



REVISIÓN

El cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos desde la perspectiva de Jean Watson

M. Vázquez Calatayud^{a,*} y M.C. Eserverri Azcoiti^b

^aUnidad de Cuidados Intensivos, Clínica Universitaria de Navarra, Universidad de Navarra, Navarra, España

^bUnidad de Cuidados Intensivos, Hospital de Navarra, Navarra, España

Recibido el 22 de marzo de 2010; aceptado el 25 de marzo de 2010

Disponible en Internet el 15 de septiembre de 2010

PALABRAS CLAVE

Familia;
Cuidado;
Enfermería;
Teoría de enfermería;
Unidad de cuidados
intensivos

KEYWORDS

Family;
Caring;
Nursing;
Nursing theory;
Intensive care unit

Resumen

Este artículo presenta una breve reflexión acerca del cuidado de las familias en las unidades de cuidados intensivos. Para abordar este tema se ha tomado como referencia a Jean Watson, una de las teóricas de enfermería más importantes de nuestros días. Se ha escogido a Watson porque, desde su teoría, se ha podido captar, a la perfección, la necesidad de contemplar a la familia en el cuidado holístico del paciente crítico. De este modo, se plantea llevar a cabo una investigación que explore el cuidado de los familiares del paciente crítico basada en la idea del cuidado que propone Watson en su teoría. Para comprender este planteamiento se analiza y evalúa la teoría del *caring*, según la guía elaborada por McEwen en el año 2007.

© 2010 Elsevier España, S.L. y SEEIUC. Todos los derechos reservados.

The caring of family members in the intensive care units from the Jean Watson perspective

Abstract

This article presents a brief reflection on the caring of families in the Intensive Care Units. To address this issue, Jean Watson, one of the most important theoreticians on nursing of our days, has been taken as a reference. Watson was chosen because it is possible to understand perfectly the need to contemplate the family within the holistic care of critical patients from his theory. Thus, it is proposed to carry out an investigation that studies the care of the family members of the critical patient based on the idea of Watson's caring theory. To understand this approach, the theory of caring is analyzed and evaluated according to the guide produced by McEwen in 2007.

© 2010 Elsevier España, S.L. and SEEIUC. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mvazca@unav.es (M. Vázquez Calatayud).

Introducción

La familia es un elemento esencial dentro del proceso de salud de todo individuo; por ello, cuando una persona ingresa en un hospital, es importante no solo cuidar al paciente sino también a su familia^{1,2}.

En las unidades de cuidados intensivos (UCI), por diferentes razones se ha mantenido a la familia alejada del paciente³⁻⁵. Muchas unidades han justificado este hecho basándose en la idea de que los familiares son un riesgo añadido al problema de infección de los pacientes, impiden el descanso e incluso producen alteraciones fisiológicas⁶. Por otra parte, las enfermeras han argumentado esta restricción, alegando que la visita interfiere en los cuidados y que la relación continua con la familia produce agotamiento emocional y estrés al paciente⁵. Con referencia a estas alteraciones, se han publicado recientemente investigaciones que demuestran que no se producen tales efectos adversos e incluso afirman que la presencia de la familia tiene un efecto beneficioso en la recuperación del paciente, siendo, a su vez, esa proximidad una ayuda para la propia familia^{5,7-11}.

Los familiares del paciente crítico han identificado entre sus necesidades más importantes: la seguridad, la información y la proximidad^{2,12,13}. En este sentido, la familia debe recibir un cuidado y apoyo adecuados para que sus necesidades estén cubiertas y pueda, a su vez, proporcionar apoyo y confort al paciente^{1,13}. A este respecto, Verhaeghe et al² postulan que la enfermera que trabaja en UCI debe prestar un cuidado holístico que contemple tanto al paciente como a su familia. Como afirma Gadow^{14,15}, se debe cuidar al paciente y a su familia desde un paradigma menos científico y más empático, en el que el cuerpo sea tratado como un sujeto, como una persona con su subjetividad, donde los símbolos sean más importantes que los síntomas. En esta misma línea de pensamiento se encuentra Watson, quien ha contribuido con su teoría a la sensibilización de los profesionales hacia la humanización de los cuidados.

Análisis de la teoría del *caring* de Watson

Una vez que se ha introducido la importancia de incluir a la familia en el cuidado holístico del paciente crítico se comprenderá mejor la reflexión aquí planteada. Es habitual encontrar que en las unidades la visita de los familiares sea restringida, e incluso que, durante esta, la enfermera aproveche para realizar otras actividades, evitándose, así, el contacto con las familias.

Antes de analizar y evaluar la teoría del *caring* de Watson en un intento de explicar su relevancia para la práctica en el ámbito de la UCI, se describirá brevemente esta teoría. Para ello, se empleará la guía desarrollada por McEwen¹⁶.

Descripción de la teoría del *caring*

Kramer¹⁷, al igual que Fawcett¹⁸, la clasifican como una teoría de rango medio, situada entre la *grand theorie* y la teoría práctica. No obstante, se podría considerar como una teoría de rango medio alto, según la clasificación que Liehr y Smith realizan de las teorías de rango medio según su nivel

de abstracción¹⁷, siendo incluso considerada por algunos autores como *grand theorie*^{19,20}.

Para desarrollar su teoría, Watson se apoyó sólidamente en las ciencias y las humanidades, ofreciendo una orientación fenomenológica, existencial y espiritual²². A lo largo de sus numerosas publicaciones puede verse reflejada su evolución. De esta manera, en su primera obra publicada en 1979 afirmó que pretendía «aportar nuevo significado y dignidad al mundo de la enfermería y al cuidado del paciente» —cuidado que parecía demasiado limitado en su objetivo en aquel momento, definido por el paradigma de la medicina y los modelos científicos biomédicos tradicionales—²¹. Posteriormente, en su segundo libro, publicado en 1985, intentó dirigirse a algunos de los problemas conceptuales y filosóficos que aún existían en la enfermería. Según Watson, se quiso «clarificar el proceso del cuidado humano en enfermería, preservar el concepto de persona en nuestra ciencia y mejorar nuestra contribución a la sociedad»²⁰. Finalmente, en uno de sus últimos trabajos, publicado en 1999, pretendió iluminar «...un modelo de prácticas de cuidado y curación que llevarán a la medicina, a la enfermería y al público (...) más allá del enfoque de curar cueste lo que cueste», y situó las prácticas de cuidado y de curación en un nuevo paradigma que reconoce la relación simbólica entre humanidad-tecnología-naturaleza-universo. Por tanto, propuso «una búsqueda de los aspectos espirituales de nuestro ser y nuestros enfoques de salud y curación»²³. Watson esencialmente cree que la enfermería o *caring*, como ella lo denomina, es un «proceso humano intersubjetivo», en el que se establece una relación de cuidado entre la enfermera y la persona que recibe el cuidado, ya sea el paciente o la familia.

Este proceso incluye los «factores de cuidados»^c que proporcionan a la enfermera un marco de referencia para su práctica y un ideal intersubjetivo en el que la enfermera tiene la intención de afirmar el significado subjetivo del que recibe el cuidado. Este «proceso de cuidado humano» implica que se puedan establecer las «transacciones del cuidado humano» y, a su vez, que pueda darse el «momento del cuidado», presente en la vida de la enfermera y de la persona que recibe el cuidado más allá de la ocasión física¹⁹. En este «momento», en el que se establece una relación de cuidado, se permite que tanto la enfermera como la familia puedan compartir sus mundos subjetivos, mediante las denominadas «transacciones intersubjetivas del cuidado». De este modo, si el «momento del cuidado» es «transpersonal» y se permite la presencia de la mente o el espíritu de ambos, entonces el momento rebasará los límites de apertura y permitirá expandir las capacidades humanas²³.

^cLos factores de cuidado que postula Watson en su teoría son los siguientes: 1) formación de un sistema de valores humanístico y altruista; 2) instilación de fe y esperanza; 3) cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y los demás; 4) desarrollo de la relación de cuidados humanos, de ayuda y confianza; 5) promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos; 6) uso de procesos creativos para la solución de problemas; 7) promoción de la enseñanza y el aprendizaje personal; 8) disposición para crear un entorno mental, físico, social y espiritual corrector y/o de apoyo; 9) ayuda a la satisfacción de las necesidades humanas, y 10) aceptación de las fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales^{20,21,23-26}.

Por tanto, para Watson²⁴ los conceptos principales de su teoría son, por un lado, los «factores de cuidados» que se sitúan dentro del proceso del cuidado humano, y, por otro, el «momento del cuidado» y el «cuidado transpersonal» correspondiente a las transacciones del cuidado humano. Estos elementos se definen y explican detalladamente en su teoría.

Asimismo, se incluyen como proposiciones teóricas aquellas derivadas de la relación entre los conceptos del proceso de cuidado humano y los conceptos de las transacciones del cuidado humano. De este modo, Watson apunta que «el cuidado transpersonal es la actualización completa de los factores de cuidado en una transacción de persona a persona»²⁵. Además, postula que si se establece una conexión intersubjetiva entre dos personas, «el que recibe el cuidado está más capacitado para liberarse de la desarmonía entre la mente, el cuerpo y el alma, y está más libre para dirigir esa energía reprimida hacia su propio proceso de sanación»²⁶.

En esta teoría se puede percibir un enfoque holístico del cuidado que facilita su utilización en múltiples contextos —en UCI o en unidades de cuidado gerontológico— y en poblaciones diversas como son los pacientes oncológicos, las personas con sida o los ancianos.

Análisis de la teoría

En esta teoría, algunos de los conceptos antes presentados se definen de manera conceptual más claramente que otros. Por ejemplo, no se explicita detalladamente el concepto de «ideal intersubjetivo», a pesar de que representa una parte importante de su teoría. Por otro lado, Watson a menudo emplea en su teoría palabras intercambiables. Ella reconoce este hecho para la palabra alma o espíritu pero no en otras áreas. En este sentido, se puede percibir que la transacción del cuidado y el momento del cuidado se refieren al mismo fenómeno. No obstante, esto puede ser confuso al principio hasta que no se profundiza más en la teoría del *caring*, a través de sus distintas obras y publicaciones.

Las afirmaciones teóricas aparecen implícitas en el texto y, como se ha comentado anteriormente, se explicitan las conexiones entre los conceptos descritos en la teoría. En cuanto a la organización de la teoría, parece que los componentes de esta están adecuadamente comentados y desarrollados y que la perspectiva de Watson está bien presentada. Sin embargo, puede cuestionarse la organización de los capítulos de su obra²¹. En este sentido, parece que se rompe la continuidad temática, ya que antecede la información proporcionada sobre cuidado humano al desarrollo del concepto de cuidados transpersonales. A este respecto, se podría haber introducido el capítulo acerca de los distintos componentes y sus definiciones al principio de su obra, con el fin de facilitar el entendimiento de la teoría.

Se puede considerar que la teoría del *caring* tiene un poder predictivo débil. Esto es debido a que, aunque el proceso humano del cuidado esté presente durante un momento de cuidado actual, no necesariamente ocurrirá «un momento de cuidado intersubjetivo» y, en el caso de que ambas tengan lugar, tampoco se pueden asegurar resultados tales como la armonía y la sanación. Además, estos efectos positivos son acontecimientos potenciales que no se pueden predecir con certeza. Esta aseveración se apoya en lo que Watson apunta:

«el proceso permite combinaciones de expresiones del cuidado humano en diferentes momentos y contextos, y con diferentes resultados, que no pueden ser nunca completamente explicados o predichos»²⁵. En este sentido, al igual que Barker y Reynolds²⁷, se considera difícil que este fenómeno sea útil en la práctica si nunca se va a poder explicar o predecir. A pesar de que Watson piense en resultados positivos, se puede aplicar a su teoría un argumento propuesto por Shiber y Larson²⁸. Ellas postulan que se ha hecho poco para medir la naturaleza terapéutica del cuidado, debido a que la mayoría de las teorías se han centrado en su proceso en detrimento del resultado. En este sentido, puede que la teoría de Watson haya ofrecido un gran entendimiento del proceso del cuidado humano y que, sin embargo, no haya sido apreciado por todos en enfermería¹⁸.

Evaluación de la teoría

Watson es inflexible en su afirmación de que la formación enfermera debe incorporar el conocimiento holístico de muchas disciplinas e integrar humanidades, artes y ciencias. En este sentido, puede resultar idealista, ya que no parece que la profesión de enfermería esté en la actualidad preparada para cubrir los conocimientos que describe. No obstante, esta es una teoría relativamente nueva que propone una nueva orientación para la enfermería, siendo posiblemente factible en unos años con el nuevo plan educativo propuesto para enfermería. Por otro lado, las expectativas de la relación de cuidados también parecen idealistas, ya que la relación de cuidados transpersonal exige un compromiso por parte de ambas personas. En el caso de las familias, estas expectativas podrían cumplirse si las enfermeras se concienciaran de su importancia, ya que son los mismos familiares los que reclaman ese compromiso.

La teoría de Watson se ha testado predominantemente mediante métodos inductivos. Lemmer²⁹ y Martin³⁰ emplearon la teoría de Watson como marco conceptual. Byers³¹, Carson³² y Lyne y Waller³³ asumieron que los principios subyacentes de la teoría de Watson eran válidos. Por otro lado, Clayton³⁴ investigó las interacciones entre individuos de edad avanzada y la enfermera cuidadora, mediante un estudio fenomenológico en el que se encontraron cuatro temas relacionados con los factores de cuidado que Watson identifica en su teoría. Burns³⁵ también empleó metodología fenomenológica para investigar la dimensión espiritual descrita por Watson, cuyos resultados avalan el cuidado transpersonal.

Por tanto, existe evidencia de que la teoría ha sido utilizada en la práctica y en investigación. No obstante, en los estudios que han empleado esta teoría se ha tenido en cuenta la perspectiva del paciente sin incluir a la familia. En cuanto a la docencia, Watson ha participado activamente en la planificación de estudios en la Universidad de Colorado. Además, su teoría se ha implantado en numerosos cursos de diplomatura en enfermería, como en la Universidad de Florida o en la Universidad de Indiana, entre otras²². Como se puede percibir, no hay estudios que documenten la relación humana de transacción y los resultados propuestos en la teoría del *caring*²⁴. Del mismo modo, no se han encontrado publicaciones actuales realizadas en UCI que exploren a las familias en la relación humana de cuidado que establece la enfermera.

Conclusiones

Sería preciso que para futuros trabajos Watson explicitara más algunos conceptos e incluyera definiciones operativas. Asimismo, podría ser útil añadir algún modelo o diagrama que contribuyera a clarificar la teoría.

Por otro lado, sería necesario validar todos los factores de cuidado que identifica Watson en su teoría mediante la investigación, así como avalar los resultados del cuidado transpersonal a través de un buen apoyo empírico.

La teoría del *caring* de Watson puede ser útil para el cuidado de las familias de UCI, ya que, como señalan Duquette y Cara³⁶, esta teoría promueve un clima favorecedor para el crecimiento personal del cuidador y de las personas cuidadas. En esta relación entre el cuidador y la persona que recibe el cuidado, la enfermera expresa y comparte conocimientos, sensibilidad, habilidad técnica y espiritualidad elevando al otro, es decir, ayudándolo a crecer. A su vez, la familia puede desarrollar y compartir su ser, su conocimiento y sus necesidades favoreciendo el proceso transpersonal del cuidar.

La teoría del cuidado humano de Jean Watson facilita y guía un cuidado humanizado de enfermería. Este cuidado debería ir más allá del paciente, involucrando a la familia. Para avalar esta propuesta sería necesario que se estudiara este campo en enfermería desde esta perspectiva.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. El-Masri MM, Fox-Wasylyshyn SM. Nurses' roles with families: Perceptions of ICU nurses. *Intensive Crit Care Nurs.* 2007;23:43–50.
2. Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care units a review of literature. *J Clin Nurs.* 2005;14:501–9.
3. Heater BS. Nursing responsibilities in changing visiting restrictions in the intensive care unit. *Heart Lung.* 1985;14:181–6.
4. Molter NC. Families are not visitors in the critical care unit. *Dimens Crit Care Nurs.* 1994;13:2–3.
5. Garrouste-Orgeas M, Philippart F, Timsit JF, Diaw F, Willems V, Tabah A, et al. Perceptions of a 24-hour visiting policy in the intensive care unit. *Crit Care Med.* 2008;36:30–5.
6. Brown AJ. Effect of family visits on the blood pressure and heart rate of patients in the coronary care unit. *Heart Lung.* 1976;5:291–6.
7. Davidson JE, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004–2005. *Crit Care Med.* 2007;35:605–22.
8. Sims JM, Miracle VA. A look at critical care visitation: The case for flexible visitation. *Dimens Crit Care Nurs.* 2006;25:175–80.
9. Petterson M. Process helped gain acceptance for open visitation hours. *Crit Care Nurse.* 2005;25:70–2.
10. Johansson I, Fridlund B, Hildingh C. What is supportive when an adult next-of-kin is in critical care? *Nurs Crit Care.* 2005;10:289–98.
11. Marco L, Bermejillo I, Garayalde N, Sarrate I, Margall MA, Asiain MC. Opinions and attitudes of intensive care nurses on the effect of open visits on patients, family members, and nurses. *Enferm Intensiva.* 2000;11:107–17.
12. Hughes F, Bryan K, Robbins I. Relatives' experiences of critical care. *Nurs Crit Care.* 2005;10:23–30.
13. Lee LY, Lau YL. Immediate needs of adult family members of adult intensive care patients in Hong Kong. *J Clin Nurs.* 2003;12:490–500.
14. Gadow S. Touch and technology: Two paradigms of patient care. *J Relig Health.* 1984;23:63–9.
15. Gadow S. Clinical subjectivity: Advocacy with silent patients. *Nurs Clin North Am.* 1989;24:535–41.
16. McEwen M. Theoretical basis for nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, cop; 2007.
17. Kramer MK. Terminology in theory: Definitions and comments. En: King IM, Fawcett F, editores. *The language of nursing theory and metatheory.* United States of America: Sigma Theta Tau International, Center Nursing Press; 1997. p. 51–61.
18. Fawcett J. Analysis and evaluation of nursing theories. Philadelphia: FA Davis; 1993.
19. Boyd C, Mast D. Watson's model of human care. En: Fitzpatrick JJ, Whall AL, editores. *Conceptual models of nursing: Analysis and application.* East Norwalk: Publishing division of Prentice Hall; 1989. p. 371–82.
20. Watson J. Filosofía y teoría de los cuidados humanos en enfermería de Watson. En: Riehl-Sisca J, editor. *Modelos conceptuales de enfermería.* Barcelona: Doyma; 1992. p. 179–92.
21. Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring. Niwot, Colorado: University Press of Colorado; 1985.
22. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. Madrid: Elsevier Science; 2005.
23. Watson J. Postmodern nursing and beyond. New York: Churchill Livingstone; 1999.
24. Watson J. Jean Watson: Theory of human caring. En: Parker ME, editor. *Nursing theories and nursing practice.* Philadelphia: Davis; 2001. p. 343–54.
25. Watson J. Watson's philosophy and theory of human caring in nursing. En: Watson J, editor. *Conceptual models for nursing practice.* Norwalk, Connecticut: Appleton and Lange; 1989.
26. Watson J. Nursing human science and human care. A theory of nursing. New York: National League for Nursing; 1988.
27. Barker P, Reynolds B. A critique Watson's caring ideology. The proper focus of psychiatric nursing? *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 1994;32:17–22.
28. Shiber S, Larson E. Evaluating the quality of caring structure, process and outcome. *Holist Nurs Pract.* 1991;5:57–66.
29. Lemmer C. Parental perceptions of caring following perinatal bereavement. *West J Nurs Sci.* 1991;13:475–93.
30. Martin LS. Using Watson's theory to explore the dimensions of adult polycystic kidney disease. *ANNA J.* 1991;18:493–6.
31. Byers ML. Teaching advanced pediatric nursing in the framework of Watson's theory of caring in nursing. *J Matern Child Nurs.* 1990;19:183–4.
32. Carson MG. An application of Watson's theory to group work with the elderly. *Perspectives.* 1992;16:7–13.
33. Lyne B, Waller P. The Denver nursing project in human caring: A model for AIDS nursing care and professional education. *Fam Community Health.* 1990;13:78–84.
34. Clayton GM. Research testing Watson's theory. En: Clayton GM, editor. *Conceptual models for nursing practice.* Norwalk, Connecticut: Appleton and Lange; 1989.
35. Burns P. Elements of spirituality and Watson's theory of transpersonal caring expansion of focus. En: Chinn PL, editor. *Anthology on caring.* New York: National League for Nursing; 1991. p. 141–53.
36. Duquette A, Cara C. Le caring et la santé de l'infirmière. *L'Infirmière Canadienne.* 2000;1:10–1.