

Treball social i pèrdua perinatal: relat en primera persona¹

Social work and perinatal loss: a first-hand narrative

A la Lola. A en Marco.

Elisa Esteban-Carbonell²

ORCID: 0000-0002-1639-875X

Enrique Carnicero-Hernández³

ORCID: 0000-0001-9443-3656

Recepció: 26/07/24. Revisió: 26/09/24. Acceptació: 03/10/26

Per citar: Esteban-Carbonell, Elisa, i Carnicero-Hernández, Enrique. (2024). Treball social i pèrdua perinatal: relat en primera persona. *Revista de Treball Social*, 227, 41-60. <https://doi.org/10.32061/RTS2024.227.02>

Resum

El treball social té el camp d'acció en l'àmbit de la salut i, dins d'aquest, en l'acompanyament a les famílies en el dol. No obstant això, quan parem l'atenció en el dol perinatal, el treball social té poc recorregut. Aquest tipus de dol té una sèrie de característiques que el fan particular i també roman invisible a la societat. És per això que, a l'article present, es vol reflexionar sobre la importància que té la nostra disciplina per a la intervenció amb famílies i, en particular, amb dones que han experimentat una pèrdua perinatal. Per fer-ho, es parteix d'un cas concret i, a partir d'un relat autobiogràfic, s'analitza el paper (o l'absència) del treball social en aquest àmbit d'estudi. L'anàlisi reflecteix l'absència de protocols d'intervenció i el desplegament necessari de professionals del treball social (amb la deguda formació necessària) per treballar amb dones que han sofert una pèrdua perinatal.

Paraules clau: Salut, pèrdua perinatal, interrupció mèdica, acompanyament.

1 Agraïments a tot el personal de CHU Brugmann de Brussel·les i, de manera especial, a la Teresa, l'Eleonora i la Christine.

2 Doctora en Sociologia de les Politiques Públiques i Socials. Graduada en Treball Social. Professora ajudant doctora a l'Àrea de Treball Social i Serveis Socials de la Universitat de Saragossa. estecar@unizar.es

3 Màster en Teràpia Familiar Socioeducativa. Llicenciat en Psicologia. Psicòleg i professor substituït a l'Àrea de Psicologia Evolutiva i de l'Educació de la Universitat de Saragossa. kikecar@gmail.com

Abstract

Social work operates within the field of health and, in said sphere, in providing support to families in times of grief in particular. However, when it comes to perinatal loss, social work has seen limited development. This type of grief has unique characteristics that set it apart, yet it remains largely invisible within society. Consequently, this article aims to reflect on the importance of social work intervention when it comes to supporting families and, in particular, women who have experienced perinatal loss. To do so, the discussion is based on a specific case and, drawing from an autobiographical account, analyses the role (or lack thereof) of social work in this area. The analysis reveals the absence of intervention protocols and highlights the urgent need for trained social work professionals to support women who have experienced perinatal loss.

Keywords: Health, perinatal loss, medical termination, support.

Introducció

El dol pot ser entès com la pèrdua d'un familiar o ésser estimat i les conseqüències que, des del punt de vista psicoafectiu, genera aquesta pèrdua, així com el procés que es desencadena (Bourgeois, 1996). Aquesta concepció de dol identifica dos aspectes. D'una banda, les conseqüències i, d'altra banda, el procés del dol.

Per la seva banda, Vargas (2003) identifica, a partir de diversos autors, tres etapes o fases en el dol: d'impacte, de "replegament" o depressiva i de recuperació.

Altres autors com Bowlby (1993) estan d'acord que el dol travessa quatre etapes: 1) d'atordiment o de xoc; 2) d'anhel i cerca; 3) de desorganització i desesperació; i 4) de reorganització. En aquest sentit, com afirma López (2011), són molts els autors i les autores que s'han interessat a formular teories sobre les fases o etapes del dol.

A més de les fases del dol, també és habitual identificar diferents tipus de dol en funció de la seva intensitat (Vargas, 2003). És a dir, ens trobem amb un dol "normal" davant d'un altre "patològic" o complicat (Cabodevilla, 2007).

D'altra banda, López suggereix que "unes certes normes socials tàcites orienten sobre qui pot i ha de fer el dol, com, per qui i durant quant de temps" (2011, p. 55). No complir aquestes normes socials pot donar lloc al fet que els qui estan travessant un dol el visquin des de la solitud i, en conseqüència, sense comptar amb els suports necessaris.

En aquest punt, convé centrar l'atenció en un tipus particular de dol: el dol perinatal. Mejías afirma que es tracta d'un dol diferent del produït per altres pèrdues:

en tant que es perd un somni, tot un projecte de futur, i es viu amb sensació de fracàs biològic (...). A més, es veu envoltat d'un clima de solitud a causa de la falta de comprensió per part de l'entorn familiar i social (inclòs el sanitari) i per això entra dins de la categoria de dol desautoritzat (2012, p. 53).

Els dols desautoritzats són aquells que no estan socialment reconeguts o acceptats (Vicente, 2014). En aquest sentit, els dols per morts perinatals no solen ser públicament reconeguts ni socialment expressats (Cassidy et al., 2009).

Una altra característica del dol perinatal és ser considerat un tipus de "dol oblidat" (Mejías, 2012), tant pel sistema sanitari com per la mateixa parella. D'una banda, des de la sanitat aquest tipus de dol s'ha negat durant molt de temps i, d'altra banda, la negació per part de qui ho viu i el pas del temps no contribueixen a guarir-lo. Aquesta mateixa autora identifica alguns dels símptomes més freqüents que experimenta la parella i, en particular, la dona, i són:

- Tristesa.
- Alta emotivitat (culpa, ràbia, ira).

- Vulnerabilitat.
- Sensació de buit.
- Rumiament sobre el que ha passat.
- Evitació social.
- Ambivalència de sentiments davant d'una nova gestació.
- Al·lucinacions de dolor.

Interessants són també les característiques que identifiquen Gómez-Ulla i Contreras (2022). En primer lloc, igual que altres autors i autores, assenyalen que es caracteritza per l'aparició del silenci, tant per part de la societat en general, com de les institucions en particular. I aquest silenci s'incrementa quan la mort del bebè es produeix com a efecte d'un avortament provocat o després d'un diagnòstic de malformació o anomalia congènita. Un silenci que va unit a una incomoditat de no saber com tractar o actuar amb la família. Cosa que condueix al fet que sigui un dol desautoritzat.

En segon lloc, es tracta d'un dol inesperat i impensable. No sol ser un escenari present en la ment dels pares i a més, habitualment, els esdeveniments succeeixen de manera ràpida, la qual cosa condiona encara més aquest dol, fent que el trauma sigui present i la condició traumàtica condioni el dol (Gómez-Ulla i Contreras, 2022).

En tercer lloc, aquest dol va acompanyat del sentiment de culpa. Encara que aquesta característica no és pròpia del dol perinatal, sinó que sol aparèixer en gairebé tots els dols. Com assenyalen les autores, "la irreversibilitat de la mort ens empeny a revisar la relació amb l'ésser estimat" (Gómez-Ulla i Contreras, 2022, p. 61).

En quart lloc, influeix l'atenció dels professionals en el dol de la família. El temps transcorregut entre el naixement i la mort és relativament curt, però molt transcendent. El que succeeix en aquest període és clau i aquí entra en joc el paper dels i les professionals.

En cinquè lloc, es tracta d'un esdeveniment d'enorme impacte emocional i les persones que el viuen travessen un estat de xoc que fa que, de vegades, els costi assimilar la notícia, no retinguin informacions i es vegin incapaces de prendre decisions, entre altres dificultats.

En sisè lloc, són molt importants els "missatges emmarcadors" i que condicionaran la visió de les coses o la posició vital davant d'aquestes. És a dir, aquells missatges que arriben en un moment de crisi. Que un professional en el moment del part li digui a la dona "no miris" o "fetus" en lloc de "bebè" tindrà un impacte en la dona.

En setè lloc, hi ha un buit entorn de la identitat dels qui han viscut un dol perinatal. No existeix un terme per anomenar els qui perden un fill com sí que n'hi ha per als qui perden un progenitor (orfe o òrfena) o un cònjuge (vidu o vídua).

En vuitè lloc, el dol perinatal implica un procés de transcendència, de canvi. D'alguna manera, Gómez-Ulla i Contreras (2022) sostenen que es produeix un "creixement" en el sentit que molts pares volen fer del seu dolor alguna cosa que serveixi a uns altres.

I, finalment, en aquest dol també entra en joc l'espiritualitat de cadascú (sigui religiosa o no). De vegades, la pèrdua perinatal condueix a un replantejament d'aquesta espiritualitat.

En qualsevol cas, cal puntualitzar que el dol perinatal es produeix després de la mort o pèrdua perinatal. Des d'un punt de vista mèdic, es considera avortament quan la pèrdua es produeix abans de la setmana 21 de l'embaràs, mentre que la pèrdua perinatal té lloc des de la setmana 21 fins al primer mes de vida (Espinosa, 2001, citat a Vicente, 2014). Hi ha diferents escenaris o circumstàncies que originen aquesta pèrdua perinatal i que són (López, 2011): avortament espontani (pèrdua abans de la setmana 12 de gestació); avortament voluntari (terminació de l'embaràs per voluntat pròpia); interrupció voluntària de l'embaràs per problemes del fetus o amenaça per a la salut materna; reducció selectiva en embarassos múltiples; nascut mort (pèrdua per mort intrauterina o intrapart); pèrdua en embarassos múltiples i pèrdua del nounat.

Aquest article se centra en la interrupció voluntària de l'embaràs per problemes del fetus o amenaça per a la salut materna, que es produeix quan els pares han de prendre la decisió d'interrompre l'embaràs pel fet que el bebè presenta una malformació o malaltia. En aquesta decisió entren en joc sentiments oposats (alleujament i dolor) que fan fins i tot més difícil la presa de decisió. Aquesta mateixa situació s'anomena "interrupció mèdica de l'embaràs" en el context francòfon (Weber et al., 2008), la qual cosa permet posar l'accent en les causes mèdiques o clíniques com a element indispensable per a la interrupció.

Per la mateixa configuració d'aquestes pèrdues, es pot donar l'aparició d'un "dol anticipat". És a dir, un dol previ a la pèrdua, però quan aquesta ja es presenta com a inevitable. El dol comença, per tant, quan hi ha un diagnòstic i pronòstic incompatible amb la vida, hagi nascut o no el bebè (Santos et al., 2015). Com bé assenyalen aquests autors, els moments previs a la defunció del bebè seran recordats pels pares durant tota la seva vida i, especialment, durant el procés de dol. És per això que és necessari que hi hagi una atenció adequada, empàtica i humana per part del personal sanitari (Santos et al., 2015).

Per tant, l'atenció professional és un dels factors que influiran en l'elaboració del procés de dol, a més de molts altres identificats i estudiats per diversos autors (García i Yagüe, 1999; González, 2006; González et al., 2013; Leon, 1990; Sánchez-Pichardo, 2007; Neugebauer et al., 1992; López, 2011).

L'aplicació de LAST constitueix quatre passos per donar suport des del punt de vista professional les persones que han experimentat una pèrdua perinatal (Cacciatore, 1999, citat a Cassidy et al., 2009): *Listen* (escolta), *Acknowledgement* (reconeixement), *Support* (suport) i *Touch* (tacte). Per la seva banda, Cassidy et al. (2009) ofereixen un seguit de pautes dirigides als professionals de la salut:

- Presenta't, fes servir el teu nom.
- Escolta.
- Dona'ls temps.

- Parla amb ells sobre la situació actual.
- Explica'ls quines opcions tenen i dona suport a les decisions que prenguin.
- Mantingues la calma.
- Cuida el llenguatge corporal.
- Sigues comprensiu/va.
- No intentis trobar res positiu a la mort del nen o de la nena.
- Fes-los sentir la teva presència, però amb discreció.
- No els diguis que tindran més bebès.
- No els diguis que entens el seu dolor si no has passat per una experiència similar.
- Aconsella'ls, però no els obliguis mai.
- Ajuda'ls a prendre decisions.
- Ajuda'ls a tenir records del seu nadó, si ho desitgen.
- Cuida la terminologia: fes servir el nom del bebè.
- Parla amb tots dos pares equitativament.
- Explica'ls personalment els resultats de l'autòpsia.

No obstant això, quin paper poden exercir les professionals del treball social en la pèrdua perinatal? No hi ha dubte de les funcions que exerceixen les treballadores socials sanitàries (Porcel, 2008; Colom, 2008), encarregant-se dels aspectes socials de la malaltia. En particular, Colom (2008) identifica quatre arguments que justifiquen l'existència del treball social sanitari. En primer lloc, l'atenció sanitària també intervé sobre el medi del pacient, és a dir, el seu medi social. En segon lloc, l'aparició d'una malaltia provoca una ruptura de la dinàmica social del pacient. En tercer lloc, la persona malalta pot veure's separada del seu entorn social. I, finalment, "es troba que la persona malalta necessita confiar en la seva autonomia psicossocial, en aquest cas, la treballadora social ajuda la persona malalta a gestionar pèrdues, a reelaborar les seves pors o a planificar el futur a mitjà/llarg termini" (Quesada, 2020, p. 24).

En aquesta mateixa línia, Garcés (2010) ofereix una llista de funcions clau que les treballadores socials desenvolupen en els diferents nivells d'atenció del sistema sanitari i que Romea resumeix de la manera següent (2024, p. 155):

- a) Promoure el benestar (...).
- b) Garantir un accés equitatiu als serveis de salut (...).
- c) Oferir suport emocional i psicossocial a pacients i famílies per ajudar-los a enfrontar-se a l'impacte emocional de malalties, discapacitats o diagnòstics mèdics difícils.
- d) Col·laborar estretament en equips interdisciplinaris amb professionals de la salut (...).
- e) Reconèixer la influència de factors socials, econòmics i ambientals en la salut (...).
- f) Defensar els drets dels pacients, promovent-ne l'equitat en l'accés a l'atenció mèdica (...).

- g) Brindar informació i educació a individus i comunitats sobre temes de salut, empoderant-los per prendre decisions informades sobre la seva cura i promovent l'alfabetització en salut.
- h) Intervenir en situacions de crisi mèdiques o de salut pública (...).

De totes aquestes funcions, la c) i la g) són les que estan especialment relacionades amb els pacients que es troben en un procés de pèrdua perinatal; atès que, d'una banda, es necessita aquest suport emocional i psicosocial davant el diagnòstic mèdic i, d'altra banda, la pacient (i la seva parella si n'hi ha) necessita informació sobre el procés que està experimentant a fi de prendre decisions informades.

A més, la pèrdua perinatal té un fort impacte emocional que, de vegades, repercuteix en la salut mental de les dones; cosa que justifica així mateix la necessitat de comptar amb treballadores socials. És ben sabut que la presència d'aquests professionals en unitats de salut mental té una llarga trajectòria (Romea, 2024), però també és necessari que les professionals que treballen en aquest àmbit rebin una formació determinada a causa de l'especificitat que presenten aquest tipus de pacients (Miranda, 2010).

No obstant això, malgrat que la presència de la treballadora social en l'àmbit sanitari és indiscutible (Rodríguez, 2018), encara són pocs els protocols existents que delimitin les funcions de la treballadora social davant la pèrdua perinatal i el seu dol posterior; i no només això: són rares les comunitats autònomes que compten amb protocols d'actuació, sigui present o no la figura del treball social. En primer lloc, parlem de la pèrdua i el dol perinatal. Referent a això, cal destacar el protocol elaborat per Santos et al. (2015) per al Servei Extremeny de Salut o l'elaborat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (Valls et al., 2016). L'associació Red el Hueco de mi Vientre incorpora a la seva pàgina web un bon nombre de guies i protocols de comunitats autònomes i d'hospitals. En aquesta línia, el treball de Ruiz (2020) n'ofereix algunes que no venien identificades per la Red. S'observa, per tant, que Aragó sembla que no disposa d'un protocol autònom d'actuació referent a això i només alguns dels seus hospitals semblen disposar-ne;⁴ amb tot, són d'accés difícil.

Quesada (2020) descriu el paper de la Unitat de Treball Social a l'Hospital Clínic de Barcelona a partir del protocol sobre el dol de què disposa l'Hospital. Seran les professionals del treball social les qui s'encarregaran d'oferir informació i assessorament respecte a qüestions administratives.

I, en segon lloc, vull posar l'atenció en les guies o protocols d'actuació de la interrupció de l'embaràs. Rodríguez et al. (2013) ofereixen una guia general que no està dirigida a cap regió o hospital on es detallen les pautes mèdiques que han de donar-se en la interrupció de l'embaràs dife-

4 La Red el Hueco de mi Vientre es fa ressò a la seva pàgina web d'una notícia sobre la creació d'un protocol d'atenció al dol perinatal a l'Hospital Obispo Polanco de Terol; no obstant això, sembla que no està publicat. També la pàgina web de l'Institut de Recerca Sanitària d'Aragó en una de les seves notícies informa sobre l'existència d'un protocol a l'Hospital Miguel Servet de Saragossa.

renciades segons setmanes de gestació. El mateix que el protocol elaborat per l'Associació de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI, 2019). A escala regional, Catalunya (Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris, 2011) i la Comunitat Valenciana (Alcover et al., 2017) compten amb protocols propis. En aquest últim es planteja el "suport psicosexual i social" com una ajuda a la recuperació de la parella, però sense fer cap esment a les professionals del treball social.

Recentment, el Ministeri de Sanitat (López et al., 2023) ha publicat una guia comuna del Sistema Nacional de Salut sobre la interrupció voluntària de l'embaràs on ja hi ha referències expresses al treball social sanitari. D'una banda, se'ls inclou com a professionals de l'equip d'atenció primària i d'atenció hospitalària. I, d'altra banda, a la guia s'incorpora el paper d'aquestes professionals en l'atenció sanitària a les dones. En concret, les treballadores socials sanitàries faran la valoració psicossocial en les cures posteriors a l'avortament. No obstant això, cal assenyalar que aquesta valoració pot fer-se o no, tal com assenyala la guia:

Valoració psicossocial. Una comunicació adequada amb les i els professionals de la salut disminueix les dificultats psicològiques potencials. Aquests casos, encara que no són freqüents, poden minimitzar-se amb assessorament anterior i posterior a l'avortament, de manera que en qualsevol moment del procés es pot derivar la dona a especialistes en psicologia i treball social sanitari davant qualsevol situació de vulnerabilitat, violència de gènere, especialment davant IVEs de repetició (López et al., 2023, p. 27).

A més, la guia inclou un document específic de derivació a professionals del treball social sanitari. No obstant això, la guia no incorpora res respecte a funcions o tasques pròpies de la professió ni tampoc a la necessitat que les dones (i les seves famílies) requereixin sí o sí la intervenció d'aquestes professionals.

En aquest punt convé ampliar la mirada i acostar-nos a altres contextos europeus, en particular, al context francòfon (França i Bèlgica), on trobem protocols d'actuació en els quals apareix ja la figura de la treballadora social (*assistante sociale*). Per posar un parell d'exemples, la guia elaborada per l'Hôpital de la Croix-Rousse de Lyon (s. f.), a França, assenyala com una de les etapes de la interrupció mèdica de l'embaràs una trobada amb una treballadora social per ajudar en les diferents tasques administratives. Fins i tot a la mateixa guia s'incorpora el nom de la treballadora social i el número de telèfon. L'hospital universitari CHU de Liège (s. f.), a Bèlgica, també ofereix una guia i novament la trobada amb la treballadora social és una de les etapes. En aquesta guia s'especifica que la treballadora social informarà sobre els passos una vegada ja hagi nascut el bebè, respecte al cos, l'organització o no d'un funeral o d'una cremació. La guia també indica que a Bèlgica els bebès que neixen sense vida a partir de les 26 setmanes d'embaràs han d'estar registrats. Cal emplenar una declaració i és aquí on novament la treballadora social dona

suport als pares. Així mateix, s'incorpora el contacte de la treballadora social de l'hospital.

Per tant, hi ha exemples que evidencien el paper que el treball social pot jugar en la pèrdua perinatal i, en particular, en la interrupció mèdica de l'embaràs. En aquest sentit, la *National Association of Perinatal Social Worker (NAPSW)* assenyala que les treballadores socials perinatals intervenen per:

1. Treballar amb les dones i les famílies per avaluar les seves fortaleses i reptes a mesura que s'acosten a la maternitat.
2. Millorar els efectes dels reptes psicosocials i metges treballant directament amb la dona i la família, al mateix temps que els ajuda a accedir a serveis de suport a llarg termini quan sigui necessari.
3. Ajudar a crear relacions sanes i enriquidores entre pares i fills.
4. Advocar per la dona i la seva família dins de l'àmbit d'atenció mèdica i a la comunitat (NAPSW, s. f.).

A partir d'aquests objectius, Rodríguez (2018) planteja les funcions principals de les treballadores socials sanitàries en aquest àmbit d'intervenció i són:

- Tallers grupals de preparació al part i a la maternitat.
- Intervenció psicosocial en embarassos saludables.
- Intervenció social hospitalària.
- Interrupció voluntària de l'embaràs.
- Voluntat de donar al bebè en adopció.
- Intervenció social en embaràs a l'adolescència.
- Risc de mutilació genital femenina.
- Intervenció social en la criança.
- Intervenció social davant del dol.

En el cas de la interrupció voluntària de l'embaràs, Rodríguez assenyala que la treballadora social "informarà, orientarà, assessorarà i derivarà al servei de salut especialitzat" (2018, p. 12) mentre que "el/la treballador/a social sanitari/ària té un paper fonamental en l'atenció al dol perinatal fent front als sentiments de dolor i ajuda a aprendre a viure amb la nova situació" (2018, p. 16). En cap dels dos casos es fa referència expressa a la informació i orientació en relació amb aspectes administratius o legals com sí que ho feien els protocols francòfons.

En aquest context, el present article té per objectiu identificar, a partir del relat autobiogràfic, aquells aspectes susceptibles d'haver rebut una atenció social per part de professionals del treball social en un procés de pèrdua perinatal a conseqüència d'una interrupció mèdica de l'embaràs. S'opta per utilitzar la nomenclatura francòfona (interrupció mèdica de l'embaràs) perquè s'ajusta més a la causa de la interrupció de la pacient. Aquesta recerca pretén ser el punt de partida d'una recerca posterior sobre l'atenció social rebuda a dones que han passat per una pèrdua perinatal.

Metodologia

Per assolir l'objectiu proposat s'ha optat per una metodologia qualitativa d'estil narratiu. En particular, la tècnica autobiogràfica. La narració permet fer aflorar la part més emotiva de l'experiència, així com la singularitat de cada acció (Bolívar i Segovia, 2019).

D'altra banda, l'autobiografia forma part del conjunt de tècniques o estratègies de caràcter biogràfic on també es troben els documents personals i la història (o relat) de vida (Mora, 2020). Així, l'autobiografia és un relat de vida, però elaborat pel mateix investigador i pot ser emprada amb diferents finalitats o funcions.

Cal assenyalar que aquí s'ha emprat amb una funció exploratòria atès que l'objectiu és identificar aspectes susceptibles de ser abordats per les professionals del treball social. És a dir, es recorre a aquesta eina metodològica per iniciar-se en un camp d'estudi (Bertaux, s. f.). En particular, aquest treball té per objectiu respondre les preguntes següents: en quins moments del procés de pèrdua perinatal hauria estat necessària la intervenció d'una treballadora social?; quines funcions hauria exercit?

Els resultats obtinguts conduiran a una segona fase de recerca per comprovar si les dones que han sofert una pèrdua perinatal han estat ateses per professionals del treball social en els àmbits o temes ressenyats.

La població objecte d'estudi és la mateixa investigadora, el relat de la qual s'ha recollit a partir d'una entrevista en profunditat. Cal assenyalar que la pèrdua perinatal es va sofrir en l'últim trimestre de gestació l'octubre del 2021.

Quant a les tècniques d'anàlisi de dades, es va dur a terme una anàlisi de contingut clàssic (López-Aranguren, 1986) a partir del text i sense incorporar inferències sobre el seu context. Una vegada transcrit el material qualitatiu, es van identificar unitats de significat, es van categoritzar i es van codificar les categories (Hernández et al., 2010).

Cal assenyalar que es va fer una anàlisi de contingut de tipus categorial, interpretatiu i inductiu, que permet l'opció d'observar codis emergents i evita el recompte de freqüències per a les categories d'anàlisi (Alonso, 1998). El tipus d'anàlisi utilitzada va ser, per tant, de naturalesa qualitativa i interpretativa, destinat a recopilar informació abundant i variada, i amb un disseny emergent i no freqüencial per a les categories d'anàlisi (Alonso, 1998).

Cas d'estudi

A continuació, es descriuen alguns trets del cas d'estudi.

Es tracta d'una parella composta per una dona (33) i un home (36) en procés de reproducció assistida. Després de diversos anys en el procés, ella es queda embarassada en el tercer intent d'inseminació artificial (març 2021). La setmana 20 de l'embaràs, l'equip mèdic sospita d'un retard en el creixement de la bebè i, després de moltes proves diagnòstiques, confirma

que hi ha una displàsia òssia (malformació en els ossos) sense diagnòstic concret confirmat.

Després d'una valoració per part de l'equip mèdic, es recomana sol·licitar la interrupció de l'embaràs per la qual, pel fet que es troba en una setmana avançada de gestació (superior a les 24 setmanes), cal presentar una sol·licitud al comitè ètic. Després de la resolució negativa per part d'aquest comitè, la parella decideix sol·licitar aquesta interrupció a un hospital belga. La pacient acudeix al sistema públic de salut belga i dona a llum en un hospital belga després de la interrupció mèdica de l'embaràs a 32 + 6 setmanes de gestació.

Anàlisi

El testimoni revela l'absència de personal del treball social en tot moment de tots dos processos. És a dir, en cap fase de la interrupció mèdica de l'embaràs va tenir contacte amb professionals del treball social de l'hospital on se l'atenia excepte en la fase final atès que es va desenvolupar a un altre hospital. Però tampoc després de la interrupció, això és, en el procés de dol, es va proporcionar suport per part del personal de treball social.

Ara ens aturarem en aquests dos processos identificant moments clau on s'hagués necessitat la presència de professionals del treball social, així com l'objectiu d'aquesta atenció.

Interrupció mèdica de l'embaràs

Dins de la interrupció mèdica de l'embaràs, hem de distingir dos moments clau: "partint de la meva experiència i, passat un temps, jo distingiria abans i després de la interrupció com a moments de gran impacte i estrès".

En aquest sentit, cal posar sobre la taula que la possibilitat d'interrompre, a vegades, no sorgeix d'un dia per l'altre, com és el cas d'estudi present; sinó que el seguiment de l'embaràs per part del professional sanitari pot advertir sobre aquest fatal desenllaç. Durant aquest seguiment, es denuncia l'absència d'altres professionals més enllà dels pertanyents a l'àmbit purament sanitari. L'atenció es va posar sobre l'evolució clínica del bebè, oblidant aspectes psicològics, socials i fins i tot administratius.

La mare, així com la seva parella, no van rebre atenció psicològica per part de l'hospital ni del sistema sanitari públic en cap moment; malgrat que l'angoixa, l'estrès o l'ansietat apareixien: "Els nervis i les pors se succeïen constantment". No obstant això, valoraven positivament acudir a teràpia, de manera que van buscar una consulta privada perquè els ajudessin a gestionar la situació que estaven vivint. En aquest punt, la pacient explica que important que va ser precisament en els moments previs a la interrupció:

Feia un temps que assistia a teràpia. Les visites es van tornar molt més freqüents durant l'últim mes i mig. Dies abans d'agafar l'avió a Brussel·les

vaig acudir a teràpia amb el meu marit. Mai abans havia vingut amb mi. Abordem el tema de la interrupció: com seria, si volia o no conèixer a la meva filla, etc.

No obstant això, se'ls va proporcionar la possibilitat d'acudir a atenció psiquiàtrica just en el precís moment en el qual signaven la sol·licitud d'interrupció.

En aquest moment va aparèixer una de les psiquiatres de l'hospital. Ens va preguntar si volíem atenció psiquiàtrica. Vam acceptar i vam pujar amb ella al seu despatx. Hi havia tres professionals. Crec recordar que alguna era MIR. Els relatem la nostra situació i em va receptar ansiolòtics per a "quan em posés molt nerviosa".

A més de l'atenció psicològica, tampoc van comptar amb professionals del treball social que els haguessin acompanyat en el procés. Habitualment, aquests processos solen suposar una novetat i el desconeixement és generalitzat. Per exemple, la pacient es va sotmetre a proves i anàlisis, però sense saber-ne amb exactitud l'objectiu, les possibles conseqüències, el temps d'espera, els aspectes legals, etc.: "Passaven els dies i no hi havia notícies dels resultats".

Un altre aspecte susceptible d'atenció social té relació amb el reconeixement de drets. A què tinc dret com a pacient durant el procés d'interrupció de l'embaràs? Haig de tenir un justificant de la sol·licitud de les diferents proves i tràmits? Aquestes són preguntes que es plantegen a posteriori, però que, durant el transcurs de la interrupció hagués estat convenient haver pogut resoldre. No hi ha dubte que els qui viuen aquest procés travessen diferents moments de xoc on les forces van dirigides a resoldre aspectes crucials perquè "el temps sempre va en contra" més enllà d'assegurar-se d'allò a què puc o no tenir dret. Ara, mirant al passat amb calma i deteniment, un es pregunta: "Em van informar sobre els meus drets com a pacient?". En concret, la pacient i la seva parella no tenen cap resguard de les diferents proves mèdiques que es van sol·licitar. Evidentment, de les que van ser realitzades porten els resultats, però, no obstant això, no hi ha constància escrita d'aquelles proves que van rebutjar fer, ni tampoc de la mateixa sol·licitud de la interrupció ni de la resolució per part del comitè ètic.

Això ens condueix a la segona fase de la interrupció o, dit d'una altra manera, la interrupció pròpiament. En aquest punt, cal ressenyar que la pacient, després de la negació per part del comitè ètic autònom, va haver de desplaçar-se fins a un hospital públic belga per poder dur a terme la interrupció mèdica. Aquest fet és clau atès que l'atenció social té un paper destacat en aquesta fase.

Una vegada rebutjada la interrupció a Espanya, la pacient contacta amb una metgessa a Bèlgica explicant-li la seva situació i aportant tota la documentació possible per valorar la situació:

(...) vam escriure a la doctora belga. No va trigar gaire a respondre. Crec que l'endemà tenia un correu seu. Ens sol·licitava proves i informes mèdics. Van ser dies frenètics amb viatges constants a l'hospital per recopilar tot allò que ens requerien des de Bèlgica, així com continus emails amb la doctora belga i el seu equip. Vaig rebre una trucada on m'explicaven que estudiarien el meu cas i que m'arribaria un email amb detalls sobre el procés i les cites mèdiques.

Una vegada acceptat el seu cas (no la interrupció), es trasllada a Brussel·les per fer algunes proves mèdiques, acarar el diagnòstic i autoritzar la interrupció. El servei de medicina fetal es posa en contacte amb la pacient i li proporciona informació sobre el procés on s'especificava tot allò relatiu als aspectes mèdics, però també respecte al cos del bebè (comiat, cremació, tràmits administratius, etc.). Així mateix, s'indica la presència d'un equip psicosocial (psicòleg/psicòloga i treballadora social) per ajudar a la pacient en tots aquests aspectes.

A Brussel·les, després de les proves mèdiques i l'autorització de la interrupció, la doctora encarregada d'aquesta va explicar amb detall als interessats el procés, tota la documentació que havien d'emplenar, així com les proves posteriors que havien de fer a la bebè i als pares per determinar la malaltia que tenia la bebè i l'origen d'aquesta.

Així mateix, van tenir la possibilitat de rebre atenció psicològica (encara que es va valorar innecessari tenir una única sessió) i van rebre la visita del treballador social de l'hospital per explicar-los els tràmits administratius que havien de dur a terme (inscripció de la bebè al registre, cremació o enterrament, tractament de les cendres, etc.); així mateix, el treballador social, després de l'autorització per part dels pacients, tenia potestat per fer uns certs tràmits davant les administracions de la ciutat. I ho relata de la manera següent:

També aquella tarda vam rebre la visita d'un treballador social de l'hospital. Anteriorment ens havien preguntat si volíem ajuda psicològica, però considerant que tenia poc sentit tenir una única consulta, vam declinar l'ofertament. El treballador social va acudir amb un senyor d'una funerària i una intèrpret. El dijous, quan ens van explicar el procés, vam haver de decidir si volíem incinerar o enterrar la nostra filla. El treballador social ens va ajudar amb totes les gestions administratives, principalment en relació amb l'obligació de registrar la nostra filla al registre civil de la ciutat. Ell ens feia tots els papers. També vam resoldre les qüestions amb l'empresa funerària. Sabíem que, després del part, havien de practicar-li autòpsia a la nostra filla i, posteriorment, es produiria la incineració. Ens avisaria per fer el pagament. També havíem de saber que hauríem de tornar a Brussel·les per recollir les cendres de la Lola i portar-les a Espanya.

Dol perinatal

El dol perinatal produït com a resultat d'una interrupció de l'embaràs té la particularitat que ja es produeix durant l'embaràs.

Un primer aspecte a destacar té relació amb el tractament donat a la bebè pel personal mèdic. La pacient relata diferències en el tracte a

Espanya i a Brussel·les. A Espanya moltes vegades es dirigien a la seva filla com a “fetus” o “bebè” sense aplicar-li el sexe “la nena” o “la bebè” o directament el nom que els pares havien assignat a la seva filla. A Brussel·les, per contra, se’ls va preguntar pel nom i fins i tot el treballador social els va explicar que és bo posar-li un nom per a ajudar en el procés del dol. En aquest cas, el tenien decidit.

Un altre aspecte és l’atenció psicològica rebuda. Ja hem avançat que no van tenir atenció per part de psicòlegs o psicòlogues públics en cap moment de la seva vivència, i únicament se’ls va oferir atenció psiquiàtrica una vegada van signar el document d’interrupció. Fins a aquest moment no es considerava que era necessària una atenció psicològica-psiquiàtrica? No hi ha dubte que el moment viscut era de fort estrès i ansietat, com s’ha relatat, i que van haver d’estar de baixa a les seves respectives feines. Llavors, per què no els va atendre cap professional de la sanitat pública?

Com bé assenyalen, la mare va rebre atenció mèdica, però oblidant els aspectes psicològics i socials de la malaltia.

Ja a Saragossa, l’atenció mèdica va ser correcta. Les revisions mèdiques protocol·làries, com a qualsevol mare després d’haver donat a llum. Vaig declinar tornar a la psiquiatra. No volia medicar-me. Vaig començar a informar-me sobre associacions de dol perinatal i vaig trobar Brisa de Mariposas. Oferien teràpia grupal gràcies a la col·laboració amb AFDA. Vaig pensar que seria bona idea estar amb dones que havien passat pel mateix que jo.

I, finalment, la pròpia atenció de la treballadora social. Com es relata, va ser ella mateixa qui es va informar d’associacions sobre dol perinatal, així com teràpies grupals per a famílies. No va tenir cap mena d’atenció social.

Conclusions i discussió

És evident la falta de suports que hi ha durant tot el procés. D’una banda, suports des del punt de vista psicosocial. I, d’altra banda, suports des del punt de vista administratiu i social.

Els pacients no van comptar amb atenció psicològica, malgrat que és un aspecte clau del dol (Bourgeois, 1996). Van haver d’acudir fora del sistema públic i destinar diners per cuidar la seva salut mental. No obstant això, no totes les dones que passen per aquesta situació tenen els recursos econòmics per fer-ho.

El sistema únicament els va derivar al servei de psiquiatria i al tractament mitjançant el subministrament d’ansiolítics una vegada finalitzat el seguiment mèdic de l’embaràs i davant la negativa del comitè ètic. És a dir, es va recórrer al suport psicològic-psiquiàtric una vegada conclòs el tractament mèdic i no durant el transcurs d’aquest.

En aquest punt, cal tenir en compte que el dol perinatal a causa d’una interrupció mèdica de l’embaràs (Weber et al., 2008) té lloc de forma anticipada quan la dona (i la seva parella) reben el diagnòstic i el pronòstic

(Santos et al., 2015). Així, arran dels resultats obtinguts, s'evidencia la falta d'assistència, de suport i d'atenció psicosocial rebuda durant el transcurs de l'embaràs, és a dir, durant el "procés" de diagnòstic. I és necessari posar l'accent en la paraula *procés* atès que el diagnòstic en si no té lloc en un moment específic, sinó que amb l'esdevenir dels dies a poc a poc la parella va rebent informació sobre la situació mèdica de la seva filla. En conseqüència, l'acompanyament per personal professional degudament format en dol és necessari atès que influirà en com la parella (en aquest cas) elabori el dol (García i Yagüe, 1999; González, 2006; González et al., 2013; Leon, 1990; Sánchez-Pichardo, 2007; Neugebauer et al., 1992; López, 2011).

Si bé és cert que l'atenció psicològica és determinant per a aquesta elaboració del dol, també ho és el suport emocional i psicosocial per part de professionals del treball social (Romea, 2024). No obstant això, no es va tenir accés en cap cas a la treballadora social del centre hospitalari.

A més de l'impacte emocional que suposa perdre un fill, aquest procés està ple de tràmits: abans, durant i després. Tràmits dels quals et vas assabentant a mesura que avances i perquè els propis interessats s'informen i busquen a internet. Es va trobar a faltar comptar amb una treballadora social que acompanyés en el procés, que ajudés literalment a emplenar papers, a saber quins passos calia donar, i per què, també a conèixer quins eren i són els seus drets com a pacient. És a dir, a atendre els aspectes socials de la malaltia (Colom, 2008).

Aquest relat posa de manifest que l'orientació per part d'una treballadora social hagués estat clau tant al final com durant el procés, és a dir, en el diagnòstic i en la interrupció mèdica. D'una banda, hi ha moltes decisions que han de prendre's en un període curt de temps quan es produirà la interrupció i que, a causa del xoc (Gómez-Ulla i Contreras, 2022), els pares, de vegades, es veuen sobrepassats. Així, l'acompanyament d'una treballadora social hauria estat rellevant. Quesada (2020) ja incorpora en el protocol sobre el dol de l'Hospital Clínic de Barcelona la necessitat de comptar amb una Unitat de Treball Social que exerceixi la funció d'informació i assessorament respecte a qüestions administratives.

No obstant això, diverses d'aquestes qüestions sí que es van veure resoltes atès que els pacients van acudir a un hospital belga on el treballador social sí que els va proporcionar el suport necessari (inscripció del bebè, tractament del cos durant el part, cremació o enterrament, etc.). Però és clau incidir en aquestes necessitats que, encara que purament burocràtiques, sobrepassen en un moment d'estress.

I, d'altra banda, decisions també durant el procés. Això és, durant el transcurs de l'embaràs i la decisió d'haver d'interrompre. Novament, els esdeveniments se succeeixen molt ràpidament i els pares poden fins i tot desconèixer els seus drets.

En aquest sentit, la pacient troba a faltar documents que acreditin certes decisions que es van prendre amb el seu cos, amb la seva vida. No tenen cap constància de quines proves es van sol·licitar i per què no es van fer, ni de la sol·licitud de la interrupció ni tampoc de la decisió del comitè. Hauria estat necessari comptar amb una treballadora social sanitària de

referència (probable-ment pertanyent a l'hospital on es duia a terme el seguiment mèdic) per informar-la a ella i a la seva parella dels seus drets entorn d'aquestes qüestions tan importants.

Fa falta personal social, especialista en el procés de pèrdua perinatal, però també en el procés d'interrupcions de l'embaràs. En la pèrdua perinatal un es troba en xoc i actua com pot, tractant de ser operatiu i perquè el temps està en contra seva. Un no es para a pensar, en cap moment, si el procés és transparent, confia en el sistema. I és crucial, ja que com adverteixen Gómez-Ulla i Contreras (2022), com viure aquesta situació condicionarà com viure el dol.

Referències bibliogràfiques

- ACAI. (2019). *Protocolo para la práctica sanitaria del aborto provocado. IVE*. ACAI. Recuperat 3 octubre 2024, de <https://www.acaive.com/wp-content/uploads/Manual-protocolos-Abril-2019-web.pdf>
- Alcover Giménez, Sonia; Mitjans Lafont, Luís, i Muñoz Muñoz, Palmira (Coords.). (2017). *Guía clínica para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) por el método farmacológico*. Generalitat Valenciana. Recuperat 3 octubre 2024, de https://www.san.gva.es/documents/337762/3024906/guia_clinica_para_la_ive_farmacologica_es.pdf/c7e9db4b-6802-c231-3cc0-c93bb78e2fb4?t=1676021592056
- Alonso, Luis Enrique. (1998). *A qualitative approach to sociology. An interpretative approach*. Editorial Fundamentos.
- Bertaux, Daniel, (s. f.). *La perspectiva biográfica: validez metodológica y potencialidades*. CPM. Recuperat 3 octubre 2024, de https://www.comisionporlamemoria.org/archivos/jovenesymemoria/bibliografia_web/metodologia/Bertaux.pdf
- Bolívar, Antonio, i Segovia, Jesús Domingo. (2019). *La investigación (auto)biográfica en educación*. Octaedro.
- Bourgeois, Marc. (1996). *Le deuil clinique. Pathologie*. Presses Universitaires de France.
- Bowlby, John. (1993). *La pérdida afectiva*. Paidós.
- Cabodevilla, Iosu. (2007). Las pérdidas y sus duelos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30, supl. 3, 163-176. Scielo. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012&lng=es&tlng=es
- Cacciatore, Joanne. (1999): Muerte, ética y comunicación para profesionales de la salud. Dins Jillian Cassidy et al., *Guía para*

- la atención a la muerte perinatal y neonatal* (Annex I, p. 20-24). Umamanita i El Parto es Nuestro. Recuperat 8 octubre 2024, de <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2015/06/Guia-Atencion-Muerte-Perinatal-y-Neonatal.pdf>
- Cassidy, Jillian; Castro, Juan; Lo Cascio, Luz Marina; Villacampa, Gemma; Blázquez, María Jesús; Claramunt, M. Àngels; Guijarro Serna, Natalia; Müller, Angela E.; Olza, Ibone; Álvarez Álvarez, Mónica; Silvente, Cristina; Herrera, Blanca, i Aguayo, Pepa. (2009): *Guía para la atención a la muerte perinatal y neonatal*. Umamanita i El Parto es Nuestro. Recuperat 3 octubre 2024, de <https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2015/06/Guia-Atencion-Muerte-Perinatal-y-Neonatal.pdf>
- CHU de Liège (s.f.). *Interruption médicale de grossesse (IMG) et deuil périnatal Vous informer pour mieux vous accompagner*. Recuperat 3 octubre 2024, de https://www.chuliege.be/upload/docs/application/pdf/2021-02/brochure_a5_img.pdf
- Colom Masfret, Dolors. (2008). *El Trabajo Social sanitario: Atención primaria y atención especializada. Teoría y práctica*. Siglo XXI.
- Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris. (2011). *Protocol de l'Interrupció Voluntària de l'Embaràs (IVE) farmacològica*. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Recuperat 3 octubre 2024, de https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/2190/protocol_interrupcio_voluntaria_embaras_farmacologica_2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Garcés Trullenque, Eva María. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352.
- García Martínez, Carmen, i Yagüe Frías, Alberto. (1999). Duelo perinatal. *Revista de Enfermería*, 10, 17-20. UCLM. <https://ruidera.uclm.es/server/api/core/bitstreams/1e4fb980-5e15-49bf-baa5-0d3d997f5b92/content>
- Gómez-Ulla, Pilar, i Contreras García, Pilar. (2022). *Duelo perinatal*. Editorial Síntesis.
- González Calvo, Valentín. (2006). Trabajo social familiar e intervención en procesos de duelo con familias. *Acciones e investigaciones sociales*, núm. extra 1, 451. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2002448>
- González Castroagudín, Sonia; Suárez López, Isabel; Polanco Teijo, Flavia; Ledo Marra, M.^a José, i Rodríguez Vidal, Elena. (2013). Papel de la Matrona en el manejo del duelo perinatal y neonatal. *Cuadernos de Atención Primaria*, 19, 113-117. AGAMFEC. https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/07/19_2_ParaSaberDe_2.pdf

- Hernández Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos, i Baptista Lucio, María del Pilar. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Hôpital de la Croix-Rousse (s. f.). *Interruption médicale de grossesse. Livret d'informations à l'usage des parents*. Recuperat 3 octubre 2024, de <https://www.chu-lyon.fr/sites/default/files/livret-img-hopital-croix-rousse.pdf>
- Leon, Irving G. (1990). *When a baby dies*. Yale University.
- López-Aranguren, Eduardo. (1986). El análisis de contenido tradicional. Dins Manuel García et al. (Comps.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación social* (p. 594-616). Alianza Editorial.
- López García de Madinabeitia, Ana Pía. (2011). Duelo perinatal: Un secreto dentro de un misterio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(1), 53-70. Scielo. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352011000100005&lng=es&tlg=es
- López Rodríguez, Rosa María; Cardaba Plaza, Marta María Socorro; Rucandio Alonso, Ignacio, i Sánchez González, Ana. (2023). *Guía Común del Sistema Nacional de Salud sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Método farmacológico*. Ministerio de Sanitat.
- Mejías Paneque, M.^a del Carmen. (2012). Duelo perinatal: Atención psicológica en los primeros momentos. *Revista científica Hygia de Enfermería*, 79, 52-55. ICOES. <https://colegioenfermeriasevilla.es/wp-content/uploads/2022/05/Hygia79.pdf>
- Miranda Aranda, Miguel. (2010). La formación en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 323-332.
- Mora Castro, Albert. (2020). *Conocer para transformar. Métodos y técnicas de investigación en Trabajo Social*. Tirant Humanidades.
- NAPSW. (s. f.). *What is a Perinatal Social Worker*. Recuperat 3 octubre 2024, de https://www.napsw.org/what_is_a_perinatal_social_wor.php
- Neugebauer, Richard; Kline, Jennie; O'Connor, Patricia; Shrout, Patrick; Johnson, Jim; Skodol, Andrew; Wicks, Judith, i Susser, Mervyn. (1992). Determinants of depressive symptoms in the early weeks after miscarriage. *American Journal of Public Health*, 82(10), 1332-1339. <https://doi.org/10.2105/AJPH.82.10.1332>
- Porcel i Omar, Pilar. (2008). *El treball social en l'àmbit de la salut: un valor afegit*. Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears. Recuperat 3 octubre 2024, de https://institucional.academia.cat/docs/monografies/mo_me13.pdf

- Quesada Fernández, Cristina. (2020). *El duelo gestacional y perinatal y su abordaje desde el trabajo social sanitario. Propuesta de intervención en el ámbito hospitalario de Cataluña* (Treball de Fi de Grau no publicat). Universitat Ramon Llull.
- Rodríguez González, Ana María. (2018). La intervención social en el abordaje de la maternidad y paternidad desde el contexto de salud: la figura del/de la trabajador/a social sanitario/a. *Trabajo Social Hoy*, 85, 7-26. <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2018.0013>
- Rodríguez Pérez, María Ángeles; Prats Rodríguez, Pilar; Fournier Fisas, Sofía; Ricart Calleja, Marta; Echevarria Tellería, Mónica; Comas Gabriel, Carmina, i Serra Zantop, Bernat. (2013). Guía clínica de actuación de la interrupción del embarazo. *Diagnóstico prenatal*, 24(1), 11-14. <http://doi.org/10.1016/j.diapre.2012.06.005>
- Romea Martínez, Ana Cristina. (2024). Ámbitos de intervención del Trabajo Social. Dins Elisa Esteban Carbonell i Chabier Gimeno Monterde (Coords.), *Introducción al Trabajo Social* (p. 151-169). Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Ruiz Toledo, Matilde. (2020). *El velo de la muerte perinatal* (Treball de Fi de Grau). Universitat Autònoma de Barcelona. Dipòsit digital de documents de la UAB. Recuperat 3 octubre 2024, de https://ddd.uab.cat/pub/tfg/2020/tfg_275797/Entrega_final_informe_TFG.pdf
- Sánchez-Pichardo, Marco Antonio. (2007). Guía de intervención psicológica para mujeres embarazadas con pérdidas perinatales. *Revista de Perinatología y Reproducción Humana*, 21(3), 147-150. Medigraphic. <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2007/ip073e.pdf>
- Santos Redondo, Pedro; Yáñez Otero, Ana, i Al-Adib Mendi, Miriam. (2015). *Atención profesional a la pérdida y el duelo durante la maternidad*. Servei Extremeny de Salut. Recuperat 3 octubre 2024, de <https://albalactanciamaterna.org/wp-content/uploads/lactancia-materna-en-el-libro-duelo-SES.pdf>
- Valls Puente, Ester; Escuriat Peiró, Ramón, i Bullich Martín, Ingrid (Coords.). (2016). *Guía de acompañamiento al duelo perinatal*. Generalitat de Catalunya. Recuperat 3 octubre 2024, de https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/3323/guia_acompa%C3%B1amiento_duelo_perinatal_2016_cas.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Vargas Solano, Rosa Elena. (2003). Duelo y pérdida. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20(2), 47-52. Scielo. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000200005&lng=en&tlng=es

Vicente Sáez, Natalia. (2014). *Duelo perinatal: el duelo olvidado* (Treball de Fi de Grau no publicat). Universitat de Salamanca.

Weber, Jean-Christophe; Allamel-Raffin, Catherine; Rusterholtz, Thierry; Pons, Isabelle, i Gobatto, Isabelle. (2008). Les soignants et la décision d'interruption de grossesse pour motif médical : entre indications cliniques et embarras éthiques. *Sciences sociales et santé*, 26(1), 93-120. <https://doi.org/10.1684/sss.2008.0105>