



Enfermería Clínica

www.elsevier.es/enfermeriaclinica



CUIDADOS

Propuesta de plan de cuidados de enfermería para mujeres que sufren pérdidas perinatales, según la teoría de Watson

Sara Furtado-Eraso*, Blanca Marín-Fernández y Paula Escalada-Hernández

Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Pública de Navarra, Pamplona, Navarra, España

Recibido el 26 de marzo de 2024; aceptado el 7 de junio de 2024

PALABRAS CLAVE

Muerte fetal;
Mortinato;
Duelo;
Duelo perinatal;
Cuidados de enfermería;
Teoría de enfermería

KEYWORDS

Fetal death;
Stillbirth;
Grief;
Perinatal grief;
Nursing care;
Nursing Theory

Resumen Perder a un recién nacido es para muchas madres un final doloroso en el que acontece la muerte cuando se espera la vida, que les hace vivir un tiempo de soledad, duda personal y sentimiento de fracaso. Tras realizar un estudio cualitativo previo analizando las vivencias de 25 mujeres que sufrieron una pérdida perinatal espontánea en cualquier momento del embarazo y una revisión sistemática de los factores que afectan a la respuesta emocional tras las pérdidas perinatales, se presenta una propuesta de cuidados de enfermería basada en la teoría del cuidado humano transpersonal de Jean Watson para dar respuesta a las necesidades de las mujeres que experimentan dicho proceso de pérdida. Con esta propuesta de plan cuidados se pretende proporcionar un cuidado individualizado a las mujeres que sufren pérdidas perinatales adaptado a sus necesidades, no solo físicas, sino también emocionales.

© 2024 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc/4.0/>).

Proposed nursing care plan for women who suffer a perinatal loss, according to Watson's theory

Abstract Losing a newborn is for many mothers a painful end in which death occurs when life is expected, which makes them live a time of loneliness, personal doubt and feeling of failure. After carrying out a previous qualitative study analyzing the experiences of 25 women who suffered

a spontaneous perinatal loss at any time during pregnancy and a systematic review of the factors that affect the emotional response after perinatal losses, a nursing care proposal is presented based on Watson's Theory of Transpersonal Human Care to respond to the needs

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sara.furtado@unavarra.es (S. Furtado-Eraso).

✉ [@pau.climbing](https://twitter.com/pau.climbing) (P. Escalada-Hernández)

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2024.06.003>

1130-8621/© 2024 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc/4.0/>).

Cómo citar este artículo: S. Furtado-Eraso, B. Marín-Fernández and P. Escalada-Hernández, Propuesta de plan de cuidados de enfermería para mujeres que sufren pérdidas perinatales, según la teoría de Watson, *Enfermería Clínica*, <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2024.06.003>

of women who experience this loss process. This care plan proposal is intended to achieve individualized care for women who suffer perinatal losses adapted to their needs, not only physical but also emotional.

© 2024 The Author(s). Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).

Introducción

La pérdida perinatal afecta a la mujer en todas sus dimensiones y la transforma física, psicológica y socialmente¹. Existe una falta de preparación de las enfermeras a la hora de acompañar el duelo perinatal^{2,3}, si bien el uso de teorías de rango intermedio acerca la teoría de la disciplina a la práctica clínica, promoviendo unos cuidados de excelencia que mejoran la calidad asistencial. La teoría del cuidado transpersonal⁴ invita a desarrollar una preocupación por el entendimiento del comportamiento humano desde el propio marco de referencia del paciente, proporcionando un cuidado centrado en la cultura, los valores y las creencias de las personas a través de la relación transpersonal enfermera/o-paciente^{5,6}. Watson entiende que el dominio de la enfermería es la aplicación del cuidado en el mantenimiento o recuperación de la salud, así como el apoyo en el proceso del fin de la vida y en el momento de la muerte⁵. La relación transpersonal busca proteger, realzar y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior tanto del que recibe el cuidado como del que cuida, pudiendo ser influidas por el momento de cuidado a través de las elecciones y acciones decididas en la relación⁴⁻⁶. Según Watson, la enfermera debe cultivar el *caring*, que significa cuidar sanando; para ello, en la interrelación con el paciente, la enfermera debe ayudarlo a adoptar conductas de búsqueda de la salud usando otros elementos que apoyen el cuidar, como: el silencio, el canto, la música, el tocar, el «estar presente» a través del arte, de expresiones no verbales, de afirmaciones llenas de espiritualidad y energía que permitan la tranquilidad y la curación⁴⁻⁶. Se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de la relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador^{4,5}. Tras realizar una revisión integradora de los factores que afectan a las mujeres al experimentar una pérdida perinatal y llevar a cabo una investigación en la que se recogieron las necesidades que presentaban 25 mujeres que sufrieron una pérdida perinatal en diferentes momentos de la gestación^{7,8}, planteamos una propuesta de plan de cuidados a estas mujeres desde la teoría del cuidado transpersonal de Watson.

Desarrollo

La teoría de Watson se desarrolla en 10 factores de cuidados (FC), que posteriormente modifica para elaborar los procesos *caritas* de cuidado (PCC), con una dimensión claramente espiritual y orientada a los cuidados transpersonales. A partir de estos 10 factores de cuidado y de las recomenda-

ciones y mejoras en el cuidado propuestas por las mujeres que sufrieron una pérdida perinatal³, se propone un plan de cuidados basado en la teoría transpersonal de Watson con los 10 PCC adaptados al cuidado de la mujer en duelo perinatal (figura 1 y tabla 1).

FC1. Formación de un sistema humanístico-altruista de valores

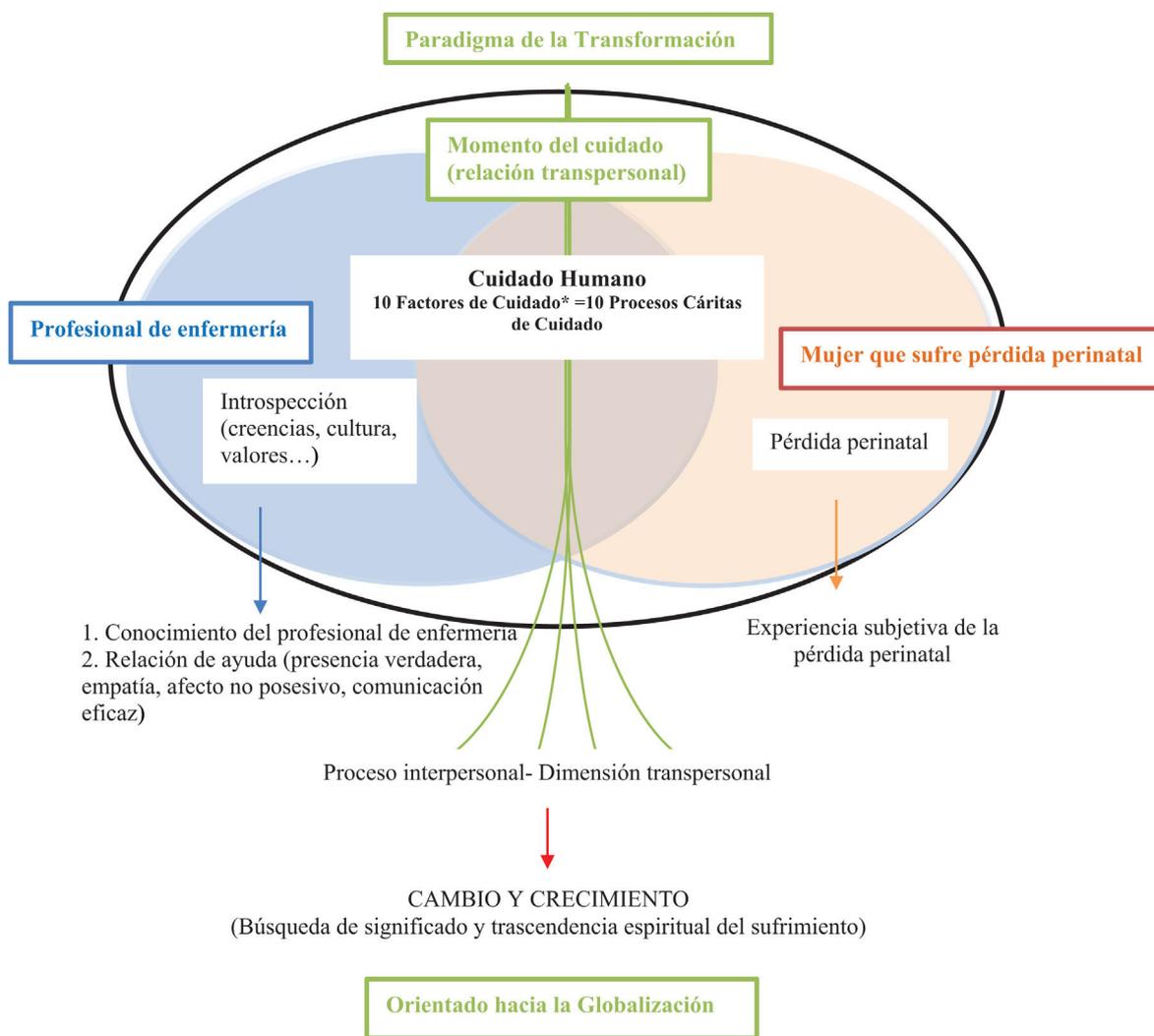
PCC1: Es necesario establecer un ambiente de confianza y seguridad entre la mujer que ha sufrido la pérdida de su hijo/a y el profesional que va a proporcionarle los cuidados. Una enfermera que haga introspección y que se disponga a entender la historia única y subjetiva de la mujer que ha sufrido la pérdida, y que sea capaz de comprender otros sistemas de valores, raza, clase social y generación, estará preparada para dar un cuidado humanizado. Para entender a la mujer en duelo perinatal es imprescindible conocer su historia de vida y qué significaba para ella su hijo/a.

FC2. Inculcación de la fe-esperanza

PCC2: La pérdida perinatal lleva a la mujer a reflexionar sobre la existencia, la trascendencia y el rol que juega en la sociedad. La espiritualidad es un componente innato del ser humano que le permite buscar un sentido a la vida al preguntarse sobre el origen y su identidad, que fortalece las capacidades de adaptación de las distintas situaciones vitales⁴. La relación de ayuda en enfermería tiene como objetivo lograr una estabilidad emocional aceptable y recuperar la esperanza para seguir viviendo del doliente para resituarse en la vida de una manera distinta. Si no es posible cambiar una situación dolorosa, las enfermeras siempre podrán animar a las mujeres a escoger la actitud con la que afrontar ese sufrimiento.

FC3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y los demás

PCC3: La pérdida perinatal provoca en la mujer una turbulencia afectiva que desestabiliza y rompe el equilibrio emocional de esta, por eso es necesario permitir la expresión de sentimientos y ayudar a entenderlos y aceptarlos. En la relación transpersonal enfermera/o-paciente se busca crear un clima en el que la mujer se sienta cómoda para hablar de su hijo/a y llorar su pérdida, desarrollar la habilidad de escucha y presencia verdadera y humanizar al hijo/a



***10 FACTORES DE CUIDADO (FC):**

FC1. 'Formación de un sistema humanístico-altruista de valores'. Enunciado más tarde como *'práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente'*.

FC2. 'Inculcación de la fe – esperanza'. Se convierte luego en *'Ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias es un ser para el cuidado'*.

FC3. 'Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y los demás'. Será redactado más tarde como *'el cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión'*.

FC4. 'Desarrollo de una relación de confianza'. Se convierte en *'Desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza'*. (Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz).

FC5. 'Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos'. Enunciado más tarde como un *'estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida'*.

FC6. 'Uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial'. Se convierte en *'el uso creativo de uno mismo como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso de asistencia'*. (Uso del Proceso de Enfermería como Método Científico en Enfermería).

FC7. 'Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal'. Que deriva en *'Participar de la verdadera enseñanza-aprendizaje que atiende a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro'*.

FC8. 'Provisión del entorno de apoyo, protección y corrección mental, física, sociocultural y espiritual'. Se convierte en *'creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental, de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz'*.

FC9. 'Asistencia en la satisfacción de las necesidades humanas'. A lo que posteriormente denomina *'la asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del Ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger'*.

FC10. 'Reconocimiento de fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales'. Cuidar el alma de uno mismo y de quien debe recibir cuidado.

Figura 1 Teoría del cuidado humano de Jean Watson adaptada al cuidado de la mujer en duelo perinatal.

Tabla 1 Propuesta de cuidado humano apoyada en la teoría de Jean Watson para las mujeres que sufren una pérdida perinatal

	Definición de factor de cuidado	Proceso <i>caritas</i> de cuidado a la mujer en duelo perinatal
1	Formación de un sistema humanístico-altruista de valores	Formación profesional y conocimiento enfermero sobre duelo perinatal Introspección profesional y reflexión sobre la propia cultura, valores, creencias y duelos personales (antes de interacción con mujer en duelo) Práctica de presencia verdadera en relación transpersonal con la mujer doliente Disposición para comprender la historia subjetiva (cultura, valores, creencias, historia de vida, antecedentes) de la mujer en duelo perinatal
2	Inculcación de la fe-esperanza	Reflexión del profesional de enfermería sobre la propia espiritualidad Profundizar en el sentido trascendental que da la mujer a la pérdida de su bebé (elección de un nombre, creación de recuerdos, rituales de despedida, incineración o funeral) Practicar escucha activa y profundizar en qué ha supuesto la muerte del bebé para la mujer Desarrollar capacidades de escucha y de relación de ayuda (evitando dar opiniones o «soluciones» a la situación de la mujer en duelo) Profundizar en la imagen que tiene la mujer sobre sí misma tras la pérdida: en su rol como madre, paciente y miembro de la sociedad (¿estigma de la mujer tras la pérdida perinatal?) Ahondar en la esperanza o motivaciones que presenta la mujer en el presente y en su proyección de futuro (rehacer su vida sin la llegada del bebé, proyecto de un nuevo embarazo, etc.)
3	Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y los demás	Permitir la libre expresión de sentimientos de la mujer que experimenta una turbulencia afectiva tras la pérdida Crear un clima en el que la mujer se sienta cómoda para hablar o llorar su pérdida Utilizar el silencio y tacto terapéutico en la relación interpersonal de confianza creada Evitar actitudes de ocultamiento y dar la opción a la madre de ver, sostener y crear recuerdos (Si la mujer lo desea) regalar ecografías (pérdidas tempranas), sacar fotos del bebé, guardar ecografías o entregar bolsas del recuerdo con huellas o pelo del bebé Humanizar al bebé al llamarlo por el nombre elegido por los padres, preparándolo, vistiéndolo, cubriéndolo con una manta y acunándolo al mostrárselo a la madre
4	Desarrollo de una relación de confianza	Crear una relación de confianza interpersonal que evite que la mujer se sienta abandonada y vulnerable en el proceso de la pérdida Proveer información a la mujer sobre el proceso de la pérdida perinatal y cómo repercute tanto física como emocionalmente Dar la noticia del diagnóstico de la muerte del bebé en un entorno de confianza, sin dudas, con claridad y sensibilidad, propiciando que la mujer se sienta acompañada Proporcionar tiempo a la mujer para expresar sus dudas y aclararlas con información precisa Evitar actitud paternalista Aportar información necesaria a la mujer en un entorno tranquilo y sin prisas, para que tome las decisiones que considere apropiadas respecto a ver o no ver al bebé, a crear recuerdos (fotos, huellas, pelo o ecografías), a donar el cuerpo del bebé, a incinerarlo o a enterrarlo Hacer simples preguntas a la mujer sobre qué elementos le facilitan o impiden la elaboración y resolución del duelo perinatal (¿qué te hace sentir bien?, ¿qué te ayuda a sobrellevar este sufrimiento?, ¿qué hechos te obstaculizan la elaboración del duelo?) Ahondar en los aspectos que son susceptibles de mejora en el cuidado de la mujer: desde el ingreso en una planta determinada hasta el hecho de compartir o no habitación durante el ingreso, etc.

Tabla 1 (continuación)

	Definición de factor de cuidado	Proceso <i>caritas</i> de cuidado a la mujer en duelo perinatal
5	Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos	<p>Promover la expresión de sentimientos tanto positivos como negativos</p> <p>Hablar del sentimiento de culpabilidad respecto al proceso de pérdida perinatal (si este está presente entre los sentimientos de la mujer), o de sentimientos recurrentes: ¿por qué ha pasado?, ¿por qué a mí?</p> <p>Evitar actitudes de sufrimiento en silencio mediante la relación transpersonal de confianza enfermera-paciente</p> <p>Acceder a que la mujer exprese sin censura sentimientos de evitación ante mujeres embarazadas o bebés recién nacidos</p> <p>Permitir que la mujer hable de los recuerdos traumáticos en torno a la pérdida: momento del diagnóstico, nacimiento del bebé fallecido, alta hospitalaria y vuelta a casa sin el bebé</p> <p>Posibilitar que la mujer exprese su agrado o malestar con su propio proceso o con el apoyo recibido por su pareja y familia, los profesionales sanitarios y la sociedad que la rodea</p>
6	Uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial	<p>Evitar seguir protocolos o guías rígidas de cuidado ante la pérdida perinatal</p> <p>Individualizar el cuidado en referencia a la mujer que se está cuidando con todas sus características únicas e irrepetibles</p> <p>Tener en cuenta las necesidades de cada mujer dependiendo de cuándo se ha producido la pérdida perinatal (sin infravalorar los sentimientos de las mujeres que han sufrido pérdidas tempranas)</p> <p>Poner en práctica cuidados humanizados en el hospital en torno a la pérdida perinatal: trípticos de recomendaciones a la mujer en el proceso físico y psicológico de la pérdida perinatal, colocar imágenes de mariposas para diferenciar las habitaciones de las mujeres que han perdido al bebé, colocar una mariposa en la cuna gemelar para tener en cuenta que uno de los gemelos ha fallecido, crear una habitación cálida y cómoda en la que dar información a los padres sobre la pérdida de su bebé, y en la que puedan tener el encuentro con este (si es lo decidido por ellos), para verlo, sostenerlo y despedirse</p> <p>Utilizar el lenguaje creativo y metafórico creado para designar a los bebés que tienen relación con la pérdida, para dar visibilidad y nombre a esta realidad escondida: bebé fallecido: «bebé estrella»; bebé que nace tras la pérdida perinatal: «bebé arcoíris»; gemelo superviviente</p>
7	Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal	<p>Facilitar recomendaciones físicas (sangrado, subida de la leche, experiencia de la mujer con su propio cuerpo) tras el alta hospitalaria</p> <p>Proveer de información y formación en torno al duelo perinatal (explicación de las características de este duelo único y complejo, de cómo afecta el duelo perinatal a la pareja y de cómo a menudo la pérdida es minimizada por la sociedad)</p> <p>Realizar un seguimiento de la mujer en duelo tras el alta hospitalaria y la vuelta a casa, propiciando la comunicación interprofesional y la continuidad de cuidados enfermeros de manera transpersonal</p> <p>Poner a disposición de la mujer recursos que existen en torno al duelo perinatal que podrían ser de ayuda: Grupos de Apoyo a Madres (GAM), asociaciones de apoyo al duelo por la pérdida de un bebé en el embarazo, libros y música sobre el tema, psicólogos especializados en duelo perinatal</p>
8	Provisión del entorno de apoyo, protección y corrección mental, física, sociocultural y espiritual	<p>Dar más información a las propias embarazadas sobre la realidad y existencia de las pérdidas perinatales sin necesidad de crear alarma</p> <p>Hacer a la pareja participe del proceso de duelo y compañero en el sufrimiento de la mujer</p> <p>Proveer a la pareja de información respecto a las diferencias que a veces se producen entre ellos en el proceso de duelo</p> <p>Formación en el duelo perinatal a la familia y entorno, evitando que se den comentarios inoportunos que no validan ni ayudan y son insensibles a la pérdida de la mujer en duelo</p> <p>Sensibilización a la sociedad mediante charlas y ponencias sobre el duelo perinatal, para eliminar este tema tabú y dejar de tratarlo como un duelo desautorizado</p>

Tabla 1 (continuación)

	Definición de factor de cuidado	Proceso <i>caritas</i> de cuidado a la mujer en duelo perinatal
9	Asistencia en la satisfacción de las necesidades humanas	Cuidado físico en el proceso de la pérdida: tratamiento médico con pastillas, legrado, parto o cesárea Control del sangrado Control del dolor Dar recomendaciones y explicar opciones ante la subida de la leche tras la pérdida del bebé Cuidado de la vulnerabilidad de la mujer en la turbulencia afectiva que experimenta
10	Reconocimiento de fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales	Animar a la mujer a darse tiempo para estar triste si lo necesita Animar a la mujer a escucharse a sí misma para saber qué necesita en la elaboración y resolución del duelo Ayudar a la mujer a reflexionar sobre sus sentimientos y el cambio que ha supuesto para ella la pérdida perinatal, y profundizar en el significado que da a esta experiencia de pérdida y sufrimiento

fallecido/a ofreciendo a la madre verlo/a, sostenerlo y crear recuerdos como fotos o huellas.

FC4. Desarrollo de una relación de confianza

PCC4: Para crear una relación transpersonal enfermera/o-mujer en duelo perinatal se recomienda una relación individualizada, que permita el conocimiento de ambas personas en todos los aspectos que abarca el ser humano, evitando actitudes paternalistas y proporcionando información a la mujer sobre el proceso de la pérdida para hacerla sentir menos vulnerable y más segura. Las enfermeras deben facilitar información y opciones de decisión en un entorno tranquilo, respondiendo dudas sin prisas. Es necesario que como profesionales al cuidado entiendan qué elementos facilitan o dificultan la elaboración del duelo perinatal por parte de la mujer.

FC5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos

PCC5: A través de este proceso, se pretende que la mujer que ha sufrido la pérdida perinatal exprese aquello que le parece positivo o negativo o aquello con lo que no está conforme. Para ello, las enfermeras deben animar a la mujer a sentirse libre de expresar los sentimientos desordenados a los que le aboca la pérdida. Algunos de los sentimientos expresados pueden ser de culpabilidad, de evitación y de recuerdos traumáticos en torno a situaciones de la pérdida perinatal.

FC6. Uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial

PCC6: En este proceso el cuidado puede apoyarse en el proceso de atención de enfermería, ya que ayuda al pensamiento crítico, reflexivo y creativo de las enfermeras. Las enfermeras también pueden acudir a revisar las guías y protocolos en casos de pérdida perinatal. Sin embargo, es su responsabilidad que ese cuidado no se sistematice, uti-

lizando la creatividad para humanizar el cuidado en estas pérdidas.

FC7. Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal

PCC7: Se busca conseguir una relación de colaboración por parte de la mujer en su propio proceso de cuidado, facilitando a la mujer en duelo recomendaciones al alta hospitalaria con una visión holística con necesidad de un cuidado individualizado. Además, se debe propiciar que ese cuidado humano sea continuado a nivel interprofesional, garantizando el seguimiento de la mujer en su elaboración del duelo. Es importante hablar con la mujer de que en algunos casos la socialización a la que estamos sometidos puede ser la causa de que la familia y la pareja asimilen unos roles de fortaleza y entereza pasado poco tiempo de la pérdida que, lejos de ayudar a la mujer que ha sufrido una pérdida perinatal a aceptar la situación, la impiden o la dificultan. La muerte de un miembro de la familia constituye un cambio muy importante que afecta al conjunto del grupo familiar en su equilibrio y provoca cambios adaptativos en los otros miembros, que provoca distintos estilos y ritmos en la elaboración del duelo. Puede ser de ayuda para la mujer contar con recursos existentes en torno al duelo perinatal, como los «Grupos de Apoyo a Madres», asociaciones, libros, música, y el contacto con un profesional especializado, como un psicólogo perinatal.

FC8. Provisión del entorno de apoyo, protección y corrección mental, física, sociocultural y espiritual

PCC8: En este PCC se pretende conseguir un lugar externo seguro y crear un ambiente interno de relajación y paz, que dé seguridad a la mujer y le haga sentir menos miedo y vulnerabilidad. Para ello, es necesario aumentar la información relativa al duelo perinatal en el propio embarazo y crear conciencia social ante este duelo. Para proveer a la mujer de un ambiente seguro y de apoyo en todos los niveles, es necesario que su pareja, familia y entorno social sean capa-

ces de cubrir sus necesidades. Por eso, y dado el secretismo y tabú que ha habido durante años en torno a la pérdida perinatal, es importante la educación y formación a la mujer, pareja y entorno social que rodea a la mujer, para proporcionarles herramientas que les ayuden a comprender, validar y acompañar en esta pérdida compleja y olvidada.

FC9. Asistencia en la satisfacción de las necesidades humanas

PCC9: En la relación de cuidado se deberá ayudar a la mujer que ha perdido un hijo/a a satisfacer las necesidades tanto básicas como trascendentales que presente. Para ello se cuidará de los aspectos físicos de la mujer, como el proceso de administración de medicación, el sangrado, el dolor, etc., así como de los aspectos emocionales citados con anterioridad y que resultan necesidades básicas para el bienestar de la mujer en el duelo perinatal.

FC10. Reconocimiento de fuerzas existenciales, fenomenológicas y espirituales

PCC10: Las enfermeras deben cuidarse a sí mismas y protegerse ante los sufrimientos ajenos haciendo introspección en su propia persona y elaborando sus propios procesos de duelo. Así serán capaces de ser un apoyo en los sufrimientos ajenos y cuidar a la mujer en duelo, animándola a permitirse estar triste o escuchase a sí misma para saber qué es lo que quiere o necesita en cada momento del proceso de duelo.

Discusión/implicaciones para la práctica clínica

Con base en los resultados de una investigación cualitativa previa que aplicó la metodología de teoría fundamentada⁸, se evidenció que una persona en duelo perinatal necesita no solo de cuidados e intervenciones físicas inmediatas para su recuperación, sino, además, de cuidado emocional y humano en su proceso de duelo que se prolongará desde el momento de la pérdida hasta que sea capaz de elaborar y resolver el duelo por el hijo/a perdido/a. Las mujeres que viven estos procesos necesitan ser cuidadas teniendo en cuenta a la persona de manera holista^{3,6}.

En las taxonomías NANDA-I, NIC y NOC encontramos etiquetas que pueden ilustrar el plan de cuidados propuesto. Entre los diagnósticos enfermeros NANDA-I podemos identificar: riesgo de duelo inadecuado (00302), riesgo de sufrimiento espiritual (00067) o afrontamiento familiar comprometido (00074). Los resultados NOC más relevantes serían: conducta de la salud maternal posparto (1624), resolución de la aflicción (1304), afrontamiento de problemas (1302) o funcionamiento de la familia (2602). Por último, las intervenciones NIC que mejor pueden describir el plan de cuidados propuesto incluirían: facilitar el duelo: muerte perinatal (5294), facilitar el crecimiento espiritual (5426), apoyo a la familia (9140) y cuidados posparto (6930).

La falta de formación de las enfermeras en torno al duelo perinatal puede mitigarse con teorías de enfermería que permitan aportar cuidados de excelencia y conseguir una mejora en la calidad asistencial^{2,3}. El uso de

la teoría del cuidado humano transpersonal de Watson puede guiar y reforzar a las enfermeras con el fin de proporcionar un cuidado holístico y humanizado a partir del autoconocimiento y del establecimiento de la relación enfermera/o-paciente^{4,5,9}, lo cual fortalece la identidad profesional y crea nuevas perspectivas para una enfermería ética y humana, sin perder la visión de ciencia, pero guiada por los más altos valores humanos¹⁰.

Conclusión

Utilizando como marco la teoría del cuidado humano de Jean Watson, se plantea utilizar los 10 PCC descritos anteriormente y adaptados al duelo perinatal y a la experiencia individual de cada mujer que lo experimenta. A través del cuidado holístico de las enfermeras atendiendo a todos los planos que conforman a la mujer doliente, se propone ayudar a que esta transite por el camino de la elaboración de duelo y la aceptación de la dualidad vida-muerte.

Financiación

Financiación en acceso abierto proporcionada por la Universidad Pública de Navarra.

Consideraciones éticas

La aprobación ética para este estudio se obtuvo del Comité Ético de Investigación Clínica de Navarra (número de identificación: 2016/39). La participación fue libre y voluntaria, con la opción de abandonar el estudio en cualquier momento de la investigación. Todos los participantes firmaron formularios de consentimiento informado y siempre se garantizó la confidencialidad y el anonimato de los participantes mediante el uso de códigos.

Los datos que respaldan los hallazgos de este estudio están disponibles por parte del autor para correspondencia (SFE), previa solicitud razonable.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses y no es aplicable una Declaración Ética en este manuscrito.

Agradecimientos

Los autores expresan su más profundo agradecimiento a las madres que participaron en el estudio.

Bibliografía

1. Rossen L, Opie JE, O'Dea G. A mother's voice: The construction of maternal identity following perinatal loss. *Omega (Westport)*. 2023;1–23 <https://doi.org/10.1177/00302228231209769>
2. Tejero Vidal LL, Barea Millán S. Plan de cuidados de enfermería para el abordaje del duelo perinatal según la teoría del duelo disfuncional. *Caso clínico. Enferm Clin*. 2023;33:149–56 <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2022.12.002>
3. Moreno-Tirado PS, Gil-García E, Tarrío-Concejero L. Cuidados enfermeros en el duelo perinatal. Una revisión

- sistemática y crítica de las actitudes y los conocimientos en la práctica clínica. *Enferm Clin.* 2023;33:327–37 <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2023.06.004>
4. Akbari A, Nasiri A. A concept analysis of Watson's nursing Caritas process. *Nursing Forum.* 2022;57:1465–71 <https://doi.org/10.1111/nuf.12771>
 5. Gunawan J, Aunguroch Y, Watson J, Marzilli C. Nursing administration: Watson's theory of human caring. *Nurs Sci Q.* 2022;35:235–43 <https://doi.org/10.1177/08943184211070582>
 6. Tektaş P, Çam O. The effects of nursing care based on Watson's theory of human caring on the mental health of pregnant women after a pregnancy loss. *Arch Psychiatr Nurs.* 2017;31:440–6 <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.07.002>
 7. Furtado-Eraso S, Escalada-Hernández P, Marín-Fernández B. Integrative review of emotional care following perinatal loss. *West J Nurs Res.* 2021;43:489–504 <https://doi.org/10.1177/0193945920954448>
 8. Furtado-Eraso S. Vivencias de las mujeres que sufren pérdidas perinatales y análisis de la respuesta emocional que se desencadena como consecuencia de la pérdida [tesis doctoral]. Pamplona: Universidad Pública de Navarra; 2021, <http://dx.doi.org/10.48035/Tesis/2454/40990>.
 9. Riegel F, Crossetti MDGO, Siqueira DS. Contributions of Jean Watson's theory to holistic critical thinking of nurses. *Rev Bras Enferm.* 2018;71:2072–6 <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0065>
 10. Guerrero Castañeda RF, Chávez-Urías RA. Momento de cuidado, un encuentro fenomenológico entre enfermera y persona cuidada: reflexión en Watson. *Cul Cuid.* 2020:7–18 <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.58.02>