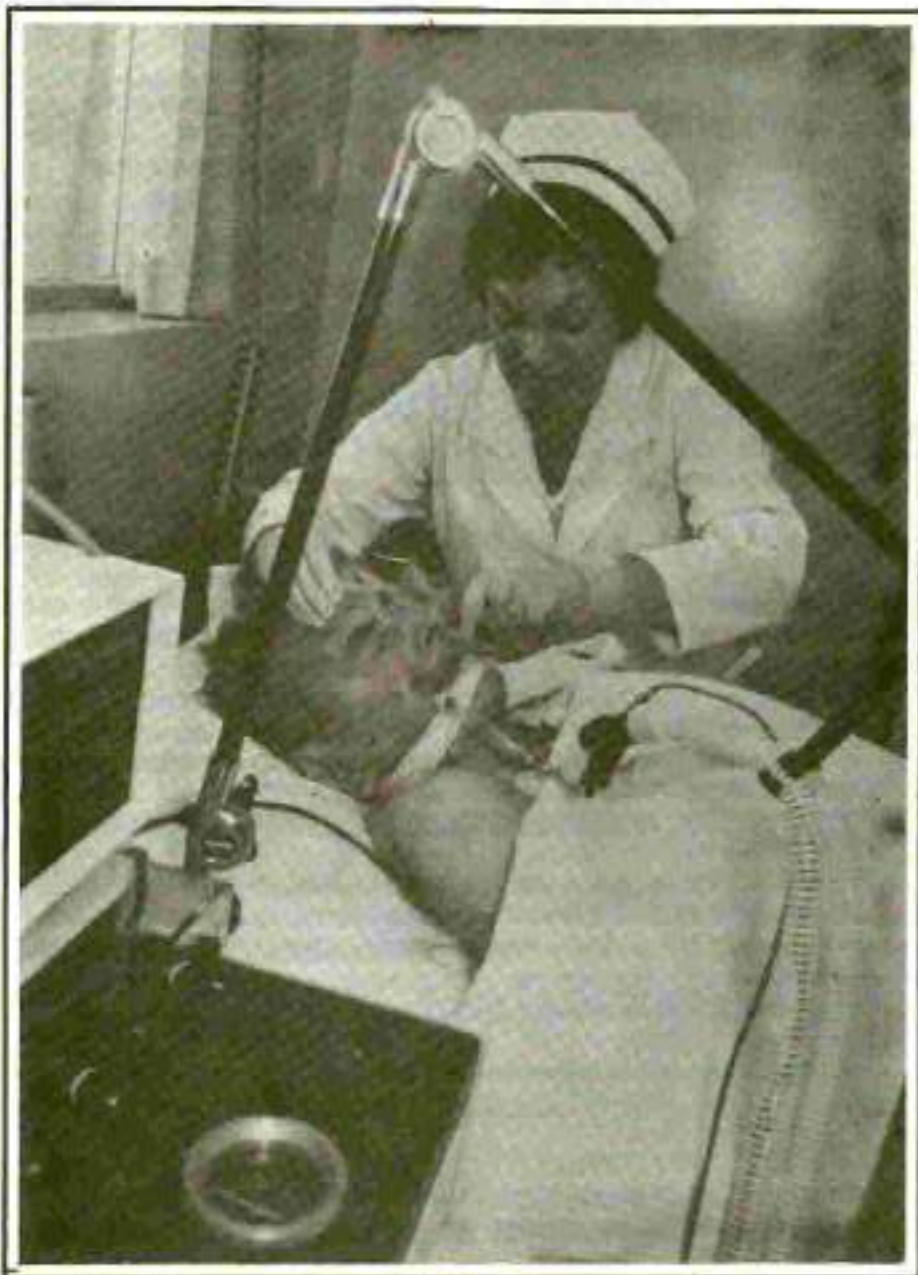


EL ESTRES EN EL PERSONAL, EN EL PACIENTE Y EN LA FAMILIA DENTRO DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

*Elaborado por:
Ileana Sandoval Hernández. M. E.
Profesor Asociado
Universidad de Costa Rica*



RESUMEN

El presente artículo versa sobre los factores psicológicos que afectan al paciente, familia y al personal de enfermería que labora en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Enfoca las intensas e íntimas relaciones que se desarrollan con frecuencia entre el personal de enfermería, el paciente y su familia, los sentimientos de aflicción, impotencia, desamparo, shock, miedo y frustración que a menudo acompañan a las relaciones interpersonales que se establecen en una Unidad de Cuidados Intensivos y que tienden a catalizar de una u otra forma aquellas reacciones que se presentan como respuesta a un ambiente altamente estresante.

Enfoca además los factores positivos y negativos de permitirle a los familiares del paciente la disponibilidad de que permanezcan a su lado más tiempo del que actualmente se permite.

Analiza el estrés en el personal de enfermería desde tres puntos de vista, y que con frecuencia se producen en una Unidad de Cuidados Intensivos:

- 1.- Ambiente tecnológico
- 2.- El paciente y su cuidado
- 3.- La familia del paciente

Además diversas manifestaciones producidas por el estrés y su manejo inadecuado y las formas como el personal superior puede detectar estas manifestaciones de estrés en sus subalternos y algunas medidas para disminuirlas

INTRODUCCION

La creación de las Unidades de Cuidados Intensivos en los hospitales generales durante las últimas décadas, ha ayudado a salvar miles de vidas. Sin embargo, ha sido recientemente que se le ha dado atención a los efectos psicológicos que sobre el personal, el paciente y la familia, tiene la calidad, variedad y cantidad de estímulos que el ambiente de una Unidad de Cuidados Intensivos ejerce sobre el individuo.

El diseño típico o tradicional de las Unidades de Cuidados Intensivos; con pocas ventanas, paredes pintadas con colores oscuros u opacos, cuartos con varias camas, extraños monitores o ventiladores pueden parecer "raros", o provocar temor a un paciente críticamente enfermo.

En estas Unidades, el paciente permanece acostado durante toda su estancia, su movilización es impedida por la entubación de algunos o todos los orificios de su cuerpo, experimentando el estrés persistente del dolor y de la incomodidad; además de sus facultades perceptuales alteradas por el uso de sedantes, tranquilizantes o narcóticos.

En todos ellos hay presente una privación sensorial que puede ser en grados variados, algunas veces con gran sobrecarga emocional, otras de monotonía sensorial, con patrones de sueños erráticos o interrumpidos, aislamiento social, ambiente humano y situación poco familiar; todo lo cual puede contribuir a que el paciente presente una distorsión perceptual, confusiones, ilusiones o alucinaciones mientras permanece

internado en una Unidad de Cuidados Intensivos.

Y si nos referimos al personal de labora en esas unidades, encontramos que los estresores con los cuales se enfrentan a diario son muchos, entre ellos el paciente y su cuidado, el personal, el ambiente físico y la familia.

El paciente aguda o críticamente enfermo requiere de mucho cuidado físico e incluso llega a depender en un cien por ciento de la enfermera; las rutinas y los detalles consumen mucho tiempo del personal, todo lo cual hace que aumente día con día el estrés en el personal de enfermería, debido especialmente a su constante permanencia en estos servicios.

EL ESTRÉS EN EL PACIENTE

AMBIENTE PSICOLÓGICO:

Parece razonable asumir que una persona pueda ser admitida en un hospital general, en un servicio de medicina o cirugía; pero ser sometido a una Unidad de Cuidados Intensivos, es una experiencia que muy pocos pueden anticipar.

Generalmente las personas se refieren a las Unidades de Cuidados Intensivos, como aquellos lugares "donde las personas van a morir", y la forma como el paciente y su familia enfrentan sus preocupaciones y miedos, es un aspecto parcialmente determinado por su orientación filosófica y las experiencias pasadas.

Mientras para algunos pacientes parece aliviarles el hecho de estar en un lugar donde son observados de cerca, otros parecen molestarse porque ellos sólo quieren o necesitan apoyo y cuidado mínimo.

El estrés psicológico y emocional experimentado por el personal, los pacientes y los familiares dentro de las Unidades de Cuidados Intensivos, es manifestado en diversas maneras. Algunos pacientes sienten que ellos no pudieron escapar de ese ambiente, que mucha gente los examina o evalúa el equipo que los une, y que el personal habla de ellos sin incluirlos en la conversación, también perciben un sentido o ambiente de urgencia constante.

La comodidad emocional del individuo en la Unidad de Cuidados Intensivos, puede estar afectado por el descuido de la enfermera de sus necesidades psicológicas.

El descuido de estas necesidades ocurre muy a menudo, por el énfasis en la habilidad técnica, sin tomar en cuenta la adaptación a la unidad. La comunicación con el paciente está reducida por que el personal tiende a ser una máquina orientadora, se presume que el individuo está inconsciente y que es incapaz de comunicarse.

AMBIENTE FÍSICO:

La disposición física de la Unidad de Cuidados Intensivos, así como el uso de aparatos de soporte y equipos de diagnóstico que pueden tener un efecto deletéreo sobre las experiencias perceptuales del paciente y subsecuentemente tener un valor negativo sobre su recuperación.

Hay también una dominación territorial del personal sobre el paciente, así como frecuentes evasiones a esa zona espacial-personal del individuo, lo cual complica y hace que éste esconda sus intentos de adap-

tarse a ese ambiente.

La enfermedad, el ambiente, la privación sensorial contribuye a aumentar el grado de estrés experimentado por el paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos. El aumento del uso de aparatos mecánicos y la subsecuente sobreutilización de espacio, contribuye a crear un ambiente ruidoso lo cual puede provocar ansiedad en el paciente y el personal.

Cuando el número de personas aumenta a un cierto nivel, las interacciones se intensifican permitiendo que el estrés aumente más y más, por lo que la expectativa de mantener canales afectivos de comunicación bajo estas circunstancias no se pueden cumplir.

En suma, la ansiedad asociada con la gente, causa problemas relacionados con el disturbio frecuente de los pacientes, los tratamientos y los procedimientos.

Estos disturbios pueden, no sólo resultar en síntomas relacionados con el sueño y la sobrecarga sensorial, sino que, pueden constituir una potencial violación del espacio del individuo y de su necesidad de privacidad.

La invasión espacial puede tener un efecto disruptivo, produciendo severa ansiedad, y las quejas del paciente son el sentido de que el espacio personal y sus cuerpos son violados constantemente por los médicos y enfermeras, quienes no se molestan en presentarse así mismos o explicarles lo que les va a hacer. Además, las luces monótonas y repetitivas del equipo de monitoreo y ventiladores, son una fuente de sobrecarga emocional, lo cual altera el



ambiente sensorial, contribuyendo a la aparición de cambios en el paciente, en el conocimiento y la percepción, y estos cambios pueden mezclarse o combinarse con la experiencia del dolor, así como la reacción del paciente a la enfermedad. Las numerosas conexiones a equipos induce la inmovilidad y aumentan en el paciente la probabilidad de sufrir de estos estresores ambientales.

Los efectos finales de la privación sensorial o sobrecarga de estímulos pueden reducirse de la siguiente manera:

- 1.- Disminuyendo las luces en la noche
- 2.- Organizando los procedimientos y tratamientos hasta donde sea posible, de manera que interrumpan menos el sueño
- 3.- Colocando relojes y calendarios para mantener orientado al paciente
- 4.- Usando colores brillantes para las paredes y cortinas, haciendo el ambiente menos sobrio
- 5.- Colocando el equipo de monitoreo fuera del cuarto del paciente

- 6.- Participación de las enfermeras en el diseño y construcción de las nuevas Unidades de Cuidados Intensivos
- 7.- Explicándole al paciente los tratamientos y procedimientos que se le hacen

Los factores ambientales que constituyen a las alteraciones de la percepción sensorial en el paciente son, el ruido, las luces encendidas continuamente y la poca familiaridad con el ambiente, que unidos a un estado fisiológico alterado, hacen que el paciente críticamente enfermo sea susceptible de desarrollar "Psicosis de la Unidad de Cuidados Intensivos".

EL RUIDO INTENCIONADO:

El hombre vive, trabaja y duerme en un ambiente de constante ruido. Por medios de patrones aprendidos de conducta, la respuesta del hombre al ruido depende de su habilidad para percibir e interpretar la fuente y el significado del mismo, además esta respuesta varía no sólo de persona a persona, sino dentro del mismo individuo.

El personal de la Unidad de Cuidados Intensivos está acostumbrado a múltiples ruidos y son capaces de identificarlos, mientras que el paciente puede percibirlos como confusos o potencialmente como de vida o muerte.

En muchas Unidades de Cuidados Intensivos, el denominador común que predispone a los pacientes a cambios perceptuales, es el ruido, el cual limita la calidad y cantidad de sueño, resultando a menudo en privación del sueño, el cual afecta las habilidades perceptuales y el proceso de pensamiento, estableciéndose un círculo

vicioso de ruido--deprivación sensorial-- ruido y puede dar inicio a un cuadro de psicosis de Unidad de Cuidados Intensivos.

LA FAMILIA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Al rol de familia en la Unidad de cuidados Intensivos se les ha dado mínima atención, reconociendo principalmente el hecho de que las familias han tenido poco acceso a los pacientes y al personal de las Unidades de Cuidados Intensivos.

FACTORES MENTALES:

Las Unidades de Cuidados Intensivos están llenas de personal de salud, equipos y otro personal misceláneo, así como equipo técnico; por lo que el espacio físico es un verdadero problema y el agregar otro tipo de personal como sería la familia, aumentará el problema.

La concentración en talleres técnicos (líneas arteriales, monitores, etc.) y la necesidad de un uso constante del expediente, requiere que a la enfermera se le permita trabajar con la menor interrupción y el conocimiento de las necesidades de apoyo de la familia pueden ser una distracción.

El personal frecuentemente se queja de que el paciente no recibe el cuidado que necesita cuando los familiares están presentes. Este conflicto entre las necesidades de cuidado intensivo del paciente y el de mejorar las necesidades emocionales tanto del paciente como de la familia, es una discusión en las Unidades de Cuidados Intensivos.

Factores Psicológicos Positivos

Muchos beneficios psicológicos se han identificado con la presencia de los familiares en las Unidades de Cuidados Intensivos:

1.- CONFIANZA

A menudo el paciente está demasiado enfermo para estar pendiente del cuidado que está recibiendo, pero la familia puede reconocer que éste es dado y dar su retroalimentación al personal. Hay una gratificación para los miembros del personal, al reconocer la realización en intervenciones complejas en una atmósfera altamente cargada como lo es la Unidad de Cuidados Intensivos; esto ayuda a construir un medio de verdadera sinceridad entre el personal, la familia y el paciente.

2.- PERSONALIZACION

Otro factor benéfico, de tener a la familia cerca de la cama del paciente, es que el personal tiene la oportunidad de conocerlo mejor, porque muchos de ellos están entubados y son capaces de comunicarse adecuadamente, debido al tubo E.T., o a su condición física debilitada, y si el personal usara este cuadro del paciente como una reflexión realística de su vida individual, podría hacer un avalúo inadecuado, mientras que teniendo un miembro disponible para llenar y personalizar la vida del paciente, esto puede ser un factor importante para que el personal tenga una visión más comprensible del individuo bajo su cuidado.

En algunos casos, cuando

el pronóstico es malo y la muerte es más segura, el conocimiento de los datos personales puede permitir al personal ayudarle al paciente y a su familia luchar por el proceso de muerte en una perspectiva más humana y personal. A menudo los deseos del paciente para cuidado y tratamiento, pueden ser clarificados por medio de su familia.

3.- RETROALIMENTACION

El conocimiento acerca del paciente es importante para el personal, no sólo mientras está en la Unidad de Cuidados Intensivos, sino después de que él sale de la Unidad; y la familia es un recurso valioso de retroalimentación, porque puede dar información clara del tratamiento recibido por el paciente, mientras estuvo en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Es imperativo para el personal, conocer qué pacientes pueden regresar a tener una vida normal después de estar en la Unidad de Cuidados Intensivos, para que sientan que su trabajo fue de verdadero valor.

La información sobre el resultado del tratamiento del paciente, da al personal la base para predecir conductas con otros pacientes en situaciones futuras. Y el avalúo de problemas comunes necesita ser demostrado contra un bagaje de conocimientos y experiencias de que el cuidado brindado es realísticamente alcanzable para un tipo

"X" de pacientes en una situación médica similar.

4.- ROL

Para algunos miembros del personal, trabajar con el paciente y la familia brinda la oportunidad de ampliar sus roles y aumentar la satisfacción de su trabajo. Una enfermera puede llegar a ser una orientadora en etapa de duelo o aflicción, así como tener una gran habilidad técnica. El fracaso al salvar una vida puede ser una tarea relativamente fácil por la habilidad que se ha adquirido al dar intervenciones terapéuticas a los sobrevivientes, así como el hecho de compartir su pena.

5.- ACERCAMIENTO

A menudo el personal asiste a los miembros de la familia en el proceso de pena o aflicción y pueden ser capaces de alcanzar un sentido personal de acercamiento experimentando una pérdida muy sensible, la cual cuando sucede, le permite al personal volver a empezar con otro paciente en una situación igual o diferente a la ya vivida.

FACTORES PSICOLÓGICOS NEGATIVOS

Mientras que hay numerosos factores con los cuales el personal se beneficia de la presencia de los familiares del paciente, en otras situaciones puede ser causa de aumento del estrés psicológico. No todos los familiares son capaces de ganarse la confianza del personal y algunos pueden sentirse superiores y tener comportamientos o me-

tas altamente irrealísticas para el tipo de cuidado que ellos creen que el paciente requiere y estas expectativas no realistas para la sobrevivencia del paciente, puede ser expresado abiertamente aún en una fase de irreversibilidad de un problema médico.

Si el personal acepta las expectativas de la familia como expectativas personales, pueden estar en una situación de desarrollo y lucha. Esto es si el personal no está en capacidad de llenar las demandas de la familia, de salvar omnipotentemente a su familia.

Para clasificar este factor, el personal debe ser capaz de medir las expectativas realistas para el personal y la familia y de hecho para el ambiente.

1.- MIEDO A LA FAMILIA

Otro estresor son los temores intrapsíquicos que el personal puede tener de su trabajo. Los trabajadores en el campo de la salud tienen una variedad de motivaciones para funcionar. Una de ellas es la necesidad de ayudar a la gente a reducir su sufrimiento, esto puede ser cuestionado por un familiar, particularmente durante la realización de un procedimiento doloroso. Sin embargo, a pesar de que es difícil para el personal decirle a la familia que se aleje de la cama del paciente; en algunos momentos un miembro del personal tiene que ser retirado por sentimientos de culpa, acerca del dolor causado al paciente; otra razón para no pedirle al familiar que se retire durante un procedimiento, es que el personal puede sentir que el procedimiento es de poco valor (hacer un examen físico).

Cuando las preguntas de valor sobre los cuidados están poco claras, el tener a un familiar cerca, crea ambivalencias en el personal. Obviamente forma de proceder, o sus resultados no son iniciados por la familia pero son aumentados por su presencia.

2.- PRESIÓN DE LAS COMPAÑERAS

Una de las dificultades encontradas por las enfermeras, es en la relación con la presión de sus compañeras. Cuando una enfermera es capaz de dar apoyo a los miembros de la familia, ella establece un conjunto de expectativas que muchas veces no puede causar sentimientos de rivalidad entre las compañeras.

3.- PERDIDA

Finalmente hay un aspecto negativo de conocer al paciente como una persona, y es el temor a la pérdida. La frecuencia de mortalidad en las Unidades de Cuidados Intensivos es alta. Si los miembros del personal llegan a apegarse a cada paciente en una forma significativa, estas pérdidas frecuentes son unos de los aspectos más interesantes del cuidado del paciente. Conocerlo poco como persona y ser capaz de tratarlo como un problema clínico médico puede ser mejor adaptado por el personal para continuar funcionando en un área que es un campo fértil para la destrucción. El conocer al paciente como persona, puede motivar al personal de enfermería a dar un significado mayor a



su trabajo, pero el riesgo es que al conocerlo de esta forma puede hacer su trabajo más doloroso.

EL PERSONAL DE ENFERMERIA

Cuando un paciente ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos, hay una movilización de equipo sofisticado, actividades de salvamento y una necesidad en todo el personal de tomar decisiones altamente significativas.

Porque la vida es invaluable, los programas de tratamiento agudo so a menudo definidos dentro de esta estructura de valor, los esfuerzos máximos para salvar la vida y restaurar las funciones, sirven inicialmente para unificar las tareas hacia una meta común.

Sin embargo, la realización de esas tareas conlleva un trabajo intrínsecamente estresante, debido a los múltiples impactos del ambiente de la Unidad de Cuidados Intensivos (ruidos, lucha contra la ansiedad, muerte,

responsabilidad en la toma de decisiones, etc.). Otros factores del estrés psicológico presentes en esta situación, pueden ser determinados por si el tratamiento y las metas de salvar la vida son compartidos por otros miembros de la Unidad de Cuidados Intensivos, el paciente y su familia.

Cada cambio en la tecnología médica afecta las metas del tratamiento y altera el proceso del moribundo cuando existe gran lesión cerebral. Las preguntas relacionadas con el diagnóstico cerebral como una entidad y el resultado determinar el tratamiento, son así nuevos estresores en el ambiente de la unidad de Cuidados Intensivos.

Las dificultades en definir metas y percibir la desesperanza e impotencia, interfieren en la rápida restauración de la homeostasis para el personal de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Las normas tradicionales que han tenido los lineamientos médicos en la toma de decisiones, han llegado a ser difíciles de aplicar y la medicina se ha visto forzada a moverse a una defini-

ción más social de la vida, una definición basada más en el mundo percibido y la capacidad interpersonal.

Estos cambios han resultado en algunas orientación de los valores y la incertidumbre y ambigüedad han escalado el riesgo personal en nuestras decisiones de tratamiento sobre vida y muerte. El valor de nuestro trabajo, de nuestras relaciones y el valor de nuestra vida, brinda apoyo al balance de nuestra personalidad, cambios en algunos patrones de vida pueden producir también reacciones de estrés de magnitudes variables.

ESTRES:

Es la respuesta no específica de tipo fisiológica y psicológica a cualquier interrupción de nuestra homeostasis o equilibrio. La cadena envuelve el SNA y la actividad neuroendocrina, aumentando la función cardíaca y disminuyendo la gastrointestinal.

Esta preparación fisiológica a menudo ha sido expresada como preparación a la lucha y al escape y es apropiada para el organismo en situaciones menos sofisticadas que el ambiente de una Unidad de Cuidados Intensivos, porque si esta respuesta es repetida frecuentemente por largos periodos, puede aumentar el riesgo de enfermedad en el personal de la Unidad de Cuidados Intensivos, así como que la creatividad o productividad del individuo puede disminuir.

Aunque los patrones son universales, la reacción al estrés es individual y única, algunos se toman ansiosos, irritables, enojados, discutidores o explosivos (reacción de lucha), otros son tranquilos, distantes, deprimidos, retraídos (reacción de

uga). Muchas personas pueden tener una amplia gama de respuestas al estrés que pueden incluir conductas negativas, testarudez, independencia o dependencia y a menudo la familia del paciente experimenta el mismo fenómeno.

Una circunstancia que puede permitir la interrupción del equilibrio psicológico, es el estrés potencial encontrado en los aspectos de deshumanización de la tecnología de soporte de vida, y sirven para aumentar la tensión y separar al personal del paciente.

EL ROL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

Las enfermeras en general están sufriendo una expansión dramática en relación con la prestación de servicios de salud, y en las Unidades de Cuidados Intensivos, este personal asume gran responsabilidad en el manejo de cuidado del paciente en escenarios de cuidado crítico de la salud.

En este rol, la enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos está confrontada por la crisis de la condición del paciente y la demanda de una tecnología excelente, experimentan situaciones estresantes relacionadas directamente con las necesidades individuales del paciente e indirectamente a la presión del ambiente altamente tecnificado.

Hay muchos estresores en el ambiente de la Unidad de Cuidados Intensivos para la enfermera: ambiente tecnológico, el paciente y su cuidado, la familia del paciente, relaciones interpersonales con muchos individuos y la jerarquía administrativa. Es evidente que la enfermera debe manejarlos para llenar los altos estándares de cuidado de enfermería, pudiendo asumir-

se que un pobre manejo del estrés, resulta en un pobre cuidado de enfermería, insatisfacción en el trabajo y una disminución potencial en su profesional.

La enfermera que trabaja en la Unidad de Cuidados Intensivos, está enfrentada con una presión tremenda, con responsabilidades y estrés emocional, porque se espera que ella sea lista, ingeniosa, decisiva, cálida, amigable, bondadosa, que de apoyo, que tenga conocimientos alejados de los del paciente.

Las enfermeras enseñan técnicas de manejo del estrés a los pacientes, pero a menudo no se les da oportunidad de desarrollarlas en sí mismas. Al paciente bajo estrés se le permite mostrar cólera, negación, enojo, hostilidad, retraimiento, pero esta conducta es inapropiada para la enfermera bajo estrés, y está forzada a jugar un rol en un sistema semicerrado, donde toma un estímulo pero no puede liberarse de él.

Es importante que los estresores situacionales de la Unidad de Cuidados Intensivos, y las formas cómo deben enfrentarlos, sean identificados para brindar una adecuada intervención en crisis a la enfermera, así como al paciente.

Para evitar la pérdida de personal de enfermería y la disminución de la calidad del cuidado del paciente debido al desarrollo de crisis en las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos, el Supervisor de Enfermería debe reconocer, admitir y ser cuidadoso de los niveles de estrés, percibir los estresores situacionales e identificar los métodos para enfrentarse, usados por sus enfermeras.

La supervisora de enfermería debe evaluar a las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos para su manejo adecuado de las situaciones de estrés.

Otros aspectos son la salud y bienestar de las enfermeras. Se ha demostrado en muchos estudios que los niveles aumentados de stress que no son manejados efectivamente por el individuo pueden resultar en enfermedad.

Respuesta de las Enfermeras al Estrés

En general, las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos, tienden a mostrar más signos objetivos de ansiedad, depresión y hostilidad, que las que no trabajan en estos Servicios, sin embargo su nivel de afectación permanece bien dentro de los límites normales y de esta forma no es visto como una naturaleza patológica.

El esfuerzo psicológico visto en las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos, aparecen como el resultado de estresores situacionales (mucha responsabilidad, poca comunicación con compañeras, espacio limitado) y no como producto de diferencias de personalidad entre enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos y las que no trabajan en esa unidad.

Algunos estudios recientes indican que la fuente primaria del estrés en la Unidad de Cuidados Intensivos, es la sobrecarga de trabajo, y en algunos casos por el inadecuado personal que allí trabaja.

Si se mantiene un personal idóneo, las enfermeras no son capaces de tomar o aceptar todas las frustraciones que ocurren a su paso, por el contrario, el personal inadecuado por largos períodos parece que aumenta la sensibilidad de la enfermera a todos los otros tipos de estrés.

Son interesantes los hallazgos relacionados con la presión del tiempo, asociado con la presión de trabajo, y aparecen como un

problema más para las enfermeras que para otro personal de salud.

Otro factor que conduce al estrés es la naturaleza impredecible de ciertos tipos de pacientes, donde la sobrecarga de trabajo fluctúa rápidamente, desde un alto nivel a uno más bajo, además de la monotonía de ciertas tareas de enfermería, sin embargo las enfermeras que tienen mucho tiempo de trabajar en la Unidad de Cuidados Intensivos, pueden adaptarse al estrés de la sobrecarga de trabajo, mejor que las que tienen poca experiencia.

CUIDADOS DEL PACIENTE

Se enfatiza que los conflictos entre las enfermeras de las Unidades de Cuidados Intensivos a menudo pueden ser ocasionados por la ansiedad producida por la confrontación diaria con pacientes seriamente enfermos y moribundos, por lo que a la enfermera de la Unidad de Cuidados Intensivos debe ayudársele a desarrollar una madurez más integrada que le permita defenderse contra el estrés a través de catarsis, apoyos modelos, a pesar de lo cual la muerte de los pacientes ha sido citada como la mayor fuente de estrés de las enfermeras de la Unidad de Cuidados Intensivos.

NECESIDADES DE APOYO O SOPORTE

La literatura reciente discute que el apoyo social, particularmente obtenido por médicos y enfermeras supervisoras de la Unidad de Cuidados Intensivos, es crítico para las enfermeras que laboran ahí, en su habilidad de manejar el estrés resultante del exceso de trabajo o ta-



la ausencia de apoyo de parte de los superiores así como la retroalimentación y reacción a los errores constituye una de las fuentes más frecuentes de descontento entre el personal de la Unidad de Cuidados Intensivos. Las enfermeras necesitan reconocimiento y apreciación de sus jefes médicos y de enfermería, sin embargo, se encuentran con la infortunada realidad de que sus co-trabajadoras superiores, no siempre están en las emergencias y posiblemente no responden al llamado de ayuda cuando ellos juzgan la situación menos seria de lo que la enfermera cree que es.

El apoyo y estímulo de las enfermeras superiores es importante para ayudar al personal de la Unidad de Cuidados Intensivos a luchar con las diferentes situaciones, al tener que hacer una relación administrativa de trabajo, roles funciones, liderazgo, toma de decisiones y conflictos que se despiertan de estereotipos acerca de grupos particulares. Los accidentes y la frecuencia de los errores en la Unidad de

Cuidados Intensivos, pueden estar inversamente relacionados con la cantidad de apoyo disponible en cada servicio. El enojo y la hostilidad son notados frecuentemente como respuestas emocionales al estrés en el ambiente de la Unidad de Cuidados Intensivos, sin embargo no hay estudios que puedan confirmarnos.

ALIVIO DEL ESTRÉS

En años recientes, una variedad de técnicas han sido sugeridas para aliviar el estrés en las Unidades de Cuidados Intensivos, incluyendo grupos de apoyo servicios de orientación, entrenamiento de relajación, educación sobre el manejo del estrés, etc.

Estas técnicas pueden ayudar a mejorar la moral del personal, reducir los cambios del personal, mejorar la cooperación entre el personal de enfermería y bajar la mortalidad de los pacientes de la Unidad de Cuidados intensivos.

CONCLUSIONES

Los problemas sociales y psicológicos de los pacientes y el personal que permanece en una Unidad de Cuidados Intensivos, se ha reflejado en los últimos estudios realizados.

En general el problema del estrés ha sido centrado en dos áreas mayores:

- 1) El ambiente de cuidado crítico que el individuo necesita que se le brinde, unido a factores de diseño físico de las unidades, grado de enfermedad, protocolo de tratamiento, e-

quipo y métodos de organización al dar medidas de soporte de vida.

- 2) Respuesta psicológica a la enfermedad, trauma y al ambiente de la Unidad de Cuidados Intensivos.

El hecho de que estas Unidades reducen la mortalidad y morbilidad, es incuestionable, pero a menudo el frecuente disturbio psicológico sobre las respuestas humanas, debe ser mitigado.

Además de los problemas físicos propios de la enfermedad que aqueja al paciente, los problemas de naturaleza psicológi-

ca son frecuentes en estos servicios, lo cual tiene concomitantes biológicas, que pueden inhibir la respuesta óptima del paciente al tratamiento, aumentar el grado de mortalidad y en última instancia, contribuir a la mortalidad.

Estos problemas tienen y deben responder a una manipulación apropiada del ambiente por medio de una variedad de medidas; la comunicación sensorial y verbal del paciente críticamente enfermo, es el mejor método para dar al arte de curar, de sanar un lugar preferencial en un sitio tan científico como son las Unidades de Cuidados Intensivos.

LITERATURA UTILIZADA

- 1) Bacom, Carolyn. "The nurse and her reactions to critical-care nursing". Heart and Lung, 3 (2): 358-363, may-june; 1973
- 2) Cassen, N - Hackett, Thomas. "Stress on the nurse and therapist in the intensive care unit and the coronary unit". Heart and Lung, 2 (4): 252-259, march-april; 1975
- 3) Dunkel, J. "Families in the Intensive Care Unit: Their effect on staff". Heart and Lung, 12 (3): 258-260, may; 1983
- 4) Gowan, Nancy. "The perceptual world of the Intensive Care Unit: An overview of some environmental considerations in the helping relationship". Heart and Lung, 8 (2): 340-344, march-april, 1979.
- 5) Hadovanie, H. Beatrice. "Family crisis intervention program in intensive care Unit". Heart and Lung, 12 (6): 243-249, may; 1984.
- 6) Kiely, William. "Critical care psychiatric syndromes". Heart and Lung, 1 (2): 54-57, jan-feb, 1973.
- 7) Lippicott, Richard. "Psychological stress factors in decision making". Heart and Lung, 8 (6): 1093-1095, nov-dec; 1979.
- 8) Nerwin, Heidi. "The behavioral effect of noise on man: The patient with Intensive Care Unit Psychosis". Heart and Lung, 13 (1): 59-65, january; 1984.
- 9) Obier, Katheen- Haywood, Julian. "Enhancing therapeutic communication with acutely ill patients". Heart and Lung, 1(2): 49-53, Jan-feb; 1973.
- 10) Oskins, Susan. "Identification of situational stressors and coping methods by intensive care nurse". Heart and Lung, 8 (5): 340-344, march-april, 1979.
- 11) Maloney P. Joseph. "Stress-tolerant people: Intensive Care nurses compared with non-intensive care nurses". Heart and Lung, 12 (4): 384-388, july; 1983.