

# “Un milagro de vida”: de la teoría a la práctica de la enfermería

“A miracle of life”: from theory to practice nursing

“Um milagre da vida”: da teoria à prática de enfermagem

Norma Yaneth Noguera O.<sup>1</sup>  
Andrea Paola Villamizar M.<sup>2</sup>

## RESUMEN

En este artículo se narra la experiencia de cuidado que tuvo una enfermera en su interacción con una pareja que afrontó la muerte de su hijo recién nacido. Esta situación se analiza con base en la teoría de los cuidados de Kristen Swanson. Se centra en los elementos metaparadigmáticos y los procesos o categorías del cuidado.

**Palabras clave:** teoría de enfermería, atención de enfermería, muerte, recién nacido.

## ABSTRACT

This article describes the nursing care experience of a nurse interacting with a couple facing the death of their newborn son. This situation was analyzed from the Kristen Swanson's Theory of Care approach and with the specific conditions of Care and its close relationship with the Care experience called “a miracle of life”.

**Key words:** medical theory, medical attention, death, a newborn.

## RESUMO

Este artigo é sobre a experiências do cuidado de uma enfermeira com um casal quem está enfrentando a morte de seu filho infantil. Este situação é analisada a partir da abordagem da Teoria do Cuidado da Kristen Swanson incluindo as condições específicas de cuidado. Sua relação estreita com a experiência de cuidado se chama “Um Milagre da Vida.”

**Palavras-chave:** teoria de enfermagem, cuidados de enfermagem, morte, infantil.

Recibido: 2013-06-14; aprobado: 2014-04-23

1. Enfermera, especialista en Enfermería Materno Perinatal con Énfasis Familiar, magíster en Enfermería. Profesor asistente, Departamento de Enfermería Clínica, Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: nogueran@javeriana.edu.co
2. Enfermera, magíster en Enfermería Materno Perinatal. Docente instructor, Departamento de Enfermería Salud Colectiva, Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

## INTRODUCCIÓN

Este artículo analiza la experiencia de cuidado que tiene una enfermera en su encuentro con una pareja que afronta la muerte de su hijo recién nacido desde la perspectiva de la teoría de los cuidados de Kristen Swanson. Esta es una teoría de rango medio que instrumentaliza la acción de la práctica y hace que las intervenciones de enfermería se generen de acuerdo con una comprensión mucho más operativa del fenómeno en ocurrencia y no meramente como una forma espontánea y coyuntural que responda de manera aleatoria a las necesidades del sujeto receptor del cuidado de enfermería (1).

Las teorías de rango medio tienen ventajas respecto a las grandes teorías o modelos de enfermería. Su especificidad permite que sean aplicadas sencillamente en el quehacer diario para fundamentar o sustentar la disciplina profesional. Son útiles para orientar la práctica de enfermería, sobre todo en los ámbitos asistencial, educativo e investigativo. Dan mayor significancia social al ejercicio del arte del cuidado, es especial cuando se trata del cuidado de enfermería en la etapa pre y posnatal.

Según Gómez Palencia, la práctica científica de la enfermería requiere la adopción de una teoría que dé significado a la realidad donde se ejecutan los cuidados y de un método sistemático para determinar, organizar, revisar y evaluar las intervenciones del profesional. Además, se reconocen las narrativas como método de análisis e investigación que aportan a las enfermeras un conocimiento profundo del momento-cuidado-persona-situación (2).

A continuación se presenta la situación de enfermería que conlleva al análisis propuesto desde enfermería:

## SITUACIÓN DE ENFERMERÍA

### *Un milagro de vida*

*Era una noche del mes de mayo y me encontraba de turno en el servicio de obstetricia. Estaba realizando mis notas de enfermería cuando ingresó Ana, una paciente de 41 años; venía acompañada de su esposo quien le contenía con voz de aliento y limpiaba suavemente las lágrimas que salían de sus ojos.*

*Ana era una mujer conocida en el servicio de obstetricia, pues dos años atrás había sido atendida por la pérdida de su embarazo. Había tenido cuatro embarazos, los tres primeros finalizaron antes de cumplir 12 semanas de gestación; todo al parecer por un síndrome antifosfolípido y una incompetencia cervical. Hasta ese momento para Ana todo era incertidumbre, y día a día vivía con la esperanza de que nada malo pasaría.*

*En ese momento la desesperanza la acompañaba: tenía un embarazo de 28 semanas (concebido mediante un tratamiento de fertilidad) y consultaba por presentar salida de líquido amniótico. Se hospitalizó e inició medicación para la maduración pulmonar fetal, tratamiento antibiótico, vigilancia de aparición de signos y síntomas de infección y vigilancia del bienestar fetal.*

*El ginecólogo de turno informó a Ana que había una alta probabilidad de parto prematuro por la ruptura de membranas y que por su edad gestacional la posibilidad de sobrevivida del bebé por nacer (Mariana) era mínima. Ana se aferró en los brazos de su esposo buscando consuelo; el ginecólogo y yo nos acercamos. Tomé a Ana de la mano y ella me sostuvo fuertemente buscando apoyo en mí.*

*Como Ana era una paciente conocida yo sabía que tenía fuertes creencias religiosas y antes de iniciar el tratamiento hicimos, junto con su esposo, una oración que alivió un poco el dolor que tenían en su corazón. En ese momento quería que Ana y su esposo me vieran como apoyo y fortaleza ante su dolor.*

*Durante la noche Ana estuvo inquieta y angustiada, su rostro y el de su esposo no sonreían, aunque él se veía un poco más fuerte. Al finalizar el turno, Ana se despidió con voz pausada y con desánimo. El esposo se me acercó, me agradeció y me pidió que orara para que todo saliera bien y el embarazo se pudiera prolongar. Entregué turno a mis compañeras; a ellas y a mí nos preocupaba la situación. Sabíamos que había alto riesgo de pérdida del embarazo y que las posibilidades de una nueva gestación viable eran pocas.*

*La noche siguiente cuando llegué al hospital, Ana no estaba en su habitación. Mi colega me informó que estaba en cesárea porque tenía una infec-*

*ción intraamniótica. Aproximadamente una hora después de haber recibido turno, Ana regresó al servicio llorando y nos dijo: “quisiera dormir y despertar hasta cuando todo esté en calma, junto a Mariana”. Mariana fue llevada a la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal. Por la edad gestacional no tenía una adecuada maduración pulmonar, era pequeña, de bajo peso y tenía una infección pulmonar.*

*Ese día a medianoche el neonatólogo se acercó a Ana y a su esposo, les comentó el estado de Mariana y les informó las posibles complicaciones. Ana cada vez estaba más abrumada; pasé por su habitación y me comentó que tenía mucho dolor físico pero que el dolor del corazón era mucho más fuerte. Brindé los cuidados necesarios para disminuir su dolor físico, hablé con ella por largo rato y le apoyé manteniendo la fe, haciéndole ver que debía mantenerla ahora más que nunca como siempre la había tenido. Ana intentaba conciliar el sueño pero el imaginar qué pudiese pasar con Mariana no la dejó dormir esa noche.*

*En la mañana Ana y su esposo se veían cansados, agotados, pero la ilusión de ver a Mariana los reconfortaba. Me despedí de Ana, tomé su mano y le dije que no se preocupara, que todo saldría muy bien. Salí de la habitación y el esposo de Ana una vez más me agradeció por el acompañamiento y el apoyo; con esas palabras del esposo de Ana entendí que lo que yo estaba haciendo era muy importante para ellos y para mí.*

*Justo antes de salir de la institución hospitalaria pasé a la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal y mi colega me informó que Mariana cada vez decaía más y que no sabían si iba a soportar.*

*A la mañana siguiente llamé a la institución hospitalaria y pregunté por Mariana, pero las noticias no eran buenas: su estado de salud estaba empeorando. Ese día me correspondía turno, pero no pude asistir; así que no pude saber qué había pasado esa noche.*

*En la noche llamé a la enfermera que me estaba reemplazando para saber cómo iba todo. Ella me comentó que Mariana había muerto en la tarde: la poca edad gestacional y la infección no permi-*

*tieron que siguiera luchando. Supe que Ana y su esposo estaban muy afectados. En este momento se veía frustrada la ilusión de ser padres y la tristeza se acentuaba cada vez más.*

*Cuando volví a turno Ana ya no estaba, pero sabía que ella y su esposo tenían un inmenso dolor en sus corazones. A la semana siguiente Ana nos envió una carta en agradecimiento por el acompañamiento y el apoyo brindados por parte de las enfermeras, las auxiliares de enfermería y los médicos.*

*Días después, cuando Ana ya se sentía un poco más recuperada de la pérdida de Mariana, volvió a la institución hospitalaria, nos agradeció por haber estado acompañándola en momentos tan difíciles y nos contó que junto con su esposo habían renunciado a la posibilidad de ser padres.*

*Ocho meses después Ana volvió a la institución hospitalaria y nos contó que Dios había obrado un milagro en ella, pues estaba embarazada sin buscarlo. En esa ocasión no hubo tratamiento de fertilidad, solo el azar de la vida que ahora les daba una nueva oportunidad.*

*Ese embarazo transcurrió con muchos más cuidados que los anteriores, siempre que consultaba estuve presta a brindarle educación a partir de mi conocimiento, a brindarle apoyo y a permitirle acrecentar su fe en Dios para que todo llegara a un feliz término. Finalmente Ana, su esposo y la colaboración de todos nosotros lograron que la gestación llegara a las 37 semanas y así fue como llegó Milagros: un sueño hecho realidad para esta pareja.*

## **TEORÍA DE LOS CUIDADOS DE KRISTEN SWANSON**

En 1991 Kristen Swanson describió la teoría de los cuidados. Esta es una teoría de mediano rango de cuidado que se derivó empíricamente mediante investigación fenomenológica en tres contextos de enfermería perinatal, donde se experimentó el fenómeno de los cuidados (3, 4). La primera investigación describe el cuidado según la experiencia de 20 mujeres que habían tenido pérdidas recientes de la gestación (aborto espontáneo); la segunda valora el cuidado en 19 padres y profesionales de la salud

en la unidad de cuidados intensivos neonatales, y la tercera describe el cuidado por medio del recuerdo de 8 madres jóvenes en riesgo social, que habían sido receptoras de intervenciones de enfermería de salud pública de larga duración (5).

Con base en estos tres estudios, Swanson identificó empíricamente y descubrió cinco categorías o procesos de cuidado: conocer, estar con, hacer por, capacitar y mantener la confianza. Según esto, el cuidado requiere específicamente *conocer* o tratar entender un hecho con significado en la vida del otro; *estar* con el otro, es decir, estar emocionalmente presente con el otro; *hacer por* el otro o hacer cuanto el sujeto haría por sí mismo(a) si fuera posible; ayudar a o facilitar el paso del otro por transiciones de la vida o por situaciones desconocidas; *capacitar* o lograr que el otro esté informado o conozca acerca de su estado de salud y de los procedimientos que se le deben realizar; y por último, *mantener la confianza*, que se refiere a la capacidad del otro de salir adelante a través de un hecho o transición, y dar la cara a un futuro pleno (6). Además, derivó inductivamente la definición de cuidado como una forma sustentadora de relacionarse con otro, hacia quien uno tiene un sentimiento personal de compromiso y responsabilidad (5).

En 1993, Swanson desarrolló aún más la teoría de los cuidados, haciendo explícitas sus principales asunciones sobre los cuatro fenómenos de interés en la disciplina enfermera: persona, entorno, salud y enfermería (7).

- › Las personas son seres únicos que están en proceso de creación y cuya integridad se completa cuando se manifiestan en pensamientos, sentimientos y conductas. Son seres dinámicos, espirituales y en crecimiento permanente, que se autorreflejan y anhelan estar conectados con otros. Swanson postula que las experiencias vitales de cada individuo están influidas por una compleja interacción de una herencia genética, el legado espiritual y la capacidad de ejercer el libre albedrío (7).
- › El entorno para la enfermera es cualquier contexto que influye o que es influido por la persona; los campos de influencia son múlti-

ples e incluyen la cultura, la política, lo social, lo biofísico, lo psicológico y lo espiritual (7).

- › La salud y el bienestar son definidos como vivir la experiencia subjetiva llena de significado de la plenitud que implica una sensación de integridad y de desarrollo, donde todas las facetas del ser pueden expresarse libremente. Estas facetas incluyen lo que lo hace humano: espiritualidad, pensamientos, sentimientos, inteligencia, creatividad, capacidad de relacionarse, lo femenino, lo masculino y la sexualidad, por nombrar algunas. El restablecimiento del bienestar es un complejo proceso de cuidados y curación que incluye desprenderse del dolor interno, establecer nuevos significados, restaurar la integridad y salir con un sentimiento de renovada plenitud (7).
- › La enfermería es la disciplina concedora de los cuidados para el bienestar de los otros, fundamentada por el conocimiento empírico propio y de otras disciplinas relacionadas, así como por el conocimiento ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia asistencial y los valores y expectativas personales y sociales (7).

Esta teoría se encuentra íntimamente relacionada con el cuidado que ejerce la enfermería en el contexto perinatal. Es útil en la investigación, la educación y la práctica de enfermería en su contexto clínico y colectivo pues aborda al individuo y a su familia de forma holística. Por esto, es relevante utilizarla para analizar la situación de enfermería denominada “Un milagro de vida”.

## ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE ENFERMERÍA

La contextualización y descripción de las situaciones de enfermería hacen parte invaluable del conocimiento y avance de la disciplina. Resultan útiles para desarrollar el cuidado en la población en todos sus contextos y como insumo para mejorar la práctica. Es así como enfermería a través de la experiencia de cuidado conoce al “otro” como ser humano y fomenta en éste el reconocimiento principal como un cuidador que se expresa de una manera única en su vivir y crecer en el cuidado,

y es en esta situación donde la enfermera atiende llamadas de cuidado, crea respuestas que nutren a la persona y aportan dentro de un proceso de atención salud-enfermedad en todas las situaciones de la vida, llegando a identificar la totalidad del conocimiento estético de enfermería (8).

En la situación “Un milagro de vida”, la enfermera expresa su cuidado cuando atiende a Ana, quien vivenció y experimentó momentos difíciles durante sus gestaciones anteriores. Esta situación comprende también el deseo que comparte Ana con su esposo de ser padres dentro de una dinámica socialmente aprobada según la cual una pareja debe continuar su descendencia, y un actual proceso de hospitalización, donde su hija planeada y esperada nace antes de término y fallece.

La muerte de un recién nacido o neonato, entendida como el fallecimiento de un hijo gestado durante el tiempo habitual de la gestación o inferior, es una experiencia devastadora para los padres. Por tanto, exige acompañamiento, escucha y seguimiento por parte del equipo de salud tanto del contexto clínico que enmarca el proceso actual de parto y muerte de ese hijo anhelado, como ese acompañamiento previo y posterior al evento en la atención primaria brindada a la mujer y su pareja desde el control prenatal.

En esta situación, los profesionales de enfermería, como cuidadores de la salud, están llamados a implementar intervenciones útiles para que los padres puedan sobrellevar y superar esta situación personal y familiar, a acompañarlos en aquellas posibles alteraciones emocionales, físicas y sociales. Es indispensable que en la práctica de enfermería, en los ámbitos hospitalarios y comunitarios, se asuma el cuidado con un referente teórico que permita perfeccionar la práctica mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos. Además, encadenar cada una de las intervenciones desde la preconcepción hasta la crianza del hijo recién nacido, integrando a este trinomio (madre-padre-hijo) en cada una de sus esferas biopsicosociales, que finalmente logra enfrentar a la población en los posibles resultados de la concepción y en el análisis de las calidades de vida del recién nacido, sus padres y aquel entorno familiar al cual es esperado (9).

## Conceptos del metaparadigma

Partiendo de los conceptos del metaparadigma definidos por Swanson y aquellos identificados en la narrativa, se pueden establecer las siguientes similitudes:

- › Para la enfermera, la persona es un ser integral, único y dinámico que se encuentra en proceso de crecimiento y experimenta pensamientos, conductas y sentimientos. Teniendo en cuenta la situación en la que se encuentra Ana, se identifican necesidades de cuidado de tipo fisiológico, emocional, físico, espiritual y educativo.
- › El entorno es el contexto donde se encuentra la persona; en este caso, está influenciado por la pareja y el personal de salud, quienes constituyen fuentes de apoyo y ayuda para Ana e influyen de forma positiva en la recuperación y elaboración del duelo tras la muerte del recién nacido.
- › La salud se refiere al nivel máximo de plenitud del ser, que implica la sensación de integridad y desarrollo en todos los roles de la vida. Se concibe como el logro del máximo bienestar que permita alcanzar el término del embarazo y lograr un recién nacido sano, así como el restablecimiento del bienestar después de la pérdida.
- › La enfermería se identifica como disciplina enfocada en la búsqueda del bienestar del sujeto de cuidado, teniendo en cuenta los patrones del conocimiento de la disciplina: empírico, ético, personal y estético; además en el cuidado de enfermería existe un sentimiento de compromiso y responsabilidad.

En cuanto a los patrones del conocimiento, Carper propuso cuatro formas de conocer propias de la enfermería: empírica o ciencia de la enfermería, cuyas expresiones son la teoría científica, los modelos para la práctica, la explicación y predicción de hechos; ética o conocimiento moral de la enfermería, caracterizada por expresiones de teorías éticas, códigos, normatividades y estándares; de conocimiento personal, expresado por ser sí mismo y ser; y estética o el arte de la enfermería, que se manifiesta por el acto artístico (1).



acompañamiento, informando, explicando, apoyando, dando validez a los sentimientos, generando alternativas, pensando las cosas detenidamente y brindando realimentación (7). Implica brindar entrenamiento, información y explicación al otro; permitirle tener su experiencia, asistirlo en el enfoque sobre asuntos importantes, ayudarlo a generar alternativas, guiarlo hacia una consideración detenida de las cosas, ofrecer realimentación y validar su realidad (3).

En la narrativa, la enfermera brinda educación a Ana con el fin de asegurar el bienestar del nuevo embarazo; la educación se basa en el conocimiento científico sobre los cuidados en el embarazo y signos de alarma, el apoyo emocional y espiritual. Además se puede identificar que la enfermera ayuda para que Ana y su esposo afronten la primera etapa del duelo ante el nacimiento de un hijo pretérmino.

- › *Mantener la confianza* implica sostener la fe y las capacidades que el otro tiene para sobreponerse a eventos o a una transición y afrontar el futuro con un nuevo sentido que inicia y se mantiene con el cuidado de enfermería (3). En la narrativa se puede apreciar que la enfermera enfoca el *mantener la confianza* en la fe en las creencias religiosas; además, muestra actitud de esperanza y optimismo frente a la situación. Utiliza la oración y las creencias religiosas como estrategias de afrontamiento para prevenir o aliviar las consecuencias negativas de sucesos estresantes que vivencia la pareja.

El análisis anterior indica que el cuidado de enfermería se caracteriza por la actitud filosófica de la enfermera, la comprensión, los mensajes verbales y no verbales, las acciones terapéuticas y las consecuencias de los cuidados (11). Esto se puede evidenciar claramente en la situación de enfermería “Un milagro de vida”.

## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

En la narrativa, se puede identificar que cuando la llegada de un hijo planeado y deseado se ve truncada y este fallece, los padres deben afrontar nuevas emociones. En lugar de alegría han de asumir lo inesperado y el dolor de la pena, lo que

los lleva a un choque emocional repentino. Por tal motivo, el cuidado de enfermería se debe brindar de forma holística e integral, teniendo en cuenta que su fundamentación teórica responde a la estructura del conocimiento de la disciplina y no es un “conjunto de actividades aisladas”.

En la narrativa “Un milagro de vida”, la enfermera del servicio de obstetricia buscaba con sus intervenciones de cuidado comprender la experiencia, informar, *estar con el otro*, *mantener la confianza*, disminuir el dolor, la frustración y demás sentimientos negativos frente a la vivencia, lo cual persigue el bienestar biopsicosocial y espiritual de la persona cuidada. En ese sentido, se cumple la afirmación de Swanson según la cual la capacidad del receptor de darle sentido o significado (asimilar o integrar un evento de la vida) y experimentar bienestar debe mejorar con la recepción del cuidado proporcionado por un proveedor que esté informado acerca de las respuestas humanas comunes a un problema específico de salud. En este caso, si las mujeres participan en discusiones focalizadas en su pérdida con un proveedor de cuidado y si las mujeres se sienten comprendidas, aceptadas, atendidas, valoradas, informadas y en confianza, ellas experimentarán mejor bienestar y mayor aceptación de la pérdida en sus vidas (12).

En la situación de enfermería analizada, se observan claramente las siguientes intervenciones:

- › Identificación de la paciente, su pareja y su hijo por nacer como una familia que requería cuidado de enfermería.
- › Escucha activa a partir del interrogatorio habitual y de procesos de comunicación asertivos.
- › Atención integral con Ana y su pareja a partir del compartir creencias y valores trascendentales para su desarrollo integral, es decir, como personas, padres y familia.
- › Comunicación terapéutica con el fin de brindar apoyo emocional y espiritual a Ana y su pareja.
- › Manejo del dolor farmacológico y no farmacológico con medidas físicas.
- › Educación sobre cuidados para Ana y para su hijo por nacer.

En esta situación, los profesionales de enfermería están llamados a implementar intervenciones útiles para que los padres puedan sobrellevar y superar esta situación familiar y personal con un mínimo de alteraciones emocionales, físicas y sociales. Además, es necesario conformar grupos interdisciplinarios tanto en el ámbito asistencial como el comunitario con el fin de abordar de manera integral la posible pérdida de un hijo por nacer o la pérdida en sí. Esto permitirá formular estrategias, establecer redes de apoyo y de entrenamiento para ese equipo que debe estar en la capacidad de brindar un cuidado específico a cada situación (13). De igual manera, es conveniente crear un espacio colectivo “ético” que proporcione la expresión de sentimientos por parte del equipo de salud y directamente de aquellos que brinden el cuidado y apoyo a la mujer y su familia, dado que produce acumulación de tensiones que a posteriori pueden afectar el desempeño en el acto de cuidado (13).

Dentro de las acciones de enfermería y como parte del cuidado, es necesario continuar el seguimiento a la familia con su hijo ya fallecido, no solo el aspecto de atención hospitalaria, sino hacerlo extensivo a ese ámbito comunitario familiar en el cual la mujer y su pareja sean el eje principal del cuidado, fortaleciendo la red de apoyo y a la vez mostrando las rutas dentro del servicio de salud que contemplen sus expectativas como la planeación de un nuevo hijo u otras opciones de manejo del estado de salud que permitan dilucidar el porqué de la situación.

Además, como lo señala Díaz (14) en una investigación realizada en madres con pérdidas espontáneas en primer trimestre, el personal responsable del cuidado debe reconocer que el efecto psicosocial y el manejo del duelo por la pérdida varía si es la primera vez o si ya ha sucedido en otras ocasiones, el trimestre de gestación en que se presenta, y aún más las consecuencias para el ego, es decir, las implicaciones con relación a otras personas y su bienestar, a la estima social, personal, los valores morales, los ideales, los significados y las ideas.

## RESULTADOS

Con las intervenciones de enfermería realizadas se logró inicialmente contener la descarga de emociones negativas desencadenadas por la

ruptura de membranas y luego por la pérdida del hijo planeado y anhelado. Mediante la escucha activa y la intervención en las necesidades identificadas en el grupo familiar, Ana pudo expresar sus sentimientos ante la pérdida. Recibió acompañamiento en el proceso de duelo para minimizar las repercusiones en el ser del grupo.

La relación terapéutica fundamentada en la empatía, el respeto, la confianza y el autoaprendizaje facilitó la toma de decisiones respecto al deseo de la paternidad y maternidad. Adicionalmente, a pesar de que no se lograron los resultados esperados en el primer encuentro, Ana y su pareja egresaron de la institución hospitalaria agradecidos y satisfechos con el cuidado brindado por el personal de enfermería y el personal médico. Finalmente, la consecución de una nueva gestación de manera espontánea puso en evidencia un ambiente ideal para alcanzar el feliz término.

Al analizar la narrativa y específicamente el cuidado brindado por la enfermera, se hace evidente que la práctica de enfermería es el resultado de un entendimiento compartido de aspectos empíricos, disciplinares, éticos y humanísticos, reflejados en el mantenimiento de las creencias, el conocer, el estar con, el hacer para y el permitir del otro.

Es indispensable que en el momento de brindar cuidado los profesionales de enfermería apliquen en su quehacer diario teorías de rango medio para fundamentar o sustentar la disciplina profesional y orientar las intervenciones. Como lo señala Gesteira (15), es necesario comprender la diferencia entre el proceso de duelo ante la pérdida voluntaria de una gestación y una pérdida involuntaria. Para ello es importante contar con la intervención integral de un equipo interdisciplinario con el fin de proponer y planear estrategias que permitan un abordaje específico para cada una de las situaciones.

## CONCLUSIONES

Es importante resaltar que el ejercicio diario del profesional de enfermería en el ámbito clínico y comunitario merece especial conocimiento en relación con la teoría y la práctica. Eso se evidencia en la necesidad de brindar apoyo y acompañamiento a la mujer, su pareja y su familia como

estrategia del cuidado en pro del ejercicio de la maternidad o de las situaciones que se presenten en salud sexual y reproductiva.

Es necesario articular las acciones y pensamientos para identificar los factores protectores y de riesgo en los abordajes de las pérdidas perinatales, los cuales permitan en el ámbito hospitalario articular las actividades de cuidado desde la salud hasta la enfermedad y brindar una atención integral en las situaciones positivas o negativas en salud reproductiva (16). Por último, el trabajo articulado e interdisciplinario del equipo de salud permite ofrecer un abordaje integral a la mujer (17), su pareja y su familia, con el fin de brindar apoyo biopsicosocial en cada una de las situaciones que se presenten, lo cual posiciona al profesional de enfermería como eje articulador para el cuidado de las personas que lo requieran.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Duran MM. Marco epistemológico de la enfermería. Aquichan [Internet] 2009 mayo [consultado octubre de 2012]; 2 (2): 7-18. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/17/34>
2. Gómez Palencia IP. Técnica de la narrativa en enfermería, patrones de conocimiento y abordaje teórico. Rev.cienc.biomed. 2012; 3 (1): 174-79.
3. Swanson KM. Nursing as informed caring for the well-being of others. Image: Journal of Nursing Scholarship [Internet] 1993 [consultado febrero de 2013]; 25 (4): 352-57. Disponible en: [http://nursing.sites.unc.edu/files/2012/11/ccm3\\_032549.pdf](http://nursing.sites.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032549.pdf)
4. Potter P. Fundamentos de enfermería. 5 ed. España: Elsevier Science; 2004.
5. Swanson K. Empirical development of a middle range Theory of caring. Nursing Research [Internet] 1991 mayo-junio [consultado febrero de 2013]; 40 (3): 161-66. Disponible en: <http://www.ncnurses.org/dotAsset/113036.pdf>
6. Páez R. Ética de las virtudes de enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2000 enero a diciembre; 8 (1-4): 60-8.
7. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 6 ed. España: Elsevier Mosby; 2008.
8. Boykin AC, Schoenhofer S. Nursing as caring: a model for transforming practice. New York: National League for Nursing; 1993.
9. González D. Teorías de enfermería para el abordaje del cuidado de personas en situación de enfermedad crónica. Revista Ciencia y Cuidado [Internet] 2006 [consultado enero de 2013]; 3 (3): 69-82. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2533970>
10. Báez J, Nava V, Ramos L, Medina O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Aquichan. 2009; 9 (2): 127-34.
11. Swanson KM. Effects of caring, measurement, and time on miscarriage impact and women's well-being. Nursing Research [Internet] 1999 noviembre-diciembre [consultado febrero de 2013]; 48 (6): 288-98. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10571496>
12. López AP, Suazo JI. Brazos vacíos: un programa de enfermería de salud mental de acompañamiento en duelo perinatal desde un centro de salud mental. 25 años cuidando contigo: un recorrido en los cuidados en salud mental [Internet] 2008 [consultado mayo de 2013]. Disponible en: [http://www.umamanita.es/Contenidos/Profesionales/Brazos\\_vacios.pdf](http://www.umamanita.es/Contenidos/Profesionales/Brazos_vacios.pdf)
13. Pastor S, Romero JM, Toledano AC, Paramio JC, Carnicer C, Paloma O, et al. Abordaje de las pérdidas perinatales. Un enfoque desde la investigación acción participativa. Biblioteca Lascasas [Internet] 2011 [consultado junio de 2013]; 7 (1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lco579.php>
14. Díaz V, García ME, Marín D, Campo E. La construcción social del duelo en el aborto espontáneo. Metas de Enfermería [Internet] 2010 [consultado junio de 2013]; 13 (6): 25-32. Disponible en: [http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo\\_busqueda=EJEMPLAR&revista\\_busqueda=2354&clave\\_busqueda=246015](http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=EJEMPLAR&revista_busqueda=2354&clave_busqueda=246015)
15. Gesteira SM, Barbosa L, Endo PC. O luto no processo de aborto provocado. Acta Paul. Enferm [Internet] 2006 [consultado junio de 2013] 19 (4): 462-67. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002006000400016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000400016&lng=en&nrm=iso)
16. Tejedor JC, López de Heredia J, Herranz N, Nicolás P, García F, Pérez J. Recomendaciones sobre toma de decisiones y cuidados al final de la vida en neonatología. Anales de Pediatría (Barc). 2013; 78(1 3): 190.
17. Fernández-Alcántara M, Cruz-Quintana F, Pérez-Marfil N, Robles-Ortega H. Factores psicológicos implicados en el duelo perinatal. Index Enferm [Internet] 2012 junio [consultado marzo de 2013]; 21 (1-2): 48-52. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962012000100011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100011&lng=es)