

MOMENTOS DE CARING

UN ACERCAMIENTO A LA FILOSOFÍA Y CIENCIA DEL CUIDADO HUMANO DE JEAN WATSON.

Resumen

El objetivo de este trabajo es mostrar un modo de aplicar la filosofía de cuidados de Watson a las situaciones de la práctica. Para estudiar los Factores cuidativos y principios del Caring que propone Watson en su teoría como eje principal del qué y el cómo enfermero hemos contrastado el análisis de los datos registrados en la práctica sobre la historia de un paciente, con la historia narrada por una enfermera de Atención Primaria a cerca de la misma situación.

Vemos en este relato a la persona como constructor de significados y éstos como el objeto de conocimiento enfermero. En el cuidado y valoración de la enfermera se ve su actividad cambiante, inestable, fluida, que da lugar a múltiples interpretaciones. El alto grado de ambigüedad e incertidumbre convierten la enfermería en una función compleja.

El modelo de cuidados de Watson, mediante los factores cuidativos, nos proporciona una nueva óptica para valorar los fenómenos relacionales en enfermería y reflexionar-entender los momentos de cuidado.

Introducción

El objetivo de este trabajo es mostrar un modo de aplicar la filosofía de cuidados de Watson a las situaciones de la práctica. La motivación que nos ha llevado a esta incursión en la filosofía del caring viene de nuestro interés por descubrir y operativizar lo que sitúa a la enfermería en su marco más maduro, los cuidados relacionales. No pretendemos minusvalorar los aspectos tecnológicos y empíricos del cuidado, sino resituarlos, sin fragmentar, dentro del contexto más complejo que son los momentos de cuidados, más en consonancia con el paradigma actual de las ciencias sociales.

A cerca de la filosofía del Caring

Nos hallamos en un momento muy especial en el que el paradigma de enfermería converge con las

necesidades y demandas del público, alejándose de una visión estricta y medicalizada de la salud y la curación, para orientarse hacia unas relaciones transpersonales en el cuidado humano.

Un momento de cuidado o de caring implica una acción y una elección. Sin embargo, si un profesional

El modelo de cuidados de Watson, mediante los factores cuidativos, nos proporciona una nueva óptica para valorar los fenómenos relacionales en enfermería y reflexionar-entender los momentos de cuidado.

ha elegido aplicar una teoría, no basta con el conocimiento, sino que tiene que haber congruencia con sus valores y filosofía elegida.

Watson afirma que su propuesta surge de sus propias creencias, valores y percepciones sobre la personalidad, la vida, la salud y la curación, en un interés de aportar nuevos significados al paradigma enfermero. El resultado es la combinación entre las experiencias clínicas y el fondo filosófico intelectual y experimental de la autora. Se fundamenta en una ética que no tiene necesariamente la recompensa de la felicidad, sino en lo que nos une con todos los seres vivos, una ética que estimula la acción libre y moral que nos permita vivir sanos y en comunidad.

Las intervenciones enfermeras requieren así, dentro de esta filosofía, una intención, una voluntad, una relación y una acción. Este compromiso permite descubrir el campo fenomenológico de las personas y la forma positiva o negativa en que sus opciones y comportamientos influyen en su salud.

Este sistema de valores se entrelaza en la teoría de Watson con los factores de cuidados y es a través de ellos que desarrolla el qué y cómo del cuidado enfermero.

Sobre los Factores cuidativos

FC1 Sistema de valores humanístico/altruista.

Incluye la amabilidad, empatía, escucha, respeto, y amor por los demás. Estos valores los adquirimos en la infancia y son desarrollados por las creencias, las culturas y el arte.

FC2 Sostiene y fomenta la Fe y la Esperanza.

Permitiendo y sosteniendo el sistema profundo de creencias y el mundo subjetivo de uno mismo y del que es cuidado. La enfermera debe reforzar su fe y esperanza en sí misma, en su propio potencial y en el de la persona que cuida, incluso cuando médicamente no quede nada más que hacer, puede potenciar la fe y esperanza en algo/alguien más allá de sí mismo.

Las intervenciones enfermeras requieren así, dentro de esta filosofía, una intención, una voluntad, una relación y una acción.

FC3 Sensibilidad hacia uno mismo y los demás.

Ser humano significa tener capacidad de sentir. La autenticidad hacia uno mismo y los demás es la base de la integridad y puede dar lugar a una relación de empatía y aceptación de los sentimientos propios y del otro, sean dolorosos o felices. Ayuda a conseguir objetivos de satisfacción, confort, disminuye el dolor y el sufrimiento y ayuda a obtener mejor calidad de vida.

FC 4 Desarrollo de una relación de Cuidado Humano basado en la Ayuda y la Confianza.

La enfermera conoce de la otra persona su personalidad, forma de vida, concepción fenomenológica del mundo que le influencia, que le motiva y donde pone sus esfuerzos. Es la observación consciente, es estar con todos los sentidos internos y externos en el aquí y ahora. Nos permite entender el por qué de sus comportamientos físicos, sus reacciones emocionales y su mundo mental en relación a la situación de salud que está viviendo.

FC 5 Expresión de sentimientos positivos y negativos.

Significa centrar la relación en las sensaciones y en los aspectos no racionales de un acontecimiento. Ayuda a canalizar la carga emocional, a despejar la mente, a ver las cosas desde otro prisma y a tomar decisiones que van a optimizar la calidad de vida.

FC6 El Proceso de cuidados que incluye la resolución creativa de problemas.

Un enfoque creativo para vivir con calidad de vida, es el instrumento más valioso para armonizarlo todo con el proceso de cuidados. Es estar en el pleno uso del yo, del conocimiento empírico, estético, intuitivo, afectivo y ético.

FC 7 Enseñanza-aprendizaje trans-personal.

Educación para la calidad de vida significa explorar los fenómenos, ver lo que le preocupa, el significado y lo que es importante para la persona, conocer su voluntad de resolver las situaciones. Educar es un factor de equilibrio que ayuda a la persona a gestionar el estrés, las crisis vitales y las pérdidas.

FC 8 Entorno (de curación) de apoyo/protección y corrección mental, física, espiritual y de la sociedad.

Crear un ambiente curativo en todos los niveles está relacionado con el confort, seguridad, dignidad/ética, orden y la estética. Muchas variables (externas e internas) afectan la vida y el bienestar de las personas y su interdependencia influencia con fuerza la salud y la enfermedad. Estas variables deben ser tenidas en cuenta en los cuidados enfermeros rutinarios.

FC 9 Asistencia en la Necesidades Humanas Básicas con conciencia intencional en los cuidados.

Las necesidades son el eje alrededor del cual gira la dinámica de cuidados. El principio de ayuda para cubrir necesidades se basa en aceptar a la persona como es y, sobre todo, cómo puede llegar a ser, desarrollar sus potenciales y crecer.

FC 10 Dejar espacio para las dimensiones existenciales, fenomenológicas y espirituales.

Es reconocer y aceptar la singularidad y la identidad de cada persona. Cada persona busca su propio significado y solución a sus problemas de enfermedad, sufrimiento, pérdidas, dolor, soledad, proceso de morir y muerte. Una orientación fenomenológica ayuda a comprender a la persona desde su propio marco de referencia.

Para estudiar los factores cuidadosos y principios del Caring, vamos a contrastar los datos registrados en la práctica sobre la historia de Juan y Carmen, con la historia narrada por una enfermera de Atención Primaria a cerca de la misma situación. A través del análisis pretendemos reflejar los aspectos que se pueden comprender de los pacientes y sus familias a partir de uno u otro modelo de valoración.

El motivo de esta estructura se debe a que, cuando le pedimos a la enfermera de Atención Primaria

que nos escribiera la historia de uno de sus pacientes con el objetivo que nos ocupa, nos dio los datos que aparecían registrados en su historia. Al observar que no recogían aspectos significativos de la historia del paciente, le pedimos que nos contara los aspectos que para ella eran importantes en relación con ese paciente. Tuvimos dos entrevistas y a medida que avanzaba pudimos observar cómo iba profundizando en las relaciones de cuidado.

LA HISTORIA DE JUAN Y CARMEN

Juan tiene 78 años, está casado con Carmen de 72 años y tiene dos hijos independizados. Hace seis años fue diagnosticado de hidrocefalia. Tras dos operaciones en las que intentaron resolver el

problema, comenzó con un deterioro progresivo y problemas en la marcha hasta quedarse en silla de ruedas, con desorientación y comportamiento irascible. Antes de este proceso, Carmen y Juan eran una pareja muy sociable, con muchas relaciones, les gustaba bailar, pasear y salir con

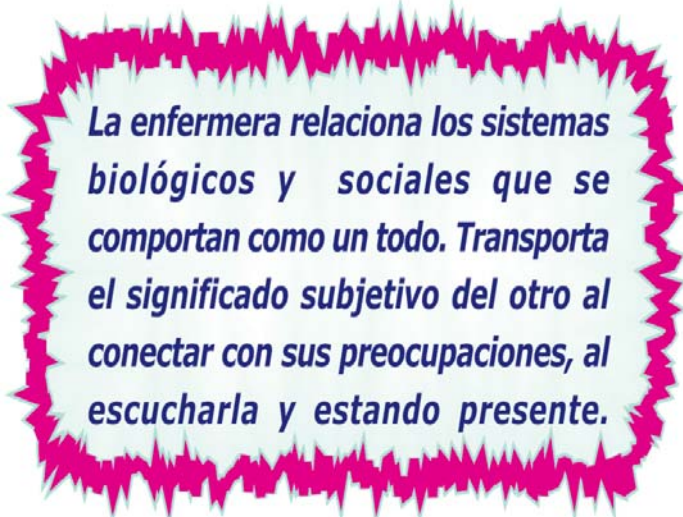
la familia y amigos. A raíz de estos cambios, comienzan a relacionarse menos y se trasladan con frecuencia al pueblo de su hija, donde residen de forma indefinida desde hace dos años.

Hace un año y medio ingresó con un AVC que evolucionó hacia un deterioro cognitivo grave. A Carmen y su familia les explicaron que iba a ir a peor y que sería conveniente pensar en ingresarlo en una institución. Es dado de alta hospitalaria y pasa a la atención domiciliaria.

Lo que se registra en las instituciones

Valoración médica en el alta.

Accidente isquémico transitorio, bronconeumonía bilateral por broncoaspiración, insuficiencia renal aguda prerrenal, retención aguda de orina, anemia microcítica, hidrocefalia con derivación



ventricular peritoneal. Deterioro cognitivo grave.

Valoración de enfermería en el alta hospitalaria.

Estado mental: no consciente, no colaborador, no orientado, no comunicativo, demenciado. Respiración: no necesita oxígeno. Dieta: Turmix-20000 cal por SNG. Eliminación: sonda vesical (colocadas 06-04 005). Movilidad: inmóvil (cambios posturales). Higiene y estado de la piel: conservada + UPP en talón derecho, úlcera en la nariz por SNG, se moviliza la sonda c/24h.+ protección con vaselina y úlcera en pene producida por SV que se curan 3 veces al día con SSF + povidona yodada. Paciente dependiente total. Deterioro físico y cognitivo avanzado. La familia ha sido educada para llevar a cabo los cuidados del paciente. Apoyo emocional a la esposa.

Valoración y plan de cuidados en el domicilio.

Realizamos una primera visita a domicilio el equipo (médico y enfermera), para valorar la situación.

Exploración física: deterioro físico importante, palidez cutánea, extremada delgadez, afásico, hipotenso, febrícula, reacciona frente al dolor, respiración normalizada, reflejo deglución, deterioro de la integridad cutánea en talón y meato urinario.



Se instaura tratamiento farmacológico sintomático.

Los objetivos que nos marcamos iban encaminados a tratar los síntomas y mejorar el confort, prevención de nuevas úlceras por el alto riesgo que presentaba.

Apoyo emocional a la esposa (cuidadora principal).

Plan de cuidados: Cambios posturales c/tres



horas. Higiene de genitales con toques antisépticos. Ingesta hídrica adecuada. Ejecución de la dieta pautada. Hidratación de la piel. Cuidados de la sonda. Se queda con la esposa para realizar las curas diarias a domicilio.

Si nos fijamos en todos estos informes podemos observar que reflejan parámetros biológicos y actividades. Las tareas que realiza la enfermera están centradas en el seguimiento de las escaras, protección de prominencias óseas, observación de la respuesta a determinados estímulos, control de infecciones,... Sin embargo, no podemos leer en ellas las vivencias, preocupaciones y deseos de Carmen y Juan. Centrados en los signos y síntomas de la enfermedad, donde la subjetividad queda oculta en la objetividad de los signos, no nos permite conocer el ambiente vital, el modo de vida, el sentido y el significado de la enfermedad en la vida de estas personas.

Lo narrado por la enfermera.

Enfermera: Cuando tuve la primera entrevista con Carmen iba en compañía del médico que ya conocía al paciente, la vi que estaba muy angustiada por si la SNG no funcionaba, por si se infectaba, por las úlceras o por si no sabía qué hacer. El médico comentó que igual tenía reflejo de deglución y que se podría quitar la SNG. Carmen reaccionó enseguida diciendo que no. Yo me sorprendí de esta reacción y pensé que Carmen estaba realmente asustada de que Juan pudiera ahogarse, pero como no conocía bien la situación, no toqué el tema y me limité a contarle alguna cosa sobre cómo le podía cuidar para evitar las úlceras, como podía darle los alimentos, la medicación, aquello que vi que le preocupaba.

Paradójicamente a los informes anteriores, al pedirle a la enfermera que nos cuente sobre Juan y Carmen, observamos como, desde un primer momento,



capta el miedo de Carmen y responde a la demanda de ayuda en cosas concretas. La enfermera es sensible al sentir emergente (miedo) de Carmen, toma conciencia de que no conoce la situación y elige con intención y acción, ayudarla a mantener el confort y la seguridad en los factores que podrían ser riesgo de pérdida de la vida. **Observar los FC (factores cuidativos): 3, 8, 9.**

Enfermera: La primera impresión que me causó el paciente fue de un deterioro físico importante, le vi tan terminal, pensé que iba a ser una gran carga para la familia. No creí que Carmen pudiera tener tanta fortaleza. Al principio sentía que podía tener alguna carencia en cómo ayudarlo, tenía interés en ver cómo podíamos ir resolviendo lo que se fuera presentando. Carmen cada vez tenía mas confianza en mí, me hablaba de su marido, de su vida, me contó que le habían dado de alta del hospital porque no había solución, les dijeron que era mejor que le ingresaran en un centro socio-sanitario, pero no estaban de acuerdo, ellos no entendían por qué les decían esto y no hacían nada más por Juan. Esto lo vivieron muy mal, estaban muy disgustados. Creo que no habían asumido el deterioro y no entendían que la medicina no pudiera hacer nada. Después de un año y medio todavía me lo dice: "le desahuciaron y le dejaron abandonado". También me contó que en el hospital le dijeron que si no podía soportar el momento de morir, por si se ahogaba, que se fuera al otro lado de la habitación ("cómo me pudieron decir eso, yo nunca le abandonaré"). Carmen siempre pensó que con estimulación se podría recuperar y yo me encuentro

con esta expectativa: le pone música, le canta, le saca a la terraza, ella le mimó todo lo que puede. Creo que es por estos lazos afectivos que Carmen no entendió que en el hospital no hicieran más por su marido y el abandono que sentía.

La enfermera aparentemente va al domicilio a curarle la úlcera, a vigilar la alimentación y surgen los momentos de cuidado. Se establece una relación de confianza y Carmen cuenta su historia de vida. Poco a poco emergen los significados, el no asumir la enfermedad, el deterioro que comporta y el no entender cómo la medicina no lograba curar a su marido, que fue vivido por ella como abandono.

Es posible que si Carmen asume la enfermedad y el deterioro sería como aceptar la muerte del marido. Al no hacerlo, le rescata de este abandono y pone su esperanza en la recuperación mediante terapias de estimulación.

La enfermera relaciona los sistemas biológicos y sociales que se comportan como un todo. Transporta el significado subjetivo del otro al conectar con sus preocupaciones, al escucharla y estando presente. De esta manera la enfermera sostiene a Carmen en medio de la amenaza y la desesperanza. **Observar los FC (factores cuidativos): 3,4, 8.**

Enfermera: Carmen me pedía confirmación, quería que le dijera que Juan estaba mejor. Tengo que decir que Juan, al cabo de 4-5 meses de estar en casa, si le hablabas parecía que te miraba, que sonreía, sobre



todo cuando le hablaba Carmen. Yo veo la espasticidad de Juan, cada día más agarrotado, con menos vida, y si bien esta más alerta, realmente está muy enfermo, ha tenido varios sincopes. Hace 15 días comenzó a hacer una anuria y el médico quería ingresarlo, pero ni Carmen ni su hija consintieron. (Yo estos días no estaba). Me encontré con ella en la calle y mientras

le ayudaba a llevar las bolsas, estuvo como una hora contándome la parada respiratoria y lo que había hecho para recuperarlo, le tiró al suelo, le "zarandeó" y se recuperó. También me contó que su hija y ella estuvieron tres horas haciendo lavados por la sonda, poco a poco, hasta que consiguieron sacarle el coágulo y que ella, si está en casa y le pasa algo, siempre hará lo que pueda.

Vemos aquí dos actos de cuidado que impregnan el sentido de la relación.

Podemos ver el compromiso y la responsabilidad que uno tiene de la vida y el bienestar de la otra persona, cuando la enfermera crea un momento de cuidado al coger las bolsas, liberando a Carmen del esfuerzo en un lugar no convencional.

Probablemente, en palabras de Watson, es un acto de compasión, no solo en el sentido compasivo, sino también con-pasión, que permite que Carmen se abra a la relación.

El otro acto que comienza a gestarse, es la toma de conciencia por parte de la enfermera del vínculo que une a Carmen con su marido y que puede hacer que esté prorrogando su vida más allá de lo que Juan puede sostenerla. **Observar FC (factores cuidados): 1, 3, 6.**

Enfermera: *Ahora me preocupa que su única razón de ser sea Juan. Está tan centrada en Juan que no tiene vida propia. Esta semana es posible que podamos hablar sobre esto aprovechando que le van a dar un resultado sobre el estudio de sobrepeso. Carmen ha engordado unos 15 Kilos desde que comenzó la enfermedad de su marido, está muy ágil, pero tiene artrosis. En este momento tiene las rodillas hinchadas y le duelen. Además lleva un marcapasos y está en*



tratamiento con sintróm, toma también orfidal. Yo creo que la obesidad de Carmen no tiene relación con su alimentación, que es por el estrés que le produce la situación, dedicada todo el día a Juan. También la veo un poco desamparada. Aunque tiene una cuidadora cuatro horas por la mañana y cuatro horas por la tarde, los amigos han dejado de ir a verle. La hija y el yerno van cada día, pero ella (la hija) tiene su vida y para Carmen esa es su vida. Ahí estamos. Juan parece que un día se va y al otro vuelve a estar igual.

Cuando llegué, lo primero que me dijo fue lo gorda que se estaba poniendo y lo que le dolían las piernas. Mientras le miraba las piernas, comencé a decirle que a pesar de esto, yo la veía con mucha fortaleza. Le comenté entonces que no sabemos lo que él quiere, pero que quizás en estos momentos igual ha llegado su hora y a veces, aunque nos cueste, hay que dejarlos ir. Cual fue mi sorpresa cuando me contó: "Sabes, eso mismo me dijo el otro día otra enfermera y me doy cuenta de lo que me decís, pero vosotras tenéis que entender que estábamos muy unidos y que cuando no respiraba yo estaba delante, no le podía dejar, si me hubiera pasado cuando estaba en el baño y me encuentro que se ha muerto, pues lo hubiera aceptado".

Podemos ver aquí un cambio en el centro de atención de la enfermera, en este proceso del ir y venir del cuidar, que se produce momento a momento, de una orientación centrada en las necesidades del paciente, a ver a Juan y Carmen como un todo. La enfermera se orienta ahora hacia el sufrimiento que puede representar la pérdida del marido, la soledad, el significado de la relación de la vida de ambos, surge otra vez con fuerza el abandono, la percepción y el miedo a sentir el abandono. Este sentimiento, que es una constante en lo que Carmen transmite, es un fenómeno en su vida, que parece que sea clave en la energía que sostiene y vitaliza su relación. El coraje, la determinación y perseverancia que muestra

Carmen, son dimensiones humanas sobre las que las enfermeras nos debemos interrogar. Permiten afrontar o sobreponerse al sufrimiento, el cuidado está en ayudar a canalizarlos de modo que las personas encuentren un sentido y una responsabilidad en la vida sin el otro. **Observar FC 3,10.**

Enfermera: *Comprendí que Carmen iba abordando todo lo que me preocupaba de manera natural. “Sabes, en un principio la idea de venir aquí a vivir me resultaba difícil, pero ahora estoy contenta porque al ser esto más pequeño cuando llamo porque os necesito, siempre viene alguien que nos conoce, esto me da mucha tranquilidad”. A veces siento que yo aprendo más de los pacientes que ellos de mí. Sabes, había descuidado un poco la parte emocional de Carmen y ahora veo que lo que les importa a ellos es lo tengo que tener en cuenta. Hoy había programado la visita con más tiempo y Carmen me lo ha comentado “hoy estas más rato”. Yo le he dicho que me preocupaba un poco que lo estuviera pasando mal porque últimamente la veía como enfadada, “sí, sí”, me ha dicho en seguida, “es que me da rabia que los amigos y la familia no vengan a verle. Me llaman pero no vienen, han quedado en varias ocasiones pero a última hora siempre ponen una excusa”. Yo le he dicho que el enfado es un sentimiento normal cuando no recibimos lo que esperamos de los otros, pero que en ocasiones no pueden o no saben hacer otra cosa. Ella ha visto el deterioro y ha ido asimilando y ellos no. Pienso que a veces nos da pena ver a seres queridos que no parecen ellos, tan deteriorados que no podemos aguantarlo, hemos hablado de esto y le he dicho a Carmen que puede pedirles que vengan. He vuelto a quedar con ella en la consulta para concretar unas medias para las piernas y para ver cómo está.*



La fenomenología se refiere a la voluntad de comprender a los otros a partir de la forma en que ellos ven las cosas, es decir, a partir de su mundo. La enfermera ha buscado comprender el mundo interno de Carmen, ha construido una relación de cualidad con otra persona. Este es el elemento que determina la eficacia de una ayuda.

La enfermera considera al otro como un ser humano pensante y que tiene emociones. La promoción y aceptación de sentimientos negativos se ve aquí cuando la enfermera invita a Carmen a expresar el enfado y la ayuda a obtener una perspectiva de comprensión y aceptación.



La experiencia que la enfermera obtiene, esta unicidad con el otro, por entender el mundo del otro, hace que en cada relación aumenten su conocimiento. Esta conexión es la que favorece que se produzca el cuidado momento a momento. **Observar FC: 4,5, 7 y 10.**

CONCLUSIONES

Cuando hablamos de valoración, socialmente la entendemos como un acto valorativo de recoger información para poder juzgar, etiquetar, registrar lo juzgado como bueno o malo, a la vez que se expresa lo que se debería hacer. Si pensamos

en caring, la valoración desde esta perspectiva carece de sentido.

La valoración se transforma en un encuentro con el otro, reconoce la unicidad del momento presente siendo aquí, en el presente, donde están las preocupaciones, las esperanzas, los deseos, el sufrimiento, las necesidades intrínsecas de ese momento y todas las capacidades de las personas. Watson recoge

la importancia de la experiencia, entendida desde la percepción y los sentimientos de quien la vive y de la vivencia existencial entendida con el vivir aquí y ahora.

El análisis de la relación que establece la enfermera con Juan y Carmen nos permite ver los momentos de prestación de cuidados.

Una constante en el relato es el compromiso, la implicación y la incertidumbre de la enfermera. Los problemas de los pacientes y sus familias pueden estar escondidos, las emociones pueden ser sentidas y no expresadas. Para encontrar "soluciones" la enfermera trata de entenderlos en relación a lo que significan en la experiencia que Carmen y Juan viven. Busca comprender lo que caracteriza el sentido y el significado de lo que están viviendo y que se refleja en los compartimientos, expectativas y anhelos de Carmen. La enfermera ve el abandono sentido y expresado por Carmen en diferentes momentos, entiende lo que significa Juan para Carmen en relación a sus apegos y las dificultades que por ello tiene Carmen para aceptar la pérdida.

Vemos en este relato a la persona como constructor de significados y éstos son el objeto de conocimiento de la enfermera. En el cuidado y valoración de la enfermera se ve su actividad cambiante, inestable, fluida, que da lugar a múltiples interpretaciones. Este es el motivo de su alto grado de ambigüedad e incertidumbre que convierten a enfermería en una función compleja. La enfermera convive con la incerteza y acepta que es a través de la incertidumbre que se interroga, fortalece su conciencia y desarrolla la tolerancia y la autoestima.

El modelo de cuidados de Watson, mediante los factores cuidadosos, nos proporciona una nueva óptica para valorar los fenómenos relacionales en enfermería y reflexionar-entender los momentos de cuidado. Cuando el cuidado discurre en este ámbito se sitúa, en palabras de Watson, en el "modelo biógeno", donante de vida y en la noción de cuidado trans-personal, persona a persona. Los modelos de registro formal que se utilizan en las instituciones no pueden captar los aspectos cualitativos del cuidado centrado en la relación. Esperamos que la narración y análisis realizado a partir de una historia real de la práctica clínica, permita explorar nuevas maneras de transcribir el cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

- Acebedo S, Rodero V, Vives C; Aguaron MJ. La mirada de Watson, Parse y Benner para el análisis complejo y la buena práctica (Manuscrito aceptado el 10.03.2006 INDEX DE ENFERMERÍA).
- Aucoin- Gallant G (1990). La théorie du caring de Watson. *The Canadian Nurse* 95(11) :32-35.
- Duffy, J. (2003). Caring relationships and evidence based practice: *International Journal for Human Caring*. 7(3):45-50.
- Duffy, J. Hoskings, LM (2003). The quality-caring model: Blending dual paradigms. *ANS*. 26(1):79-90.
- Kitson,A. (2002). Recognizing relationships: Reflections on evidence-based practice. *Nursing Inquiry*. 9(3):179-186.
- Watson, J. (1996). Artistry and caring: Heart and soul of nursing. In D. Marks-Maran & Rose (Eds.), *Reconstructing nursing: Beyond art & science* (pp. 54-63). London, U.K.: Bailliere Tindall Ltd. (Div. of Harcourt Brace & Co).
- Watson, J (2002) *Enfermagem: Ciencia Humana e Cuidar. Una Teoria de Enfermagem*. Lusociencia. Loures.
- Watson, J. (2000). Reconsidering caring in the home. *Journal of Geriatric Nursing*, 21(6), 330-331.
- Watson J. (2002). Intentionality and caring-healing consciousness: A practice of transpersonal nursing. *Holistic Nursing Practice*, 16(4), 12-19.
- Watson, J. (2002). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science*. NY: Springer.
- Watson, J (2004). Modelo del caring como guía para la evaluación, medición y registro de la práctica enfermera profesional. Ponencia del V Simposium internacional de diagnósticos de enfermería Valencia.
- Watson, J (2006). Una visión crítica sobre los diagnósticos enfermeros. *Rol Enf* 2006; 29(7-8):494-497.

AUTORES:

Carmen Vives Relats; Virtudes Rodero Sánchez; Sagrario Acebedo Urdiales; Profesoras titulares de la Escuela de Enfermería de la Universidad Rovira i Virgili. Tarragona. Purificación Gómez Martínez. Enfermera Asistencia Primaria. ICS. Tarragona. carne.vives@urv.cat
virtudes.rodero@urv.cat
msagrario.acebedo@urv.cat

