

XXVI CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS Y NEONATALES

MESA REDONDA: Habilidades en la Atención del Cuidador Enfermero

Ponencia:

"El Liderazgo en los cuidados como elemento de satisfacción de la enfermera/o"

**Autora: Purificación González Villanueva
Enfermera. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Profesora de Enfermería en la Universidad Europea de Madrid.**

En mi intervención voy a plantear los siguientes aspectos:

1. Las múltiples realidades que nos podemos encontrar en una unidad de cuidados intensivos
2. Principales elementos de estrés para el niño y padres/familia
3. La construcción del cuidado como proceso de ayuda a los niño/as y padres
4. La necesidad de liderar los cuidados como objetivo profesional y elemento de satisfacción en el trabajo de la enfermera/o

1. LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS: MÚLTIPLES REALIDADES

Cuando uno se acerca y observa una unidad de cuidados intensivos se encuentra con un escenario complejo, de alto nivel tecnológico en donde las personas que trabajan lo hacen manejando importantes niveles de incertidumbre y ambigüedad de forma cotidiana.

Si nos ponemos a pensar detenidamente, llegaremos a la conclusión de que hay múltiples formas de concebir la realidad de la UCI (unidad de cuidados intensivos), diferentes maneras de interpretarla, por lo tanto también habrá múltiples formas de comprenderla

¿Cómo construye el niño/a la realidad que está viviendo? ¿Cómo lo construyen sus padres/familia? ¿Cómo la construyen los profesionales?

Cada una parte de una visión de la realidad distinta, de unos problemas diferentes y sus objetivos seguramente tienen elementos comunes, pero nos encontraremos múltiples y matices entre ellos.

Es probable que el niño, los profesionales y la familia se encuentren en realidades muy distintas y, en consecuencia, en mundos diferentes. Sería importante que la enfermera tuviera esto en cuenta ya que la consciencia de estar en mundos distintos ayuda a entender las diferentes maneras de interpretarlo y las dificultades en la interrelación enfermera-niño-padres/familia.

2. PRINCIPALES ELEMENTOS DE ESTRÉS PARA EL NIÑO Y PADRES/FAMILIA

Los múltiples estresores¹ a los que están sometidos los niños y sus padres cuando pasan por una hospitalización en cuidados intensivos, suponen un alto riesgo y una variedad de resultados negativos a corto o largo plazo. Durante este tiempo sus conductas pueden reflejar desequilibrio, desorganización, vulnerabilidad y síntomas psicósomáticos, expresiones de negación, cólera, protesta, culpa, tristeza y duelo. Con frecuencia los padres sienten que ellos han "fallado" al proteger al niño, incluso en situaciones de programación y control de la enfermedad.

De los estudios que hay realizados en cuanto a los miedos de los niños relacionados con la hospitalización², los temas más evidentes son:

- A. procedimientos invasivos
- B. dolor
- C. separación de la familia
- D. inspecciones o exploraciones
- E. reposo en cama o el tener que estar metido en una habitación

Según una escala en donde se miden los miedos que tienen los escolares en relación a cuestiones médicas, (CMFS (child medical fear scale), la medida mayor fue: miedo de estar lejos de la familia a pesar de la creencia de

¹ Melnyk B.M., Alpert-Gillis L. The COPE Program: A Strategy to Improve Outcomes of Critically Ill Young Children and Their Parents. *Pediatric Nursing*/November-December 1998/Vol.24/Nº6, 521-527.

² Dynnette Hart; Elizabeth Bossert. *Self-Reported Fears of Hospitalized School-Age Children*. *Journal of Pediatric Nursing*, Vol 9, Nº 2 (abril),1994

que la familia no juega un papel importante con los niños de esta edad , comparado con los lactantes y preescolares.

Las áreas de estrés^{3,4} identificadas por los padres incluyen:

- El cambio en el rol de padres,
- Las conductas y emociones de los niños
- Señales y sonidos,
- Procedimientos
- Comunicación con el equipo de la UCI,
- Conductas del equipo de la UCI y,
- Aspecto del niño.

La mayoría de los investigadores (Miles, Carter, Riddle, Hennessey and Eberly (1989), Miles, Funk, and Kasper, 1991) encontraron que las dimensiones con mayor nivel de estrés para las madres y los padres eran:

- las conductas y las emociones de los niños y
- el cambio en su papel de padres.

Los padres con niños en PICU (Cuidados intensivos pediátricos) estaban mas estresados con NO SABER COMO AYUDAR A SU HIJO, ver a su niño triste o con dolor y no ser capaz de ayudarlo. Ellos reflejaban sentimientos de perdida de no poder cuidar a su hijo como habitualmente.

Los padres de niños en NICU (cuidados intensivos neonatales) estaban estresados sobre todo POR ESTAR SEPARADOS DE SU NIÑO.

De los aspectos que reflejan los padres⁴ y que ven como ayuda hacia ellos, en cuanto a la conducta del equipo de la UCI (enfermería) , se encuentran:

1. El ser capaces de estar cerca de su niño todo lo que sea posible,
2. Recibir información acerca de su situación y
3. Tener la seguridad de que su hijo esta recibiendo el mejor cuidado posible.

³ Board, R., Ryan-Wenger N. Stressors and Stress Symptoms of Mothers with Children in the PICU. J Pediatric Nursing, Vol 18, N° 3 (June), 2003.

⁴ Seideman, R.Y., Watson M., Corff K., Odle P., Haase J., Bowerman J., "Parent Stress and Coping in NICU and PICU. Journal of Pediatric Nursing, Vol 12, N° 3 (June), 1997, 169-176

3. CONSTRUIR EL CUIDADO

La mayoría de los autores sitúan a la enfermera en una posición de privilegio para abordar las necesidades de los niños y sus familias. Curley(1988, 1997)⁵ señala que el apoyo de las enfermeras a los padres de los niños hospitalizados en cuidados intensivos, reduce de forma importante el estrés parental.

Los padres necesitan apoyo y ellos necesitan sentir que su hijo esta recibiendo el mejor cuidado posible. Los padres sienten que estar con su hijo es **LO MAS IMPORTANTE**; necesitan ser capaces de mantener una comunicación con las enfermeras para poder ayudar a su niño/a.

¿Qué pueden hacer las enfermeras?

En principio algo sencillo aunque de una gran complejidad: **CUIDAR**.

El Cuidado es lo que define nuestra profesión. Cuidar es la esencia de nuestro trabajo.

Cuidar según Collière, es ante todo un acto de **VIDA**, en el sentido de que cuidar representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la **VIDA** y permitir que esta continúe y se reproduzca (Collière, 1993:233)

Entender la naturaleza de los cuidados de enfermería exige, por tanto, volverlos a situar dentro del único contexto que les da todo su sentido, su significado real: el contexto de la **VIDA**, o más exactamente, el contexto del proceso de **VIDA** y de **MUERTE**, a las que el ser humano y los grupos humanos se enfrentan todos los días en el desarrollo de su existencia.

Me parece importante la diferencia que establece Collière entre **CUIDAR Y TRATAR**. Dice Collière que nos es posible diferenciar el campo de competencias de la enfermería sin aclarar la diferencia que existe entre "cuidar" y "tratar", y sin darse cuenta de que *tratar la enfermedad* jamás podrá suplir a toda esta movilización de capacidades de vida que representa *cuidar*.

El significado de tratar ha adoptado insidiosamente el de cuidar y se ha revestido de él. (Collière 1993: 287)

⁵ Miles M.S., Carlson J., Brunssen S. The Nurse Parent Support Tool. J Pediatric Nursing, Vol 14, N° 1 (February),1999, 44-50

Las personas cuidadas, en nuestro caso los niños y sus familias, necesitan entender la realidad de lo que viven, comprender no solo aquellos aspectos relacionados con la enfermedad del niño, con una visión y un planteamiento desde la funcionalidad; sino también los miedos, los sentimientos, las dudas, las incertidumbres, la inseguridad, que surgen de esa situación.

Enlazar la competencia tecnológica con el arte de cuidar, de manera que podamos ayudar al niño y su familia a afrontar esta situación crítica, he aquí la cuestión. Esa es la dificultad que entraña el cuidado del niño en UCI, el hecho de tener que entretrejer la frialdad y la urgencia de los recursos tecnológicos con las necesidades afectivas, emocionales y en definitiva humanas que tienen el niño y la familia .

Es el cuidado el que nos pone de manifiesto la dimensión humana, lo que nos impregna de valores y dignidad y consigue que emerjan nuestras capacidades como personas.

Las enfermeras ⁶reconocen la necesidad de crear un entorno humano para el niño y la familia y aprender como hacer esto a través de las interacciones con las familias.

Somos los profesionales del CUIDADO y no solo tenemos el derecho de liderar los cuidados de los niños y sus familias; sino también el Deber de plantearlo, como una exigencia y una responsabilidad que tenemos en cuanto a los servicios que prestamos a la sociedad.

¿ Que tendremos que hacer para cuidar a los niños y sus familias en el entorno de cuidados intensivos?

Animar a los padres a estar al lado del niño, hacer que se sientan bien
Proporcionar información acerca de cómo está el niño y favorecer la comunicación con ellos

Enseñarles a hacer aquello que puedan hacer para contribuir a que el niño esté cómodo

Explicarles los aspectos que pueden actuar como estresores: ruido, las luces, la inmovilidad, el aparataje

Explicar aspectos sobre el aspecto físico, conductas, comportamientos que no son habituales en su ámbito cotidiano

⁶ Ford K., Turner D. **Stories seldom told: paediatric nurses' experiences of caring for hospitalized children with special needs and their families.** : J Adv Nurs. 2001 Feb;33(3):288-95.

Pero todo esto significa planificación y planteamientos profesionales.

El construir el cuidado significa trabajar en un espacio de interrelación con el niño y la familia. Al igual que se requiere tiempo, espacio y planificación para llevar a cabo las distintas tareas y actividades con carácter técnico; también es necesario plantear el cuidado de manera que tiene que haber un espacio, un tiempo y unos recursos para poder realizarlo.

No es algo invisible que se pueda realizar de cualquier manera, es algo importante y se debe hacer visible, patente y dándole la importancia que tiene.

¿Cómo podremos hacerlo?

4. LIDERANDO LOS CUIDADOS ENFERMEROS

Dejando claro que somos **los LIDERES de los CUIDADOS** porque somos **los profesionales de los cuidados**

Todo el mundo puede ser un líder. No es fácil definir que es un líder, hay multitud de definiciones. Podríamos utilizar una de las definiciones en la cual "*un líder es aquella persona que tiene una influencia demostrable sobre la personalidad del grupo*" (Catell), tiene claro lo que quiere, lo que tiene que hacer, una visión de lo que persigue, es capaz de generar entusiasmo, confianza y se responsabiliza ante los demás de ello.

Entre las cualidades que me parece que son fundamentales en un líder, resaltaría las siguientes:

GENERAR CONFIANZA

CAPACIDAD DE COMUNICARSE

ACTITUD DE RESPONSABILIZARSE

Cuando cuidamos las enfermeras nos solemos sentir mejor, más a gusto, más satisfechas, suele haber más cohesión en el grupo y se manejan mejor los conflictos que surgen. Estos suelen ser factores importantes que generan un nivel de satisfacción en el trabajo importante.

Cuando la enfermera trabaja centrada en las técnicas, hay una tendencia a tratar al niño y a la familia más como un objeto que como sujeto. Esto puede ser cómodo y "más fácil" a corto plazo pero a largo plazo "rutiniza" y la rutina nos lleva a la "cosificación" del trabajo.

¿Cuál es el problema?, la cosificación que en un primer momento nos puede venir bien porque nos ocupamos de la técnica, de hacer las cosas que "hay que hacer" y sin más; a largo plazo corremos el riesgo de que la "cosificación", el hecho tratar al niño centradas en las técnicas, nos "pilla" y nos encontramos envueltas también en la "cosificación" y dejamos de ser "sujetos" para pasar a ser objetos que realizan un trabajo mecánico y rutinario.

El resultado es la falta de motivación, el "quemarse", la falta de participación en las actividades que puedan ser diferentes o novedosas y sobre todo, la falta de interés en el trabajo.

El CUIDAR a las personas nos lleva a la dimensión humana del cuidado, es decir, al hecho de que nuestros protagonistas son los niños y sus padres/familias. En esta interrelación que se produce entre ellos y nosotras, hay un compromiso ético porque consideramos importante en nuestra cotidianeidad, trabajar desde una perspectiva en la que están presentes unos valores que son los que regulan la práctica y estos valores llevan impregnados la necesidad de la autonomía, la ayuda en las limitaciones que puedan tener los niños y sus padres/familias, y, en definitiva no perder de vista que la dignidad de las personas que atendemos supone uno de nuestros principales objetivos como profesionales.

Con esta dimensión humana del CUIDADO, somos capaces de generar confianza en las personas que cuidamos, en nuestros compañeros y en nosotros mismos.

También seremos capaces de generar entusiasmo porque nos estamos ocupando de la vida misma y esto nos lleva a responsabilizarnos.

De esta forma, aparentemente sencilla, nos situamos en donde tenemos que estar, siendo los PROFESIONALES DEL CUIDADO con todo el DERECHO y el DEBER que nos exige nuestra profesión.

Bibliografía

1. Melnyk B.M., Alpert-Gillis L. The COPE Program: A Strategy to Improve Outcomes of Critically Ill Young Children and Their Parents. *Pediatric Nursing*/November-December 1998/Vol.24/Nº6, 521-527.
2. Dynnette Hart; Elizabeth Bossert. *Self-Reported Fears of Hospitalized School-Age Children*. *Journal of Pediatric Nursing*, Vol 9, Nº 2 (abril),1994
3. Board, R., Ryan-Wenger N. Stressors and Stress Symptoms of Mothers with Children in the PICU. *J Pediatric Nursing*, Vol 18, Nº 3 (June), 2003.
4. Seideman, R.Y., Watson M., Corff K., Odle P., Haase J., Bowerman J., "Parent Stress and Coping in NICU and PICU. *Journal of Pediatric Nursing*, Vol 12, Nº 3 (June), 1997, 169-176
5. Miles M.S., Carlson J., Brunssen S. The Nurse Parent Support Tool. *J Pediatric Nursing*, Vol 14, Nº 1 (February),1999, 44-50
6. Collière M.F. (1993) *Promover la vida*. Madrid: Interamericana.McGraw-Hill, pag: 287
7. Ford K., Turner D. Stories seldom told: paediatric nurses' experiences of caring for hospitalized children with special needs and their families. : *J Adv Nurs*. 2001 Feb;33(3):288-95.