

**Intervención Del Trabajador Social  
Con Familias En La Unidad De Cuidados Intensivos  
Autor: César M. Garces C., DSW<sup>1</sup>**

**Resumen:** *En ningún otro lugar como en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), los familiares se encuentran en situaciones de crisis con la amenaza de muerte del paciente que puede estar inconsciente y/o conectado al equipo médico que lo mantiene vivo. El trabajador social disminuye la crisis experimentada por estos familiares utilizando las Intervenciones de Crisis y Cuidado Paliativo.*

**Palabras Claves:** *Cuidados intensivos, cuidado paliativo, colaboración, familia, cultura, crisis, pérdida, ansiedad, pena, dolor, tensión, valores.*

El autor es Trabajador Social en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de adultos en el Centro Hospitalario Bronx Lebanon. El hospital está ubicado en el Sur Del Condado del Bronx, el cuál es el distrito congresional más pobre de los Estados Unidos. Casi el 50% de la población vive por de bajo del nivel de pobreza. Enfermedades crónicas como el Sida, drogas, alcoholismo, actividad pandillera, y prostitución, son algunos de los problemas comunes en este Condado (American Fact Finder, 2007).

**Introducción:**

La admisión a la UCI ocurre cuando la condición del paciente es crítica y sufre problemas con uno o más de los órganos vitales tales como el corazón, pulmones, o riñones. Ataque al corazón, derrame cerebral, envenenamiento, neumonía, complicaciones quirúrgicas, traumas mayores como resultado de accidentes de tránsito, caídas, quemaduras, accidentes industriales o violencia son algunos de los ejemplos de enfermedades de cuidado crítico (Bone RC, McElwee, Eubanks DH, et al 1993).

**I. La unidad de cuidados intensivos**

La atención de cuidados intensivos es administrada en una unidad especializada del hospital llamada Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). La UCI es una sección dentro del hospital la cuál cuida de aquellos pacientes cuya condición es de amenaza de muerte y necesita atención constante, supervisión inmediata y apoyo de maquinaria y medicaciones para poder mantener trabajando las funciones del cuerpo. La UCI sirve como un lugar para observar y cuidar de pacientes con severa inestabilidad fisiológica requiriendo equipo técnico y apoyo artificial. El nivel de cuidado en la UCI es mayor del que es disponible en las salas de cuidado regular. También tiene un alto nivel de personal, supervisión y

---

<sup>1</sup> Nota del Editor. La versión original en inglés, se incluye al final de la versión en español, lo que garantiza la fiabilidad de los contenidos en español.

equipo de tratamiento solamente disponible en este lugar, y el personal está altamente adiestrado para cuidar de los más enfermos (Kalb PE, Miller, 1989).

Algunos de los pacientes en la UCI permanecen menos tiempo que otros, dependiendo de la severidad de su enfermedad. Estos son admitidos ya sea por una admisión planeada después de una intervención quirúrgica o como debido a una enfermedad aguda. A manera que los pacientes mejoran y necesitan menos cuidados intensivos, ellos son transferidos a una unidad general dentro del hospital.

La UCI tiene un alto grado de actividad a toda hora. Falta de privacidad, monitores, y ruido son probablemente mayores que en la salas de cuidado general debido al equipo, frecuentemente haciendo ruidos y sonido de las alarmas, como también la necesidad de intervenciones y procedimientos urgentes. Está reconocido que las enfermedades críticas no solamente causan tensión emocional en el cuerpo, también causan severa tensión emocional en el paciente al igual que a sus familiares y amigos. El cambio súbito en la condición de los pacientes es frecuentemente esperado ya sea en recuperación o muerte. Cuando la comparamos con las unidades generales, en la UCI los pacientes y familiares son testigos de un alto nivel de emergencias y muerte entre los pacientes vecinos.

### ***Trabajo Social en la Unidad de Cuidados Intensivos***

Trabajo social en la UCI es una especialidad que no es tradicional; que implica trabajar con familiares de los pacientes. Una parte integral del trabajador social tiene que ver con información y comunicación con los familiares y otras personas que cuidan de ellos, informándoles los desarrollos significantes y resultados posibles. El trabajador social colabora con el personal médico identificando las necesidades emocionales de los pacientes y familiares, ayudándolos a que tengan oportunidad de hacer preguntas, que expresen sus preocupaciones y temores, ayudándolos a superar la crisis, dándoles apoyo emocional, discutir preocupaciones, y obtener ayuda con sus sentimientos de culpabilidad y con temas como decisiones de cuidado y plan de alta del hospital.

La situación de la familia de un paciente en la UCI se caracteriza por la presencia de un trauma emocional la cual está condicionada a la presencia de múltiples miedos, temores, tensiones, enojo, ansiedad, y depresión (Dirk, 2000). Los familiares de los pacientes en la UCI tienen variedad de necesidades: Los niveles de tensión aumentan cuando estas no son atendidas. La más alta en la lista es la necesidad de mantener la fé; que sus preguntas sean contestadas honestamente, en términos que los familiares puedan entender; que se les notifique con prontitud si hay cambios en la condición del paciente; y que se les permita visitar al paciente a cualquier hora. De acuerdo con Delva et al (2002), los familiares requieren que les aseguren que su ser querido está recibiendo cuidado de buena calidad. El tener a un ser querido en la UCI es causa de un evento de tensión para los familiares. Usualmente el paciente no se puede comunicar con la familia ni con el personal de la UCI. La muerte en la UCI está siempre presente de forma más o menos explícita, así como el miedo y pena al sufrimiento de un ser querido, la duda de si tendrán acceso fácil al hospital, los problemas que puedan aparecer durante el momento de la muerte o si podrán

aceptar que ha muerto. Muchas veces es la primera experiencia para los familiares y ellos no están preparados para aceptar la realidad de la gravedad del paciente.

De acuerdo con Mendez (2005), al igual que en cualquier estrategia de intervención, el trabajador social debe de estar preparado desde el punto de vista teórico, perspectivo, emocional, y desde el punto de vista de destrezas, el cuál depende de:

1. Una base ética, que incluye:
  - a. Un sistema de valores contra toda clase de discriminación.
  - b. Conocimiento y experiencia para ver las implicaciones de la crisis.
  - c. Uso adecuado del poder y control de clientes.
  - d. Revisión constante de la disponibilidad de los recursos para atender la crisis.
2. Un marco teórico flexible, predispuesto a entender las implicaciones de la crisis, especialmente la dirección y proceso.
3. Entendimiento de las propias limitaciones de intervención.
4. Obtener principios prácticos a través del entrenamiento específico, habilidades y técnicas, consejería y terapia familiar.

El trabajador social utiliza el modelo de *persona y familia* para la evaluación e intervención, el cuál difiere del modelo médico, cuyo enfoque es en enfermedades fisiológicas. El trabajador social planifica la integración familiar y lo hace mediante:

1. La educación a la familia con respecto a obtener información clara que les permita participar en la medida de sus posibilidades.
2. El apoyo emocional a la familia.
3. Ayudando en la rehabilitación y recomposición de la familia (prevención y tratamiento de la crisis y del duelo).
4. Asegurando a los familiares que el paciente está recibiendo atención de calidad.

Intervención de trabajo social con familiares en la UCI es una especialidad donde más conocimientos son necesarios. A pesar de esto, la investigación por parte de trabajadores sociales en esta área es mínima, especialmente cuando se compara con la cantidad de estudios de investigación que son conducidos por otras disciplinas (medicina y enfermería). Aunque las teorías de crisis y cuidado paliativo son frecuentemente citada como la base para la intervención y estrategias ampliamente usadas por trabajadores sociales, parece que hay vacíos en la base de conocimientos para la práctica con familiares, especialmente en la UCI. Dado el énfasis de intervención de crisis y de cuidado paliativo con familiares se puede postular que el trabajo social en la UCI tiene una oportunidad significativa para hacer contribución de práctica.

### ***El Trabajador Social en la UCI:***

1. Comunica y coordina; poniendo énfasis en la comunicación entre el personal médico, pacientes y a sus familiares, y asegura que sus necesidades sean aten-

didadas. Estas incluyen estableciendo de metas y ayuda en hacer decisiones para el curso del tratamiento .

2. Da apoyo emocional; poniendo énfasis a los problemas psicosociales y necesidades emocionales que los familiares de los pacientes puedan tener.

3. El trabajador social es un defensor de los derechos de los pacientes, haciendo que el sistema hospitalario sea responsable de proporcionar servicios a los pacientes y a sus familiares.

4. Un agente que conoce los recursos relevantes y que puede unir al paciente y a sus familiares con los más apropiados.

5. Un consejero que cumple en personalizar interacciones interpersonales, entendiendo los sentimientos, actitudes y conductas del paciente y de sus familiares.

6. Un mediador entre pacientes, familiares y personal médico.

7. Un coordinador que organiza servicios para los pacientes, conferencias y consultas acerca de las necesidades psicosociales de los pacientes y familiares.

8. Proporciona consejería a familiares en angustia.

El trabajador social en la UCI no puede evitar el trabajar con pacientes que tienen condiciones crónicas y enfermedades que les limita la vida, muerte, pena, miedo, dolor, ansiedad, trauma, depresión, y con personas de diferentes culturas, grupos étnicos, idiomas, edades, condiciones socio-económicas y familias no-tradicionales. Los trabajadores sociales ayudan a los familiares de los pacientes a superar la crisis, el trauma, la muerte, y deben estar preparados para evaluar tales necesidades e intervenir adecuadamente.

El trabajador social en la UCI es constantemente retado a demostrar sus servicios directos a pacientes y sus familiares. De la misma manera, tiene la oportunidad de influenciar a grupos de profesionales, consumidores y público en general acerca de enfermedades que limitan la vida, el cuidado del que está enfermo, y al que está sufriendo la pena. La necesidad de preparar a trabajadores sociales de la UCI en intervenciones de crisis y cuidado paliativo está en aumento debido a los avances de la tecnología médica, el aumento de enfermedades crónicas, y expectativas de larga vida.

### ***Que es Cuidado Paliativo?***

Es un método de intervención que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familiares quienes enfrentan problemas que están asociados con enfermedades que limitan la vida (World Health Organization, 2003). Esto se consigue a través de la intervención y el alivio del sufrimiento por medio de identificación, evaluación y el tratamiento del dolor y problemas fisiológicos, psicológicos y espirituales.

### ***Cuidado Paliativo (WHO definición, 2003):***

1. Alivia el dolor y otros síntomas molestos.
2. Afirma la vida con respecto a la muerte como un proceso normal.
3. No pretende prolongar ni acelerar la muerte.
4. Relaciona los aspectos psicológicos y espirituales en el cuidado del paciente.

5. Ofrece un sistema de apoyo para ayudar a los familiares durante el proceso de la enfermedad del paciente y con su propia pena.
6. Utiliza el método de grupo para enfocar las necesidades de los pacientes y sus familiares, incluyendo consejería para aliviar la pena si es necesaria.
7. Aumenta la calidad de vida y puede también influenciar positivamente en la recuperación del paciente.
8. Es aplicable al comienzo de la enfermedad, junto con otras terapias con la intención de prolongar la vida, tales como la quimioterapia, e incluye aquellas investigaciones que son necesarias para contener complicaciones clínicas.

Una señora de ochenta años viviendo sola, con historial de problemas de congestión cardíaca fue admitida a la UCI con severo problema cardiorespiratorio y tuvo que ser conectada al ventilador. La paciente no tenía Agente de Cuidados ni Decisiones Médicas. El trabajador social se pudo contactar con su hija y acordó una reunión con el personal médico. El médico tratante de la paciente explicó el tratamiento que se le estaba dando a la paciente y como ella no respondía. La condición de la paciente y pobre pronóstico de recuperación en el evento de un paro cardíaco fueron explicados a la hija de la paciente y a otros miembros de la familia que estuvieron presentes. El trabajador social intervino promoviendo comunicación entre los familiares de la paciente y el personal médico. Este fue el momento donde el cuidado paliativo fuera particularmente importante en proporcionar apoyo emocional a la hija de la paciente y sus familiares.

A manera que los familiares se esfuerzan para superar el trauma y ansiedad súbita, la naturaleza crítica de la enfermedad puede llevar cambios dentro de la unidad familiar. Ya sean estos cambios beneficiosos o adversos depende, en parte, al modelo de intervención usada por el trabajador social.

Como es definida por la NASW Código de ética (2000), el trabajo social en hospicio y cuidados paliativos puede ser definido como una disciplina que proporciona servicios continuos de servicios que enfocan las necesidades psicológicas de pacientes y familiares afectados por una enfermedad seria que limita la vida para poder mantener, o mejorar, la calidad óptima de vida. Las actividades de trabajo social están enfocadas en los componentes psicosociales de salud y salud mental desde una fuerte base de perspectivas, y la intervención se basa en desarrollar un plan de atención que es desarrollado en el contexto de, y contribuye al comprensivo plan interdisciplinario de cuidados.

### ***Teoría de Crisis***

Durante los años 1950 y 1960 psicólogos como Allport, Maslow, y Erikson trabajaron en el desarrollo de una base filosófica para la teoría de crisis. Anteriormente, Hipócrates, un médico dijo, "crisis es una interrupción repentina de un estado que pone en peligro la vida".

Intervención de crisis a sido utilizada para asistir a sobrevivientes de asaltos, familias en conflicto, víctimas de desastres naturales, en las salas de emergencia, líneas telefónicas de emergencia, individuos con emergencia de salud mental, personas contemplando suicidio, y parejas experimentando dificultades de relación (Golan, 1978).

La teoría de crisis es definida como un grupo de conceptos relacionados pertenecientes a un grupo de reacciones de personas cuando se encuentran con experiencias nuevas y desconocidas. Estas experiencias pueden aparecer en la forma de desastres naturales, pérdidas significativas, cambios en posiciones sociales y ciclo de vida (Barker, 1995; Ell, K. 1995). Esta teoría sugiere que las personas tienen la tendencia de seguir un patrón predecible de respuestas cuando experimentan situaciones de crisis.

La intervención de crisis como técnica tiene su origen durante el incendio en el Coconout Grove en Boston, en 1944, de las observaciones de las dificultades emocionales que las víctimas del incendio y sus familiares experimentaron con la catástrofe y sus consecuencias. Los trabajadores de salud reconocieron los aspectos psicológicos y desarrollaron estrategias de intervenciones. Intervención de crisis es una práctica psicoterapéutica que es utilizada para ayudar a las personas en estado de crisis emocionales, promoviendo la superación que pueda llevar al crecimiento y cambio a reconocer el problema, reconociendo el impacto y aprendiendo comportamientos de conducta efectivos para superar la crisis con experiencias de predictibilidad similares.

*Crisis es un termino usado por trabajadores sociales en dos maneras:*

- 1.- Una experiencia interna de cambios emocionales y de angustia.
- 2.- Un evento desastroso que interrumpe las funciones esenciales de existir de las instituciones sociales.

Cuando es vista como un período de desastre emocional, la crisis es considerada como la precipitación de un problema de la vida o de ser un obstáculo para una meta importante resultando en una discordia interna donde las estrategias típicas de las personas son inadecuadas (Baker, 2004). El resultado de la crisis puede ser positiva si es que eventualmente la persona aprende nuevos mecanismos de defensa para enfrentarse con eventos desconocidos, añadiendo a su repertorio respuestas de adaptación.

La pérdida de pacientes a travez de la muerte es un hecho presente de una realidad en la UCI. Aún con el personal medico más experto, y la maquinaria más sofisticada, aquellos pacientes que sobreviven pueden sufrir una larga y prolongada deficiencia en su funcionamiento físico y mental. La intervención de crisis es relevante para el trabajador social quien encuentra a muchos de los familiares de los pacientes en la UCI en situaciones de crisis, con tensión, depresión, temor y ansiedad.

Un señor Puertoriqueno de setenta años que vivia solo fué traído a la sala de emergencias en ambulancia con arresto cardiovascular. El respondió a los procedimientos de emergencia y subsecuentemente fué trasladado a la UCI. Sus hijos arrivaron de Puerto Rico para estar con el (No hablaban Inglés). Después del susto de ver a su padre y que la crisis fué superada, ellos continuaron que-

dándose cerca de la UCI todos los días y continuaron haciendo demandas de información del personal médico. Debido a que la causa de la condición de su padre estaba en dudas, había poca información específica que el personal médico podía proporcionar. A manera que la frustración y enojo de los hijos aumentaba, sus quejas acerca del cuidado también aumentaban. Los hijos se reunieron con el trabajador social que les habló en Español, escuchó sus temores y preocupaciones, proporcionó intervención de crisis y apoyo emocional, y les aseguró que su padre estaba recibiendo atención de calidad. El trabajador social también les asistió para unirse a un grupo de apoyo compuesto por profesionales y familiares de pacientes de la UCI que hablan Español. Durante las reuniones del grupo, ellos pudieron expresar sus sentimientos y preocupaciones. A manera que los días pasaban, los familiares hicieron amistad con otros familiares, y un sistema de apoyo mutuo se desarrolló. Los contactos con el personal disminuyó, y ellos necesitaban pasar menos tiempo en el hospital.

La reacción a enfermedades y muerte por parte de miembros de la familia varía, algunos reaccionan con depresión, enojo, ansiedad, quejas, gritos, acercándose al personal médico, o caminar por los pasillos. Otros sienten pánico, lloran, insultan y gritan, o se van. (Aguilera y Messick (1974), atribuyen las diferencias individuales en respuestas a los siguientes factores:

- (a) La percepción individual a los eventos de tensión.
- (b) La disponibilidad de sistema de apoyo.
- (c) Los mecanismos de defensa utilizados para enfrentar los eventos.

Todos ellos son capaces de expresar su pena. La intervención del trabajador social es estar allí, siendo sensible a las necesidades de los familiares, permitiéndoles que expresen sus sentimientos a su manera, y asegurándoles que su ser querido está recibiendo cuidados de calidad.

De acuerdo a Kubler-Ross (1969), la gente pasa por cinco etapas durante la pérdida de un miembro de la familia a causa de la muerte:

1. **Comoción y negación:** Negación es la reacción inicial de muchas personas cuando reciben noticias inesperadas; ellos rehusan creer las noticias.
2. **Enojo:** Enojo puede desplazarse y proyectarse hacia otras personas alrededor de ellos.
3. **Negociar:** Lo que la gente hace negocia con los médicos o con Dios para tener más tiempo.
4. **Depresión:** La gente se desespera y empieza a tener pena.
5. **Aceptación:** Si la gente a tenido suficiente tiempo y han podido experimentar las etapas anteriores, ellos podrían alcanzar una etapa donde podrán aceptar la pérdida.

Existe la necesidad de mantener una cercana comunicación con familiares de pacientes admitidos a la UCI. Obstáculos únicos deben de imponerse al proporcionar intervenciones con familiares que no hablan el idioma Inglés. Serias barreras para la comunicación efectiva, diferencias en actitudes acerca de cuidados de salud, y varios malentendidos interfieren con el buen cuidado de sa-

lud para estos familiares. Tales malentendidos son superados cuando el trabajador social está culturalmente consciente y puede asegurar buena comunicación entre los pacientes sus familiares y los proveedores de cuidado de salud.

Lum (1999), define competencia cultural “al conjunto de conocimientos y destrezas que los trabajadores sociales deben de desarrollar para poder ser efectivos con clientes multiculturales”.

La práctica de trabajo social multicultural trata las varias facetas de cultura, el cual incluye raza, genero, edad, orientación sexual, religion y otros. Green (1982, 1985, 1999), autor de *Cultural Awareness in Human Services*, asertó que la práctica de competencia etnica envuelve la adquisición de una base de conocimientos, preparación profesional, e intervenciones apropiadas para poder comparar y entender mundos culturales diferentes. De acuerdo a Betancourt (2004), cultura es un patrón de creencias aprendidas, valores compartidos, estilos de comunicación, practicas, costumbres, y visión de funciones y relaciones. El concepto vá más allá de raza, etnicidad, y país de origen.

Mi diaria experiencia profesional con pacientes de habla Espanola y sus familiares me hacen entender la complejidad de la comunicación bilingue y bicultural en la UCI. Estas experiencias tambien se pueden extender a otros idiomas y pacientes. Trabajadores sociales y otros proveedores de salud que no hablan Espanol con frecuencia experimentan problemas de comunicación con pacientes y familiares que hablan Espanol. Habiendo tenido la experiencia de ser entrevistado por un professional de salud que no habló Espanol cuando vine por primera vez a los Estados Unidos, estoy consciente de los problemas que estos pacientes y sus familiares tienen.

No todos los pacientes y sus familiares que hablan Espanol son iguales. Ellos vienen de diferentes grupos culturales, educacionales y sociales. Los paises de habla Espanola difieren en geografía, costumbres especificas, mezclas etnicals y raciales. Los latinos usualmente son asociados con diez y nueve paises de habla Espanola en el Caribe, America Central y Sudamerica. Los paises son, Cuba, República Dominicana, Puerto Rico, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua, Panamá, Guatemala, Honduras, Mexico, Bolivia, Paraguay, Uruguay, Ecuador, Venezuela, Colombia, Chile, Perú, y Argentina. Todos estos paises comparten una historia de colonización, sililaridades en su conección y adaptación a la Iglesia Católica, en su dominio del idioma Espanol, y sus mezclas etnicas y raciales (Gree, 1995). Como resultado de lo anterior, ellos comparten patrones similares. Las creencias y actitudes culturales son descubiertas y mejor entendidas a travez de la conversación con los pacientes y sus familiares, y dá resultado a un historial completo despues que las creencias y actitudes se hallan tomado en consideración.

Una adecuada intervención con pacientes y familiares que hablan Espanol requiere un adecuado entendimiento de dos lenguages (lidiomas) diferentes y complejos para poder obtener una comunicación adecuada, además de la habilidad de comunicarce eficazmente en cada idioma y a niveles diferentes. Por esta razón, pacientes y familiares similarmente no están entrenados y pueden sufrir un dramático desaliento cuando son confrontados con la tensión heredada en el contexto de la enfermedad y admisión a la UCI.

## **II. Bases para la Práctica Profesional**

### **1.- Ética y Valores**

Los valores, ética y bases para ambos, la profesión y la bioética contemporánea debe servir de guía a los trabajadores sociales que practican cuidado paliativo (NASW Code of Ethics en inglés, 2000).

### **2.- Conocimiento**

El trabajador social en cuidado paliativo debe demostrar conocimiento de trabajo de los factores teóricos y psicosociales, esenciales para la práctica efectiva con pacientes, familiares, y profesionales de salud.

### **3.- Evaluación**

El trabajador social al evaluar pacientes debe incluir información comprensiva para desarrollar planes de intervención y tratamiento.

### **4.- Intervención**

El trabajador social debe incorporar evaluaciones para el desarrollo e implementación de planes de intervención que aumenten las habilidades de los pacientes y familiares en tomar decisiones médicas.

### **5.- Actitudes**

El trabajador social en cuidado paliativo debe demostrar una actitud de compasión y sensibilidad con los pacientes y familiares de ellos, respetando sus decisiones con respecto al curso del tratamiento. El trabajador social debe estar consciente de sus propias creencias, valores, sentimientos y cómo su personalidad puede influenciar en su intervención.

### **6.- Dar Poder y Abogar**

El trabajador social debe abogar por las necesidades, decisiones, y derechos de los pacientes y familiares; debe participar en acciones sociales y políticas que buscan asegurar que los pacientes y sus familiares tengan igual acceso a los recursos disponibles para sus necesidades médicas y psicosociales.

## **III. Trabajo Social Interdisciplinario**

El trabajador social en la UCI debe ser parte de un esfuerzo interdisciplinario para promover y proveer servicios de intervención de crisis y de cuidado paliativo. De la misma manera, el trabajador social debe colaborar con el personal médico y abogar por los derechos de los pacientes para reforzar la relación con aquellos que cuidan del paciente durante el transcurso de la enfermedad. El razonamiento para la participación y colaboración del trabajador social con el personal médico se basa en el reconocimiento de la complejidad de los proble-

mas humanos, el nivel de conocimientos y destrezas de intervención que son necesarias para lograr resultados positivos (Abranzon y Mizrahi, 1996).

### ***Competencia Cultural***

Trabajadores sociales deben tener, y deben continuar desarrollando, especializando conocimientos y entendimientos acerca de la historia, tradiciones, valores, y sistemas familiares cuando son relacionados a cuidado paliativo con diferentes grupos. El trabajador social intensifica la efectividad del personal medico al compartir conocimientos acerca de la cultura e historial psicosocial de un determinado paciente y familiares.

### ***Contribución de Práctica***

La intervención y colaboración del trabajador social en la UCI es necesaria para identificar las necesidades psicosociales de los pacientes y sus familiares, y promover la creación y mantenimiento del apoyo social. Los administradores de programas de trabajo social deben reconocer esta necesidad y ayudar a los trabajadores sociales a demostrar y comunicar su capacidad y destrezas al personal medico.

### ***Implicaciones Para Política Social***

Existe la necesidad de informar y educar a los profesionales y a los administradores del sistema hospitalario acerca de las destrezas y funciones que el trabajador social desempeña en la UCI.

Como cualquier miembro del personal, el trabajador social es responsable en cooperar con los esfuerzos y adelantos y a mantener el bienestar de la UCI. El trabajador social demuestra, en el contexto de la orientación de intervención de crisis y cuidado paliativo, la habilidad de hacer una diferencia. Esta incluye situaciones cuando los pacientes y sus familiares tienen necesidades emocionales.

## ***IV Conclusión***

En resumen, la intervención del trabajador social en la UCI es importante por las siguientes razones:

- a). Identifica problemas psicosociales de los pacientes.
- b). Provee intervención de crisis y cuidado paliativo a pacientes y familiares.
- c). Identifica y controla situaciones problemáticas.
- d). Ayuda a que el personal médico dedique más tiempo atendiendo a los pacientes.
- e). Promueve la efectividad del personal medico con los pacientes.
- f). Promueve eficiente atención a pacientes.
- g). Promueve satisfacción entre pacientes y familiares.
- h). Provee intervención para aliviar síntomas específicos y reduce el riesgo de tensión.

- i). Evalúa y aumenta la reacción del ambiente y conecta al paciente, familia y los que cuidan del paciente con los recursos de la comunidad, si son necesarios.
- j). Identifica intervenciones psicosociales para ser ofrecidas como parte del desarrollo un plan de cuidado comprensivo de acuerdo con los deseos del paciente/familia y el equipo interdisciplinario.
- k). Evalúa y administra aspectos psicosociales del dolor.
- l). Valora la efectividad de las intervenciones del tratamiento.

Todas estas ventajas adquiridas por la intervención del trabajador social en la UCI tienen la posibilidad de ser económicas para el hospital a corto plazo, y promover salud mental a los familiares de los pacientes.

Personas fuera de la profesión de *trabajo social* pueden no estar familiarizadas ó informadas acerca de la variedad de servicios y destrezas que son desempeñados por el trabajador social en la UCI. El sistema hospitalario puede limitar a que la intervención del trabajador social sea concreta y fracazar en ayudar a pacientes y familiares a superar el impacto emocional causado por la admisión a la UCI. Falta de conocimiento de lo que el trabajador social hace puede crear conflictos en la colaboración con otros profesionales en el suministro de servicios. El uso eficiente del trabajador social en la UCI depende mucho en parte en cómo otros profesionales perciben la práctica de trabajo social.

El reto para los trabajadores sociales es el poder demostrar la relevancia de su capacidad y destreza clínica para mejorar el tratamiento de los pacientes y atender las necesidades emocionales de sus familiares en un sistema hospitalario complejo como la UCI. Trabajadores sociales deben contribuir en iniciativas de investigación no solamente para demostrar la eficiencia de la profesión y la intervención, también deben promover el reconocimiento entre colegas de otras profesiones acerca de la importancia de identificar y comunicar las necesidades psicosociales de los pacientes y sus familiares. Los trabajadores sociales deben entender que desempeñan una función importante en identificar la tensión traumática y las reacciones de ansiedad en los familiares de los pacientes.

## REFERENCIAS

Aguilera, DC. & Messick, JM ( 1994). Crisis Intervention: Theory and Methodology. St Luis: C.V. Mosby Co.. P.631

American Fact Finder (2007). (US Census Bureau). Population Stimates for New York State by County- retrived on July 2008.

Abramson, J.S., & Mizrahi, T. (1996). When social workers and physicians collaborate: Positive and negative interdisciplinary experiences. Journal of the National Association of Social Workers, 4, 2—28

Barker, R.L. (1995). The social work dictionary, 4<sup>th</sup> ed. Washington DC: NASW Press.

- Betancourt, JR (2001). Cultural competence-Marginal or mainstream movement? *New England Journal of Medicine*; 351: 953-955
- Bone, RC; McElvee, NE; Eubanks, DH; et al (1993). Analysis of indications for Intensive Care Unit Admissions-Clinical Efficacy Project-American College of Physicians. *Chest*; 104:1806-1811
- Bronx Lebanon Hospital Center (2007). Department of Medicine. Bronx, New York.
- Csikai, E.L., & Raymer, M. (2003). The Social Work End of Life Care Education Project: An assessment of educational needs. *Insights*. Pp. 9-0
- Delva, D; Vanoost S; Bijtter P. et al. (2002). Needs and feelings of anxiety of relatives of patients hospitalized in intensive care units: Implications for social work. *Social Work in Health Care*, 35:21-40
- Dirk, D. (2000). *The Journal of Health Care Social Work. A Quarterly Journal Adopted by the Society for Social Work Leadership Health Care*. Vol:35 Issue:4
- Ell, K. (1995). Crisis intervencion. Research needs. *Encyclopedia of Social Work*, 18<sup>th</sup> ed. (pp. 660-665). Washington, DC: NASW Press.
- Green, J. (1982). *Cultural awareness in human services*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Green, J. (1995). Latino cultures and their continuity. In J.W. Green (Ed), *Cultural awareness in the human services*: Boston: Allyn and Bacon.
- Green, J. (1999). *Cultural awareness in the human services*. 3<sup>rd</sup>ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Golan, N. (1978). *Crisis intervention*. New York: Free Press.
- Joint Commission on Accreditation of health Care Organizations (2004). *Accreditation manual for hospitals*. Chicago: Author.
- Kalb, PE; Miller, DH. (1989). Strategies for Intensive Care Units. *JAMA*. 261: 2389-2395
- Kubler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying: What the Dying have to teach to Doctors, Nurses, Clergy, and their families*. Publisher: Simon & Scuster Adult Publishing Group. Edition Number 1
- Mendez, X. (2005). *Las situaciones de crisis: Una estrategia de intervención breve en el trabajo social individual-familiar*. Chile.
- National Association of Social Workers (2000). *Code of Ethics of the National Association of Social Workers*. Washingto, DC: Author.
- National Association of Social Workers (2001). *NASW Standards for Cultural Competence in Social Work Practice*. Washington, DC: NASW Press.
- World Health Organization (2003). *WHO definition of palliative care*.

**Social Work Intervention with Families  
In the Intensive Care Unit**

**By**

**César M. Garcés C., DSW**

**Abstract:** *In any other place like the Intensive Care Unit (ICU) families of patients find themselves in trauma and distress situations. The Social Worker lessens the trauma experienced by the families by providing crisis intervention and supportive counseling and palliative care.*

**Key Words:** *Intensive care, trauma, crisis intervention, supportive counseling, palliative care, anxiety, stress, collaboration, family, culture, values, loss.*

**Introduction:** The author is a full time Social Worker in the Intensive Care Unit (ICU) at Bronx Lebanon Hospital Center, Bronx, New York. The hospital is located in the South Bronx, which is the poorest Congressional District of the United States. Almost 50% of the population lives below the poverty level. Chronic illness such as A.I.D.S, asthma, lung disease, diabetes; and psychosocial problems such as poverty, gang activity, substance abuse, alcohol abuse, prostitution, homelessness; are some of the common problems of this County (American Fact Finder, 2007). The demographics of patient community are: 53% Hispanics; 42% Blacks; 2% Whites; 0.05% Asians (Bronx Lebanon Hospital Center, 2007).

Patients are admitted to the ICU whenever their medical condition is critical and whenever they are very sick and suffer from failure of one or more of their vital organs, such as the heart, lungs, liver, or kidneys. Heart attack, stroke, poisoning, pneumonia, surgical complications, major trauma as a result of road traffic accidents, a fall, burns, an industrial accident or violence are all examples of critical care illnesses (Bone RC, McElwee NE, Eubanks DH, et al 1993).

## *I. The Intensive Care Unit*

The provision of intensive care is generally administered in a specialized unit of a hospital called the Intensive Care Unit (ICU). The ICU is a section within the hospital which looks after patients whose condition is life threatening and who need constant, close monitoring and support from equipment and medication in order to keep normal body functions going. The ICU serves as a place for monitoring and care for patients with potentially severe physiological instability requiring technical and /or artificial life support. The level of care in the ICU is greater than that which is available on the regular ward. It has a higher level of staffing, high-quality monitoring and treatment equipment only available in this area and the staff is highly trained in caring for the most severely ill patients (Kalb PE, Miller, 1989).

Some patients are in the ICU for shorter periods of time than others, depending on the extent of their illness or injury. They may be admitted either as a planned admission after major surgery or as emergency admission following an acute illness. As patients get better and need less intensive care, they are transferred to a general ward somewhere else in the hospital.

The ICU has a high level of activity around the clock. Lack of privacy, and noise levels are likely to be higher than on a general hospital ward largely because of the equipment, often beeping or sounding an alarm, as well as the need for urgent interventions and procedures. It is recognized that critical illness places not only psychological stress on the body, but also severe psychological stress on the patient, as well as their family and close friends. The sudden change of the condition of the patients is frequently expected with either a prognosis of recovery or death. When compared with the general

wards, in the ICU, patients and their family witness a high level of emergencies and death among neighboring patients.

### ***Social Work in the Intensive Care Unit***

Social work practice in the ICU is a specialty that is not traditional; it implies working with families of patients. An integral part of social work in the ICU involves communicating information to family and caregivers, providing reassurance that their loved ones are receiving quality care, and informing them of significant developments and possible outcomes. The social worker collaborates with the medical team, identifying the psychosocial issues of patients and families, helping them with the opportunity to ask questions, articulate the patient's and families' values, express painful emotions, crisis intervention, supportive counseling, discuss concerns, and obtain help with managing feelings of guilt and with issues of advance directives, discharge planning and palliative end of life care.

The family situation of a patient admitted to the ICU is characterized by the presence of an emotional trauma which is caused by the presence of multiple fears, stress, anger, anxiety, and depression (Dirk, 2000). Families of ICU patients have a variety of needs: Stress levels rise when these are not met. High on the list is the need to maintain hope; to have questions answered honestly, in terms families can understand; to be notified promptly of any changes in the patient's status; and to be allowed to visit the patient anytime. According to Delva et al. (2002), families also required assurance that their loved one is receiving quality care. Having a loved one admitted in the ICU is an extraordinary stressful event for family members. The patient is usually unable to communicate with the family or with ICU staff. Death in the ICU is always present in a more or

less explicit form, as well as fear and grief to the suffering of a loved one, the doubt of whether the family will have easy access to the hospital, the problems that may arise during the moment of the death or if they could accept that the patient has died. Many times this is the first experience for the families and they are not prepared to accept the reality of the illness of the patient.

As pointed out by Mendez (2005), like in any strategy of intervention, the social worker should be prepared from the perspective theoretical point of view, emotional, and from the point of view of skills, which depends on:

1. An ethical base, which includes:
  - a. A value system against all kind of discrimination.
  - b. Knowledge and experience to be able to see the implications of the crisis.
  - c. Proper use of power and control of clients.
  - d. Constant revision of the available resources to take care of the crisis.
2. Flexible theoretical frame of reference to understand the implications of the crisis, specially its direction and process.
3. Understanding of own limitations of intervention.
4. Obtain practical principles through specific training, skills and techniques, counseling and family therapy.

The social worker utilizes the *person and family-centered model* for the evaluation and intervention, which differs from the medical model, whose emphasis is in medical illness (Barker, 1995). The social worker plans the family integration and does it through:

1. Educating families on how to obtain information that allows them to participate according to their abilities.
2. Supportive counseling/Palliative Care.
3. Helping with the rehabilitation of the family (prevention and treatment of the crisis and grief).
4. Providing reassurance that the patient is receiving quality care.

Social Work intervention with families in the ICU is a specialty where more knowledge is needed. However, research done by social workers in this area is limited,

especially if it is compared with the amount of research that is done by other disciplines (medicine and nursing). The few articles that address social work in the ICU generally focus on the neonatal intensive care unit (NICU). Although crisis theory and palliative end of life care are frequently cited as the basis for the broad range of environmental interventions and strategies widely used by social workers, there appears to be gaps in the knowledge base for practice with families, especially in the ICU. Given the emphasis of crisis intervention and palliative end of life care with patients and families it can be postulated that social work in the ICU has a significant opportunity to make a practice contribution. *The social worker in the ICU:*

1. Communicates and coordinates, putting emphasis in the communication among the medical team, patients and their family, and makes sure that their needs are met. These include establishing goals and assisting in making health care decisions for the course of the treatment and discharge planning.
2. Gives supportive counseling; with emphasis on psychosocial problems and emotional needs that patients and their family may have.
3. Advocates for the rights of the patients, making the hospital system responsive to the unmet needs of the patients and their family.
4. Is an agent who knows the relevant resources and can link the patients and their family with the most appropriate.
5. Engages in personalized interpersonal interaction with patients and their family.
6. Provides supportive counseling to families in distress.

The social worker in the ICU can not avoid working with patients with chronic medical conditions and illnesses that limit their lives; death, grief, fear, families in distress, anxiety, trauma, depression, and with people of different ethnic backgrounds, cultures, languages, age, and social-economic conditions.

The social worker in the ICU is continuously challenged to demonstrate his/her clinical skills and direct services to patients and families. At the same time, he/she has the opportunity to influence groups of professionals, and the public about illness that affects life, caring for the ill person, and to those who are grieving.

### ***What is Palliative en of life Care?***

Palliative end of life care is a method of intervention which improves quality of life of patients and their family who confront problems that are associated with illness that limit life (World Health Organization, 2003). This method is obtained through the intervention and relief of the pain through identification, assessment and treatment of the pain and physiological, psychological and spiritual problems.

### ***Palliative Care (WHO definition 2003):***

1. Relieves pain and other problem symptoms.
2. Emphasizes life with relation to death as a normal process.
3. Does not pretend to prolong nor expedite death.
4. Relates psychological and spiritual aspects in the care of the patient.
5. Offers a system of support to help families during the process of the illness of the patient and with their own grief.
6. Uses the group model to focus the needs of patients and their family, including counseling to alleviate grief if necessary.
7. Increases quality of life and also can influence positively in the recuperation of the patient.
8. Is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.

An eighty one year old woman living by herself, with history of congestive heart problems was admitted to the ICU with severe cardio respiratory distress and was connected to the ventilator. The patient did not have Health Care Proxy or Advance Directives. The social worker was able to contact her oldest daughter and arrange a meeting with the medical team. The physician in charge explained the treatment that was being provided to the patient and how she was not responding. The patient's medical condition and poor prognosis for recovery in the event of a cardiac arrest were explained to the daughter and other family members.

The social worker intervened by promoting communication between the patient's family and the medical staff. It was a time that palliative care became particularly important by providing supportive counseling to the patient's daughter and other family members.

As family members struggle to cope with sudden trauma and anxiety, the critical nature of the illness may lead to changes within the family unit. Whether these changes

are beneficial or adverse depends, in part, on the type of interventions provided by the social worker.

As defined by the NASW Code of Ethics (2000), social work in hospice and palliative end of life care can be defined as the discipline that provides a professional continuum of services that address the psychological needs of patients and families affected by a serious and life-limited illness in order to maintain, or improve, their optimal quality of life. Social work activities are focused on the bio-psychosocial components of health and mental health from a strengths-based perspective, and intervention is based on an evolving plan of care that is developed in the context of, and contributes to the interdisciplinary team's comprehensive plan of care.

### ***Crisis Theory***

During the 1950's and 1960's, ego psychologists such as Allport, Maslow, and Erikson worked in the development of the philosophical base for crisis theory. Prior to this time, Hippocrates, a medical doctor, stated "crisis is a sudden cessation of a state which gravely endangers life" (Golan, 1978).

Crisis theory is defined as a group of related concepts pertaining to people's reactions when confronted with new and unfamiliar experiences. These experiences may come in the form of natural disasters, sudden illness, significant loss, changes in social status, and life cycle. This theory suggests that when people experience situations as trauma and distress, they tend to follow predictable patterns of response (Ell, 1995). Crisis intervention theory has grown out of concern for the people who experience temporary feelings of acute distress, being overwhelmed or unable to cope with life transitions and major stressful events.

Crisis intervention as a technique had its start following the Coconut fire in Boston in 1944, from the observations of the emotional difficulties that fire victims and their family had experienced with the catastrophe and its consequences. Crisis intervention is particularly relevant for social work practitioners who encounter many of their clients in the ICU facing trauma with distress and anxiety. Providing appropriate interventions for people undergoing severe distress is part of everyday social work practice in the ICU, and crisis intervention is a legitimate concern for social workers.

The potential loss of a patient through death is an ever-present reality in the ICU. As the condition of the patient usually is critical, it is crucial to meet the needs of their family also. Families are confronted by the impact of seeing their family member in this strange and impersonal environment, and by the exposure to the suffering of others nearby. The family, at times is asked to participate in life-or-death decisions which can further exacerbate the crisis. In order to plan adequate interventions, an accurate evaluation of these needs is necessary. Helping families to cope with distress and crisis situations can have a positive influence. The social worker exemplifies, in a crisis-oriented context, the ability to make a difference. Social work intervention based on the crisis model can assist families by lessening the trauma often inherent in the admission to the ICU.

A seventy five year Puerto Rican old man who was living by himself was brought to the emergency room by EMS in cardiopulmonary arrest. He responded to emergency medical procedures and subsequently placed in the ICU. His children came from Puerto Rico to be with him (they did not speak English). After the shock of seeing their father in acute crisis had worn off, they continued to stay near the ICU everyday and continued to make demands for information from staff. Since the cause of their father's condition was in doubt, there was relatively little specific information for staff to provide. As the children's frustration and anger grew, their complaints about the care increased. They met with the social worker who spoke to them in Spanish, listened to their fears and concerns, provided crisis intervention as well as supportive counseling, and reassured them that

their father was receiving quality care. The social worker also assisted them with joining a support group composed of Spanish speaking family members of ICU patients and staff. During the group meetings they were able to express their feelings and concerns. As the days passed, the family made friends with other families, and a mutual support system developed. Contacts with staff decreased, and they needed to spend less time at the hospital.

The reaction to illness and death by family members vary, some react by being depressed, angry, anxious, moaning, screaming, clinging to staff, or pacing the halls. Others panic, cry, curse and shout, or walk away. Aguilera & Messick (1974), attribute individual differences in responses to the following factors: (a) the individual's perception of the stressful event; (b) the available support system; and (c) the coping mechanisms used to deal with the event. They all are able to express their grief. The approach of the social worker is to be there, being sensitive to the family's needs, allowing them to express their feelings in their own way, being supportive, providing information and reassurance that their loved one is receiving quality care.

According to Kubler-Ross (1969), people go through five stages during the loss of a family member through death:

- 1. Shock and denial:** Denial is the initial reaction of many people to the unexpected news; they may refuse to believe the news.
- 2. Anger:** Anger may be displaced and projected towards the people around them.
- 3. Bargaining:** People may bargain with physicians or God in order for more time.
- 4. Depression:** People despair and begin to grieve.
- 5. Acceptance:** If people have had enough time and have been able to experience the above phases, they may reach a stage where they can accept their loss.

There is a need for closed communication with families of patients admitted to the ICU. Unique obstacles must be overcome when providing social work intervention with families who do not speak the English language. Serious barriers to effective communication, differences in attitudes about health care, and various other misunderstandings in-

terfere with good health care for these families. Such misunderstandings are overcome when the social worker is culturally aware and can ensure good communication between patients, their family and health care providers.

Lum (1999), defines cultural competence as “the set of knowledge and skills that social workers must develop in order to be effective with multicultural clients.” Multicultural social work practice addresses varying facets of culture, which include race, gender, age, sexual orientation, religion, and so on. Green (1982, 1995, 1999), author of *Culture Awareness in the Human Services*, asserted that ethnic-competent practice involved acquiring a knowledge base, professional preparation, and appropriate interventions in order to compare and understand culturally different worlds. As pointed out by Betancourt (2004), culture is a pattern of learned beliefs, shared values, styles of communication, practices, costumes, and views on roles and relationships. The concept goes beyond race, ethnic background, and country of origin.

My daily professional experience with Spanish-speaking patients and their family provide insights into the complexities of bilingual and bicultural communication in the ICU. These experiences can be extended to other foreign language patients as well. Non Spanish-speaking social workers and other health care professionals often experience communication problems with Spanish-speaking patients and their family. Having had the experience of being interviewed by a non Spanish-speaking health care professional when I first arrived from Perú to the United States, I am aware of the problems that these patients and families have.

Not all Spanish-speaking patients and families are the same. They come from different cultural, social and educational backgrounds. Spanish-speaking Latino countries

differ in geography, specific customs, racial and ethnic mixtures. Latinos are usually associated with nineteen Spanish-speaking countries in the Caribbean and in Central and South America. The countries are Cuba, the Dominican Republic, Puerto Rico, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua, Panamá, Guatemala, Honduras, Mexico, Bolivia, Paraguay, Uruguay, Ecuador, Venezuela, Colombia, Chile, Perú, and Argentina. These countries share a history of colonization, similarities in their connection and adaptation to the Catholic Church, in the dominance of the Spanish language, and in their ethnic and/racial mixtures (Green, 1995). As a result of the above, they also share similar cultural patterns. Cultural attitudes and beliefs are discovered and better understood through conversation with patients and their family, and more accurate and complete history results after those beliefs and attitudes are taken into account. For social workers having to rely on interpreters can be frustrating. The communication is less precise, even if the interpreter is excellent.

Proper social work intervention with Spanish-speaking patients and their family requires a firm grasp of two different and complex languages to achieve proper communication, plus the ability to communicate effectively in each language at many different levels. Patients and family members for that matter similarly are untrained and inexperienced and may suffer a dramatic decline when confronted with the stress inherent in the context of illness and admission to the ICU.

Non-Spanish speaking social work practitioners may face significant challenges when assessing the psychosocial needs of patients and their family in the ICU. **These include:**

1. Poor communication.
2. Poor patient/family engagement in service provision.
3. Poor relationship building.
4. Lack of appropriate problems/needs definition.
5. Lack of appropriate understanding of individual functioning and family dynamics.

According to Green (1995), assessing difficulties may happen from a lack of knowledge, understanding, or appreciation of ethno-cultural, socio-economic contexts, which are important in

understanding attitudes, behaviors, and needs. Difficulty with assessment can also happen when the social worker is not trained to work in the ICU.

## ***II. Standards for Professional Practice in the ICU***

### **1. Ethics and Values**

Values, ethics and standards of both the profession and contemporary bioethics shall guide social workers practicing in the ICU.

### **2. Knowledge**

Social workers in the ICU shall demonstrate a working knowledge of the theoretical and psychosocial factors essential to effectively practice with patients, families and other health care providers.

### **3. Assessment**

Social workers when assessing patients and families should include comprehensive information to develop appropriate interventions and treatment plans.

### **4. Attitude/Self Awareness**

Social workers in crisis intervention and palliative end of life care shall demonstrate an attitude of compassion and sensitivity to clients' rights to self determination and dignity. Social workers shall be aware of their own beliefs, values, and feelings and how their personal values may influence their practice.

### **5. Cultural Competence**

Social workers shall be knowledgeable about, and act in accordance with the *NASW Standards for Cultural Competence in Social Work Practice (NASW, 2001)*.

## ***III. Interdisciplinary Team Work***

Social workers shall strive to collaborate with health care providers and advocate for patients' needs with objectivity and respect to reinforce relationships with providers who have cared for the patient along the continuum of illness. Interdisciplinary experiences will not bear positive results if other professionals do not recognize social workers' unique authority or expertise and do not share the social work profession's perception of its domain. According to Abramson & Mizrahi (1996), the rationale for social work participation in collaborative activities is based on the recognition of the complexity of human problems, the high degree of knowledge, technology, and skills needed to meet

them, the specialization of function, and resulting requirements of coordination and integration of the work of providers on behalf of patients.

### ***Practice Contribution***

Intervention and collaboration with other health care providers in the ICU is important and necessary in order to identify the psychosocial needs of patients and their family, to be able to promote the creation and maintenance of social supports. Administrators of social work departments should recognize this need and help social workers in demonstrating and communicating their clinical skills to other health care providers.

### ***Implications for Social Policy***

There is a need to inform and communicate other health care providers and administrators of the hospital system about the expertise and clinical skills of the social worker. Like any other member, the social worker is responsible in cooperate with the efforts and advances and maintenance of the wellbeing of the ICU. The social worker demonstrates, in the context of the orientation of *crisis intervention and palliative and end of life care*, the ability to make a difference. This includes situations when patients and families have emotional needs.

## ***IV. Conclusion***

Social work intervention with families in the ICU is important for the following reasons:

- a).** Identifies psychosocial needs of patients and families;
- b).** Provides crisis intervention/palliative care to patients and family members.
- c).** Identifies and control problem situations.
- d).** Helps health care providers in spending more time taking care of patients.
- e).** Promotes efficiency of patient care.
- f).** Promotes patient safety and communication with health care providers.
- g).** Promotes satisfaction among patients and family members.
- h).** Provides intervention for specific symptom relief and to reduce risk for distress.

- i). Assess and enhances the responsiveness of the environment and connects the patient, family and caregivers with community resources, if needed.
- j). Identifies psychosocial interventions to be offered as part of the evolving comprehensive plan of care developed in accordance with the patient/family wishes and the interdisciplinary team.
- k). Assess and manages psychosocial aspects of pain.
- l). Values the effectiveness of treatment interventions.

All these advantages acquired for the intervention of the social worker in the ICU have the possibility of being beneficial for the hospital at short time, and promote mental health to patients and their family members. People outside the profession of Social Work are not familiar with the clinical skills and the variety of services that are performed by the social worker in the ICU. The hospital system could limit the intervention of the social worker to concrete services and fail to help patients and their family to overcome the emotional impact caused by the admission to the ICU. Lack of knowledge of what social workers do could cause conflicts in the collaboration with other health care providers in providing effective services to patients and their family members. The effective intervention of the social worker in the ICU depends very much on how other health care providers perceive the practice of social work.

The challenge for social workers is to demonstrate the relevance of their competency and clinical skills to improve patient care and pay attention to the emotional needs of families in a complex hospital setting such as the ICU. Social workers should contribute to initiatives of research not only to demonstrate the effectiveness of the profession and clinical interventions, but also to promote the acknowledgement of the psychosocial needs of patients and family members. Social workers should be aware that they play a key role in identifying traumatic stress and anxiety reactions in families of ICU patients.

## **REFERENCES**

- 1.** Aguilera D C. & Messick JM. (1974). Crisis Intervention: Theory and Methodology. St. Louis: C.V. Mosby Co.. P.631.
- 2.** American Fact Finder (2007). U.S. Census Bureau. Population estimates for New York State by County-retrieved on July 2008.

3. Abramson, J., & Mizrahi, T. (1996). When social workers and physicians collaborate: Positive and negative interdisciplinary experiences. *Journal of the National Association of Social Workers*, 4, 2-28.
  4. Barker, R.L. (1995). *The Social Work Dictionary*, 4<sup>th</sup> ed. Washington DC: NASW Press.
  5. Betancourt JR (2004). Cultural competence-Marginal or mainstream movement? *New England Journal of Medicine*; 351: 953-955
  6. Bone RC, McElwee NE, Eubanks DH, et al. (1993) Analysis of indications for Intensive Care Unit Admissions-Clinical Efficacy Project-American College of Physicians. *Chest*; 104:1806-1811
  7. Bronx Lebanon Hospital Center (2007). Department of Medicine. Bronx New York.
  8. Csikai, E.L., & Raymer, M. (2003). The Social Work End of Life Care Education Project: An assessment of educational needs. *Insights*. Pp. 9-10.
  9. Delva D, Vanoost S, Bijttebier P, et al (2002). Needs and feelings of anxiety of relatives of patients hospitalized in intensive care units: Implications for social work. *Social Work Health Care*, 35:21-40
  10. Dirk, D. (2000). *The Journal of Health Care Social Work. A Quarterly Journal Adopted by the Society for Social Work Leadership Health Care*. Vol: 35 Issue: 4
  11. Ell, K. (1995). Crisis intervention. Research needs. *Encyclopedia of Social Work*, 18<sup>th</sup> ed. Pp.660-665. Washington, DC: NASW Press.
  12. Green, J. (1982). *Cultural awareness in the human services*. Englewood Cliffs,NJ: Prentice Hall.
  13. Green, J. (1995). Latino cultures and their continuity. In J.W. Green (Ed.), *Cultural awareness in the human services*: Boston: Allyn and Bacon.
  14. Green, J. (1999). *Cultural awareness in the human services*. 3<sup>d</sup> ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
  15. Golan, N. (1978). *Crisis intervention*. New York: Free Press.
  16. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (2004). *Accreditation Manual for hospitals*. Chicago: Author.
  17. Kalb PE, Miller DH (1989). Strategies for Intensive Care Units. *JAMA*. 261:2389-2395.
  18. Kubler-Ross, E (1969). *On Death and Dying: What the Dying have to teach to Doctors, Nurses, Clergy, and their own families*. Publisher: Simon & Scuster Adult Publishing Group. Edition Number 1
  19. Mendes, X. (2005). *Las situaciones de crisis: Una estrategia de intervención breve en el trabajo social individual-familiar*. Chile.
  20. National Association of Social Workers (2000). *Code of Ethics of the National Association of Social Workers*. Washington, DC: Author.
  21. National Association of Social Workers (2001). *NASW Standards for Cultural Competence in Social Work Practice*. Washington, DC: NASW Press.
- World Health Organization (2003). WHO definition of palliative care.